



В.І. Ігнат'єва¹, С.В. Зайков², О.Д. Ніколаєва²,
В.А. Святненко³

¹ ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

³ Національний технічний університет України «КПІ», Київ

Застосування комп'ютерної томографії скроневих кісток для діагностики туберкульозного середнього отиту та оцінки ефективності лікування хворих

Попри успіхи в діагностиці та лікуванні туберкульозу легень, досягнуті за останніх 20 років, актуальною проблемою фтизіатричної практики залишаються позалегенові форми туберкульозу, серед яких особливої уваги потребує туберкульозний середній отит.

Для позалегенового туберкульозного отиту характерні особливості, які унеможливають своєчасну діагностику і лікування згаданої патології, що з часом може призвести до виникнення секвестрів не тільки стінок барабанної порожнини, слухових кісточок, а й лабіринту з формуванням нориць та внутрішньочерепних ускладнень. Тому особливої актуальності набуває застосування додаткових методів, а саме комп'ютерної томографії скроневих кісток у комплексі з клінічним і аудіометричним дослідженнями, для діагностики позалегенового туберкульозного середнього отиту і оцінки ефективності лікування означеного контингенту хворих.

У статті наведено клінічний приклад діагностики і лікування позалегенового туберкульозного середнього отиту.

Ключові слова

Позалегеновий туберкульозний середній отит, комп'ютерна томографія, діагностика, лікування.

Попри досягнуті за останніх 20 років успіхи в діагностиці та лікуванні туберкульозу легень [4, 8, 14], завдяки втіленню міжнародних угод у практику охорони здоров'я [2, 6, 9, 10, 16] актуальною проблемою фтизіатричної практики залишаються позалегенові форми туберкульозу, серед яких особливої уваги потребує туберкульозний середній отит. У Наказі МОЗ України № 181 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія»» [5] немає критеріїв діагностики і лікування позалегенового туберкульозного отиту, у зв'язку з чим несвоєчасна діагностика і неадекватне лікування можуть призводити до тяжких внутрішньочерепних ускладнень. У Наказі МОЗ України № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізо-

ваної) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз»» [2] інформації про діагностику та ведення хворих на позалегеновий туберкульоз також бракує. Тому згадана патологія потребує пильної уваги та співпраці отоларингологів і фтизіатрів.

Якщо раніше туберкульоз середнього вуха виникав як вторинний процес у хворих на дисеміновані або інші форми легеневого туберкульозу, а також на кістково-суглобовий туберкульоз як в активній, так і латентній стадіях, то останнім часом усе частіше стали виявляти позалегенові отити туберкульозної етіології. Серед усіх випадків гнійного середнього отиту туберкульозний становить від 1,5 до 3,0 % [11]. Але епідеміологічні дослідження у цьому напрямі в Україні не проводили, а методи діагностики на сьогодні недосконалі. Така метаморфоза згаданої патології за останні роки зумовлена як особливостями імунного статусу організму, так і

екологічними умовами, розвитком технічних засобів індивідуального застосування (мобільні телефони, смартфони, блютузи і т. ін.) та зловживанням ними [13], що може призводити до зниження місцевого імунітету тканин зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха та активізації патологічних властивостей мікобактерій туберкульозу (МБТ) або атипичних мікобактерій.

При туберкульозному отиті в слизовій оболонці середнього вуха переважають патоморфологічні зміни у вигляді процесів проліферації та ексудації, а в кістковій тканині — процеси некрозу. Ураження слизової оболонки стінок барабанної порожнини має вигляд сірих або жовто-білих міліарних горбків, які перетворюються в казеозний розпад із оголенням кісткових структур і виникненням множинних перфорацій барабанної перетинки з гнійними виділеннями. Іноді казеозний розпад міліарних горбків призводить до тотального руйнування слухових кісточок і стінок барабанної порожнини [1, 15].

Якщо при вторинному туберкульозному середньому отиті клінічно патологічний процес перебігає поступово, без болю і температурної реакції, з мізерними патологічними виділеннями, а під час отоскопії виявляють множинні перфорації барабанної перетинки [1, 3, 7], то для позалегенового туберкульозного отиту характерна низка особливостей, що унеможлиблює своєчасні діагностику і лікування патології і з часом може призвести до виникнення секвестрів не тільки стінок барабанної порожнини, слухових кісточок, а й лабіринту з формуванням норичь і внутрішньочерепних ускладнень [11, 12].

Позалегеновий туберкульозний середній отит клінічно перебігає як банальний гострий гнійний отит. Часто виникає після або на тлі загальної респіраторної інфекції. Починається гостро, можливі біль у вусі, підвищення температури тіла, гіперемія та набряклість барабанної перетинки. Процес швидко прогресує, але при цьому інтенсивність болю зменшується і наростає зниження слуху — спочатку за типом порушення звукопроведення, а за тривалого процесу внаслідок руйнування звукопровідного апарата і токсичної дії продуктів життєдіяльності МБТ на слуховий аналізатор за змішаним типом. Під час отоскопії виявляють поширену перфорацію барабанної перетинки. Неспецифічна антибактеріальна терапія мало- або неефективна. Запальний процес поступово переходить в хронічну стадію з інтенсивним поширенням у напрямку соскоподібного відростка. В патологічних виділеннях із вуха виявляють МБТ та банальну мікрофлору. Слід наголосити, що в більшості випадків у разі позалегенового туберкульозного середнього оти-

ту, особливо на початку захворювання, не вдається виявити збудника за методом мікроскопії чи за допомогою культуральних методів, а також провести гістологічне дослідження.

Тому особливої актуальності набуває застосування додаткових методів, а саме комп'ютерної томографії (КТ) скроневих кісток у комплексі з клінічним і аудіометричним дослідженнями як для діагностики позалегенового туберкульозного отиту, так і для оцінки ефективності лікування хворих.

Наводимо клінічний випадок діагностики і лікування означеної патології.

Пацієнтка Н., 1978 р. н., направлена в консультативну поліклініку ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» 19.03.2014 р. для дообстеження, уточнення діагнозу та проведення диференціальної діагностики між гострим середнім отитом неспецифічної і туберкульозної етіології.

Із анамнезу відомо, що пацієнтка захворіла гостро в листопаді 2014 р. На тлі гострої респіраторної вірусної інфекції з'явився біль у вусі зліва. На 5-ту добу захворювання звернулася до лікаря-отоларинголога ТОВ «ХЕЛСІ ЕНД ХЕПІ» зі скаргами на біль у вусі зліва, зниження слуху зліва, нежить, утруднення носового дихання.

У анамнезі життя вказує на хронічний гастрит. Алергологічний анамнез — без особливостей. Туберкульоз, ВІЛ, гепатит, венеричні захворювання хвора заперечує. У 1995 р. була операція апендектомії. У зв'язку з особливостями професійної діяльності вимушена часто і тривало користуватися мобільним телефоном. Має звичку звуковий сигнал приймати переважно на ліве вухо.

Під час риноскопії слизові оболонки гіперемовані, набряклі. У носових ходах з обох боків мізерні слизові виділення. Під час пальпації та перкусії приносіві пазухи безболісні. Носове дихання утруднене. Нюх збережений. Носова перегородка не викривлена. За даними задньої риноскопії, склепіння носоглотки вільне. Під час орофарингоскопії виявлено незмінену слизову оболонку ротової порожнини. Зуби сановані. Слизові оболонки ротоглотки рожеві, не набряклі. Піднебінні мигдалики не збільшені. Защепленні та шийні лімфовузли не збільшені. Гіпофарингоскопія — без особливостей. Під час непрямої ларингоскопії визначено, що слизова оболонка надгортанника, вестибулярного відділу гортані має рожевий колір, не набрякла. Голосові складки сірі, не набряклі. Під час фонації складки необмежено рухомі, голосова щілина широка. Отоскопія АД: Ш. м. — 6,0 м, Р. м. — 6,0 м, вушна раковина не змінена. Ділянка соскоподіб-

ного відростка не змінена. Зовнішній слуховий прохід широкий, вільний. Барабанна перетинка сіра, з чіткими контурами. Отоскопія AS: Ш. м. — 5,0 м, Р. м. — 6,0 м, вушна раковина не змінена. Ділянка соскоподібного відростка не змінена. Зовнішній слуховий прохід широкий, вільний. Барабанна перетинка гіперемійована, контури її згладжені, перфорації немає. Встановлено клінічний діагноз: «гострий секреторний отит зліва». Призначено: електрофорез 3 % розчину калію йодиду на ліву завушну ділянку (№ 5), препарат «Полідекса» у вухо двічі на день, «Евказолін аква» ендоназально тричі на день, «Німесил» по 1 порошку при болю тривалістю до 5 діб, антибактеріальна терапія кліндаміцином у дозі по 2 капсули тричі на день протягом 10 діб.

Оскільки ефекту від лікування не спостерігалось, пацієнтка повторно звернулася по медичну допомогу — спочатку 29.12.2014 р. в клініку «Борис», а потім, 05.01.2015 р., в медичний центр «Інго» зі скаргами на закладення та виділення з носа, закладення у вусі зліва, температуру тіла 37,3 °С. У останній спостерігалася до 16.03.2015 р.

Під час об'єктивного огляду лікарем-отоларингологом виявлено такі зміни. Під час риноскопії — слизові оболонки рожеві, незначно набряклі. У носових ходах з обох боків виділень немає. Дані гіпофарингоскопії, непрямой ларингоскопії, а також отоскопії AD — без особливостей, Ш. м. — 6,0 м, Р. м. — 6,0 м. Отоскопія AS: вушна раковина, ділянка соскоподібного відростка не змінені. Зовнішній слуховий прохід — широкий, вільний. Барабанна перетинка сіра, вкорочений світовий конус, контури чіткі, не перфорована, Ш. м. — 3,0 м, Р. м. — 5,0 м. За даними аудіометрії виявлено кондуктивну приглухуватість ліворуч з кістково-повітряним інтервалом (КПІ) 20—30 дБ. Встановлено діагноз: «гострий лівобічний секреторний отит, гострий назофарингіт». Під час візиту до лікаря виконано продування слухової труби та рекомендовано таке лікування: продування слухової труби (№ 5), катетеризація слухової труби з розчином гідрокортизону/дексаметазону (№ 5), промивання носа сольовими розчинами, «Біопарокс» тричі на день ендоназально протягом 5 діб, «Супрастин» по 1 табл. увечері після їди протягом 7 діб, препарат «Полідекса з фенілефрином» двічі на день протягом 5 діб, «Ринзу» по 1 табл. двічі на день протягом 7 діб, «Ереспал» по 1 табл. двічі на день протягом 7 діб, дексаметазон по 4 мг — раз на день протягом 3 діб, фуросемід по 1 табл. уранці протягом 3 діб (через день).

Але, попри лікування, стан хворої не поліпшувалася. 04.02.2015 р. з'явилися сукровичні виді-

лення з лівого вуха. За даними отоскопії AS, вушна раковина, ділянка соскоподібного відростка не змінені. Зовнішній слуховий прохід широкий, заповнений сукровичним вмістом. Барабанна перетинка сіра, набрякла, контури згладжені, спостерігається перфорація у передньо-верхньому квадранті. Стан інших ЛОР-органів — без змін. Пацієнтці призначено туалет зовнішнього слухового проходу зліва, антибактеріальну терапію: «Зинат» 500 мг по 1 табл. двічі на день протягом 5 діб, фармазолін ендоназально двічі на день протягом 5 діб, «Нормакс» по 2—3 краплі 3—4 рази на день протягом 7 діб, лоратадин по 1 табл. на день протягом 5 діб, «Лінекс» по 1 капс. Тричі на день протягом 8 діб.

Але загальний і місцевий статус хворої залишався без динаміки, у зв'язку з чим їй було призначено дообстеження, зокрема багат шарова КТ внутрішнього вуха. Висновок за результатами КТ від 14.02.2015 р.: «лівобічний середній гнійний отит, мастоїдит» (рис. 1).

25.02.2015 р. хворій призначено внутрішньовенний курс неспецифічної антибактеріальної терапії цефатоксимом у дозі 1,0 мг двічі на день протягом 10 діб, прийом «Лінексу» по 1 капс. Тричі на день протягом 10 діб, флуконазол по 100 мг на день протягом 5 діб.

Під час контрольного огляду 09.03.2015 р. за даними отоскопії AS: вушна раковина, ділянка соскоподібного відростка не змінені. Зовнішній слуховий прохід широкий, заповнений сукровичним вмістом. Барабанна перетинка сіра, потовщена, контури її згладжені, перфорація спостерігається у передньо-верхньому квадранті (збільшена в розмірах). Інші ЛОР-органи без змін. Встановлено клінічний діагноз: «гострий лівобічний перфоративний отит, мастоїдит». Призначено дообстеження, а саме: повторну аудіометрію, КТ скроневи кiсток, консультацію в ДУ «Інститут отоларингології імені О.С. Коломийченка».

16.03.2015 р. за даними отоскопії AS: вушна раковина, ділянка соскоподібного відростка не змінені. Зовнішній слуховий прохід широкий, вільний. Барабанна перетинка сіра, не набрякла, контури згладжені, дві перфорації в передньому і задньому відділах, Ш. м. — 0,5 м, Р. м. — 1,5 м. На тональній аудіометрії визначається порушення звукосприймання і звукопроведення — приглухуватість ліворуч за змішаним типом з КПІ 20—40 дБ, що свідчило про погіршення слуху порівняно з попереднім обстеженням. Один з чотирьох мазків із лівого вуха підозрілий на наявність кислотостійких бактерій. Інші ЛОР-органи без змін. Діагноз: «латентний середній отит зліва (поліперфоративний)».

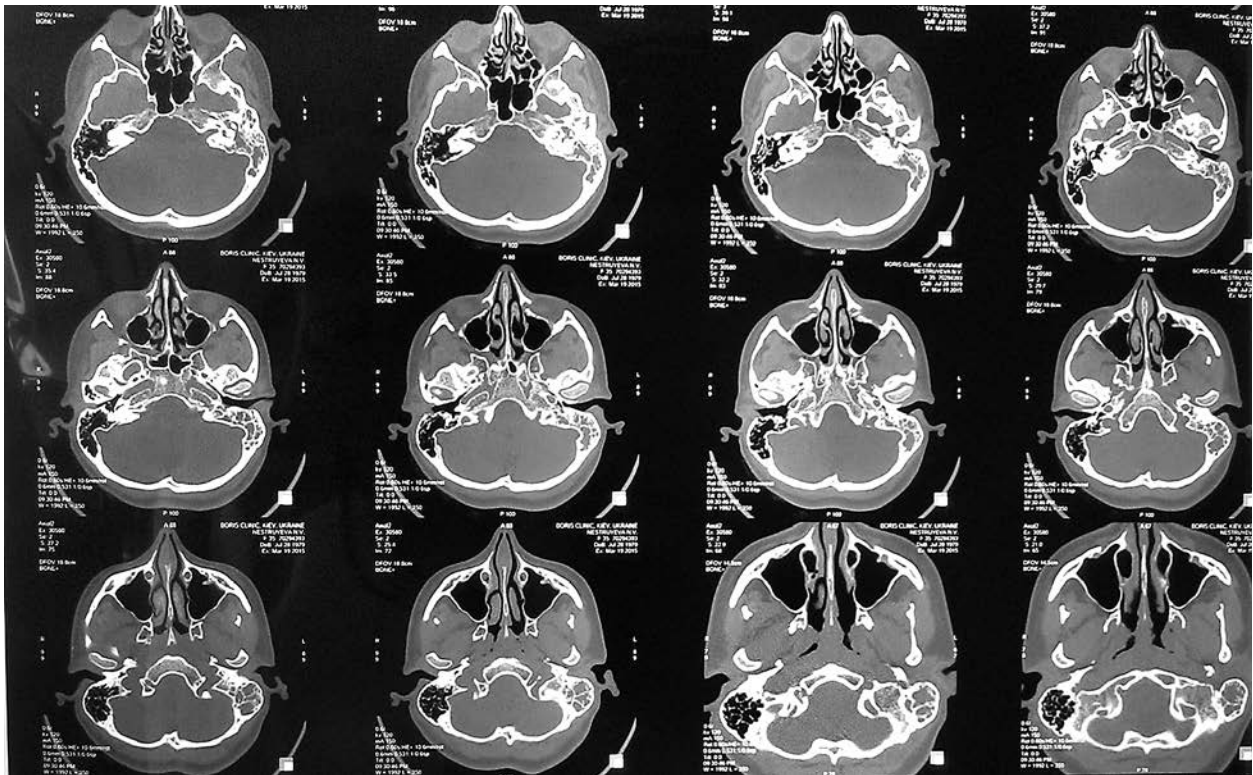


Рис. 1. КТ скроневих кісток від 14.02.2015 р.: комірки соскоподібного відростка і пірамідка зліва заповнені рідиною, яка визначається і в барабанній порожнині навколо слухових кісточок

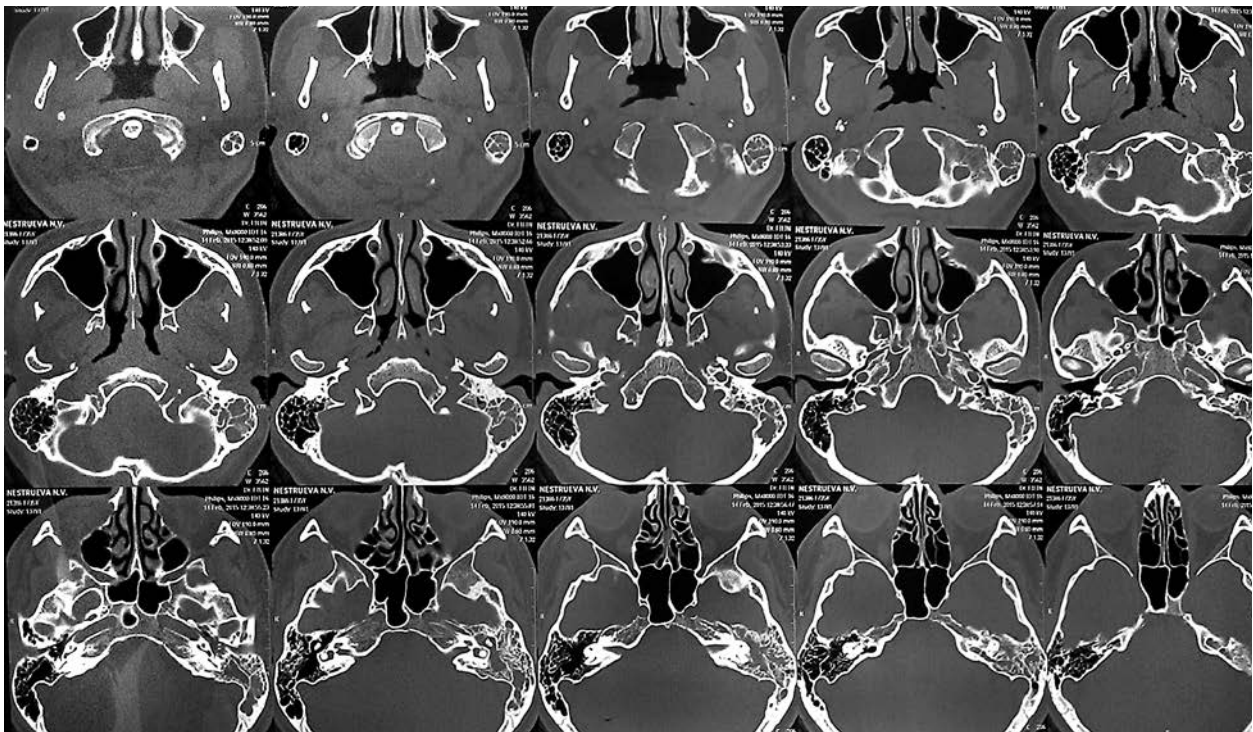


Рис. 2. На контрольній КТ від 19.03.2015 р. після проведених 3-х курсів антибактеріальної терапії позитивної динаміки не спостерігається. Визначається тотальне затемнення комірок соскоподібного відростка лівої скроневої кістки і барабанної порожнини зліва

19.03.2015 р. проведено контрольну КТ скроневих кісток, на якій виявлено тотальне затемнення комірок соскоподібного відростка лівої скроневої кістки, барабанної порожнини зліва,

а також потовщення слизової оболонки в лівій максиллярній і пазухах гратчастої кістки (рис. 2). Позитивної динаміки порівняно з КТ від 14.02.2015 р. не визначено.

Хвору направлено в консультативну поліклініку ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» для дообстеження і уточнення діагнозу.

У процесі дообстеження даних про туберкульоз легень не виявлено, у зв'язку з чим подальше перебування хворої в клініці інституту було нелогічним. Під час консультації препарату мазка із лівого вуха цитолог інституту наявність кислотостійких бактерій не підтвердив.

19.03.2015 р. проведено отоскопію AS: вушна раковина, ділянка соскоподібного відростка не змінені. Зовнішній слуховий прохід широкий, з незначною кількістю слизово-гнійних виділень. Барабанна перетинка потовщена, гіперемійована, з ознаками крововиливу, велика (5 мм) перфорація спостерігається у передньо-верхньому квадранті і три дрібні в задньовверхньому і задньонижньому квадрантах. Інші ЛОР-органи без особливостей.

Для уточнення етіології запального процесу середнього вуха призначено мікробіологічне дослідження патологічних виділень із лівого вуха на вторинну мікрофлору та двократне експрес-обстеження на МБТ в умовах клініко-діагностичної лабораторії Центрального міського протитуберкульозного диспансеру ТМО «Фтизіатрія». Диспансерне спостереження з подальшим лікуванням у протитуберкульозному диспансері за місцем проживання. Але два експрес-обстеження не виявили МБТ, у зв'язку з чим хворій було відмовлено у призначенні протитуберкульозного лікування і спостереженні в протитуберкульозному диспансері. За допомогою дослідження мазка на неспецифічну мікрофлору виявлено сапрофітні мікроорганізми, зокрема *St. Epydermidis*. Пацієнтку направлено на подальше лікування до лікаря-отоларинголога.

За особистою ініціативою хвора знову звернулася до консультативної поліклініки ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», де її оглянули лікар-отоларинголог і фтизіатр. За результатами спільного огляду і з урахуванням клінічного перебігу захворювання, неефективності попереднього лікування, прогресування деструктивних процесів у структурах середнього вуха під час трьох курсів системної неспецифічної антибактеріальної терапії, а також погіршення показників аудіометрії і даних КТ скроневих кісток визначено попередній діагноз: «ВДТБ 19.03.2015. Середній лівобічний отит, ускладнений мастоїдитом. Дестр(+). МБТ(-), М(-), МГ(-), К(-), Резист.(-), Гіст.(-), Кат.1, Ког.1 (2015)». Супутній діагноз: «хронічний вазомо-

торний риніт». Призначено інтенсивну фазу антимікобактеріальної терапії за вимогами категорії 1 (2 HRZE), а також місцеву терапію: туалет зовнішнього слухового проходу розчином «Декасану», вушні краплі левофлоксацину або гатифлоксацину (по 2 краплі 2–3 рази на день протягом 2 міс), «Алергодил» інтраназально 2 рази на день протягом 1 міс.

На тлі лікування стан хворої поліпшився, зменшилися виділення із лівого вуха, підвищився слух. Лікар-отоларинголог під час отоскопії AS 30.04.2015 р. виявив, що вушна раковина, ділянка соскоподібного відростка не змінені. Зовнішній слуховий прохід широкий, без патологічних виділень. Барабанна перетинка сіра. Дрібні перфорації, які спостерігалися 19.03.2015 р., затяглися. Субтотальна перфорація в передньо-верхньому квадранті зменшилася, Ш. м. — 1,5 м, Р. м. > 5,0 м. Інші ЛОР-органи без особливостей. Призначено контрольну аудіометрію і КТ скроневих кісток.

Аудіограма від 19.05.2015 р. засвідчила поліпшення слуху порівняно з даними від 17.03.2015 р. (зменшення КПП до 10–20 дБ).

Висновок за результатами КТ скроневих кісток від 09.06.2015 р.: КТ-дані за лівосторонній мезотимпаніт. Порівняно з попередніми даними на останній КТ визначається позитивна динаміка — відновлення пневматизації комірок соскоподібного відростка (рис. 3).

На підставі позитивної динаміки клінічних симптомів, даних аудіометрії та КТ скроневих кісток на тлі протитуберкульозної терапії встановлено остаточний діагноз: «ВДТБ 19.03.2015. Лівобічний мезотимпаніт. Дестр(+), МБТ(-), М(-), МГ(-), К(-), Резист.(-), Гіст.(-), Кат.1, Ког.1 (2015)». Супутній діагноз: «хронічний вазомоторний риніт». Призначено підтримувальну фазу антимікобактеріальної терапії за вимогами категорії 1 (4 HR).

Таким чином, на сьогодні немає рекомендації щодо діагностики і ведення хворих на позалегеновий туберкульозний отит, у зв'язку з чим, попри раннє звернення хворої по медичну допомогу, не було своєчасно діагностовано захворювання і призначено відповідне лікування. Остаточний діагноз позалегенового туберкульозного отиту встановлено лише на тлі імперичної протитуберкульозної терапії.

Описаний клінічний випадок свідчить про те, що без бактеріовиділення і у разі неможливості провести гістологічне дослідження у хворого з невизначеною етіологією середнього отиту та без позитивної динаміки на тлі неспецифічної антибактеріальної терапії потрібно проводити диференціальну діагностику зі специфічним

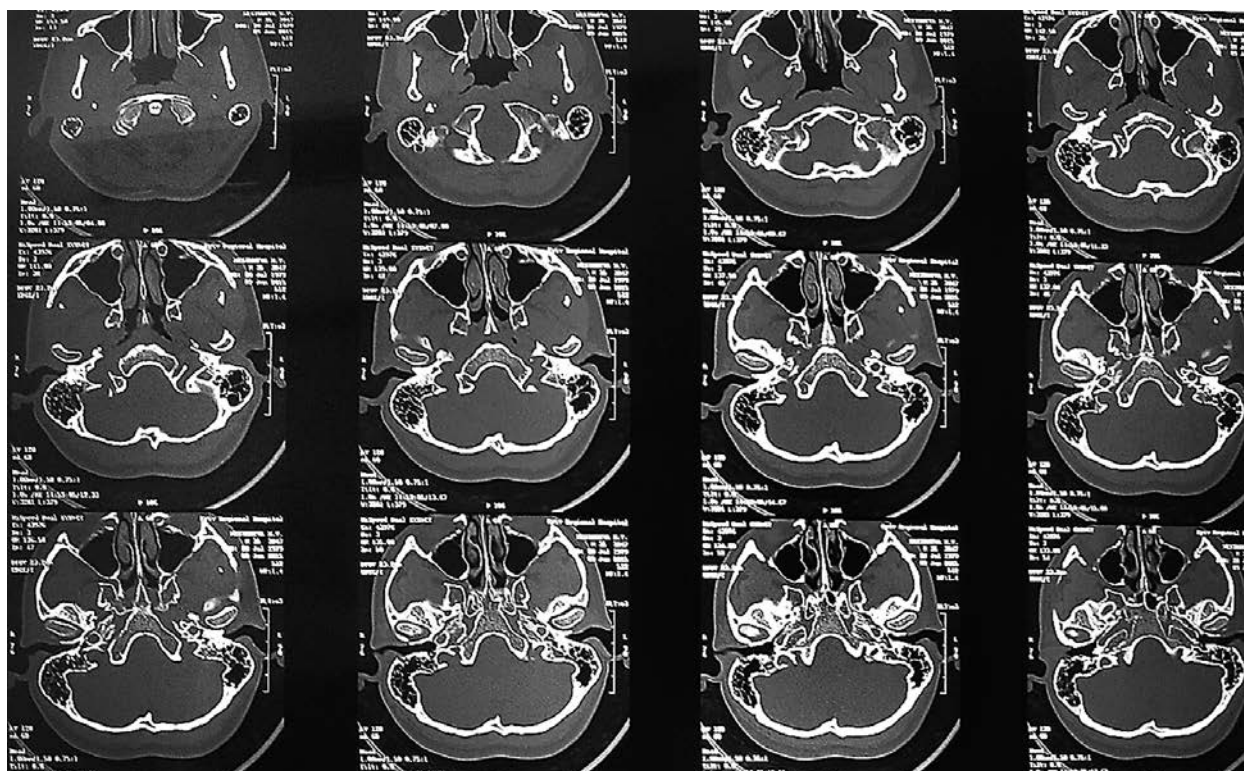


Рис. 3. На контрольній КТ скроневих кісток від 09.06.2015 р. на тлі проведення протитуберкульозної терапії визначається відновлення пневматизації комірок соскоподібного відростка

процесом у вусі. Доцільно для ранньої діагностики туберкульозного середнього отиту та оцінки ефективності лікування хворих, крім клініко-аудиометричних досліджень, додатково при-

значати комп'ютерну томографію скроневих кісток.

Роботу виконано за кошти державного бюджету.

Список літератури

1. Дадамухамедов А.Н. Клиника и лечение гнойных средних отитов и их осложнений у туберкулезных больных: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук.— Ташкент, 1975.— 22 с.
2. Щенко О.Г. та ін. МОЗ України. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз».— К., 2014.— 87 с.
3. Махмутов И.Ф. Туберкулез среднего уха у больных туберкулезом легких и плевры [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/oto/detail/571/8773/>
4. Мельник В.М. Аналітичний погляд на проблему хіміорезистентного туберкульозу: нинішній стан, досягнення та деякі невирішені питання // Укр. пульмонол. журн.— 2012.— № 1.— С. 5—7.
5. Наказ МОЗ України № 181 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія»» [Чинний від 2009—03—24].— К.: МНІАЦ медичної статистики МВЦ «Медінформ», 2009.— 103 с.
6. Наказ МОЗ України № 318 «Протокол по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні» [Чинний від 2006—05—24].— К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2006.— 51 с.
7. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа.— М.: Медицина, 1978.— С. 423—424.
8. Петренко В.М. та ін. Оцінка результатів лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень та з рецидивами захворювання за показниками когортного аналізу // Укр. пульмонол. журн.— 2011.— № 1.— С. 5—10.
9. Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз: Наказ МОЗ України № 384 від 09.06.2006 р.— К., 2006.— 78 с.
10. Тодоріко Л.Д. та ін. Оптимізація стандартного режиму хіміотерапії при лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень // Укр. пульмонол. журн.— 2012.— № 1.— С. 8—12.
11. Туберкулез среднего уха [Электронный ресурс].— Режим доступа: http://meduniver.com/Medical/otorinolaringologia_bolezni_lor_organov/146.html.
12. Туберкулезный средний отит [Электронный ресурс].— Режим доступа: http://ilive.com.ua/health/tuberkuleznyy-sredniy-otit_75213i15951.html.
13. Федчишин А. Влияние мобильных телефонов на человека [Электронный ресурс].— Режим доступа: <http://gamma7.m-l-m.info/zashhita-ot-elektromagnitnogo-izlucheniya/vliyanie-elektromagnitnogo-izlucheniya-na-cheloveka/mobilnye-telefony>.
14. Фещенко Ю.І. та ін. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006—2010 роки // Укр. пульмонол. журн.— 2011.— № 4.— С. 5—10.
15. Шрамко А.Н. Острый туберкулезный средний отит, осложненный парезом лицевого нерва [Электронный ресурс].— Режим доступа: http://www.lorlife.kiev.ua/2013/2013_2_75.pdf.
16. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmers / Geneva: WHO, 2003.— 313 p.

В.И. Игнатъева¹, С.В. Зайков², О.Д. Николаева², В.А. Святненко³

¹ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев

²Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев

³Национальный технический университет Украины «КПИ», Киев

Применение компьютерной томографии височных костей для диагностики туберкулезного среднего отита и оценки эффективности лечения больных

Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении туберкулеза легких за последние 20 лет, актуальной проблемой фтизиатрической практики остаются внелегочные формы туберкулеза, среди которых особого внимания заслуживает туберкулезный средний отит.

При внелегочном туберкулезном отите наблюдается ряд особенностей, которые делают невозможными своевременную диагностику и лечение данной патологии, что со временем может привести к возникновению секвестров не только стенок барабанной полости, слуховых косточек, но и лабиринта с формированием свищей и внутричерепных осложнений. Поэтому особую актуальность приобретает применение дополнительных методов, а именно компьютерной томографии височных костей в комплексе с клиническим и аудиометрическим исследованиями, для диагностики внелегочного туберкулезного среднего отита и оценки эффективности лечения данного контингента больных.

В статье приведен клинический пример диагностики и лечения внелегочного туберкулезного среднего отита.

Ключевые слова: внелегочный туберкулезный средний отит, компьютерная томография, диагностика, лечение.

V.I. Ignatieva¹, S.V. Zaikov², O.D. Nikolayeva², V.A. Svyatnenko³

¹SI «National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³National Technical University of Ukraine «Kyiv Polytechnic Institute», Kyiv, Ukraine

Application of temporal bones computer tomography for tuberculosis otitis of media diagnostic and assessment of efficacy treatment

Despite the successes that have been achieved over the last 20 years in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis, the current problems in phthisiatry are extrapulmonary tuberculosis, including special attention needs tuberculous otitis media.

In case of extrapulmonary tuberculosis otitis there are a number of features which prevent timely diagnosis and treatment of this disease, which may eventually lead to sequestration not only the tympanic cavity, auditory bones, but with the formation of the labyrinth fistula and intracranial complications. Hence the urgency have the application of additional methods – namely, computer tomography of the temporal bone in complex with clinical and audiometric studies for the diagnosis of extrapulmonary tuberculosis otitis media and evaluate the treatment of patients.

In the article clinical case demonstrated the complexity of diagnosis and treatment of extrapulmonary tuberculous otitis media.

Key words: extrapulmonary tuberculous otitis media, computer imaging, diagnostics, treatment.

Контактна інформація:

Игнатъева Вікторія Ігорівна, к. мед. н., ст. наук. співр.

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10

E-mail: ignatieva@ifp.kiev.ua

Стаття надійшла до редакції 23 жовтня 2015 р.