



Upale uha, spriječiti i konačno izliječiti

Piše:

prof. dr. sc. Ivica Klapan, dr. med.

*Redoviti profesor otorinolaringologije i
plastične kirurgije glave i vrata*

*Medicinski fakulteti Sveučilišta u Osijeku i Zagrebu
Poliklinika Klapan Medical Group, Zagreb*

Akutnom upalom može biti zahvaćeno vanjsko i srednje uho. Ove dvije bolesti su uzročnicima, simptomima i načinom liječenja potpuno različite. Akutna upala vanjskog uha (*otitis externa*) podrazumijeva upalni proces koji zahaća vanjsko uho, tj. zvukovod. U pravilu je bezazlen, ali može imati i vrlo kompliciran tijek, kao npr. kod imunokompromitiranih osoba i dijabetičara.

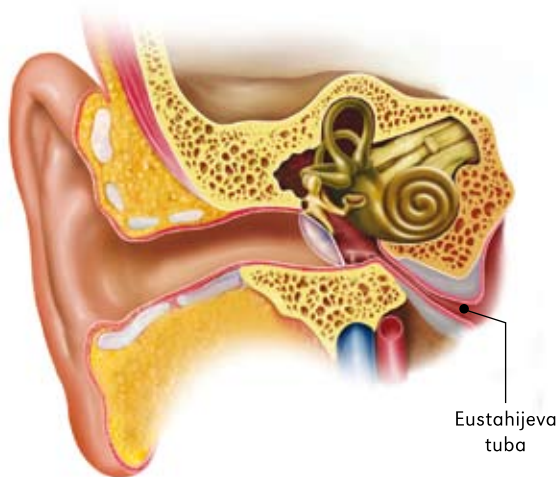
Najčešći je uzrok ulazak vode u zvukovod, pa time i bakterija. Budući da je zvukovod prekriven tankim slojem osjetljive kože, lako može doći do upale. Katkad je, kao dodatni rizični čimbenik, prisutna i sitna ozljeda kože (npr. čišćenje uha štapićem). Bakterije, koje se nalaze na koži, najčešći su uzročnici ovih upala, kao što su stafilokoki, streptokoki ili pseudomonas, ali i gljivice koje mogu uzrokovati gljivičnu infekciju. Kožna manifestacija alergije također može biti uzrok navedenih tegoba (egzem, neurodermitis, kontaktni dermatitis). Simptomi ovog oblika upale uha su: izražajna bolnost koja postupno jača, osjećaj pritiska, katkad slabljenje sluha (provodne prirode), a iz uha se može pojaviti i iscjedak. Uška je bolna na dodir/pritisak, a mogu biti uvećani i okolni limfni čvorovi.

Kliničkim pregledom zamjećuje se oteklina i crvenilo kože zvukovoda uz naslage odljuštenog epitela i bakterija.

U slučaju gljivične infekcije naslage mogu biti specifičnog izgleda. Iako je bubnjić teško (gotovo nemoguće) vidjeti zbog otečenosti i naslaga, on je u cijelosti neoštećen.

Laboratorijski nalazi su kod nekomplikiranih upala nepromijenjeni. Katkad je potrebno uzeti bris uha i antibiogram kako bi se otkrio specifični uzročnik i odabrao antibiotik. Posumnja li se na dijabetes, potrebno je izmjeriti šećer u krvi (GUK). Prilikom pregleda potrebno je naslage iz zvukovoda odstraniti tankom vakumskom pumpom. Postoji li izražajna oteklina kože zvukovoda, potrebno je u sam zvukovod postaviti manju trakicu masne gaze (kombinacija antibiotika i lokalno djelujućeg kortikosteroida). Budući da je upala vanjskog uha vrlo bolna, potrebno je u terapiju uključiti i analgetik ili po potrebi antibiotik. U prevenciji je uputno što manje vlažiti uho, te nakon kupanja izbaciti višak vode iz zvukovoda. Bolesnike treba upozoriti na to da ne čiste uši štapićima.

Akutna upala srednjeg uha je jedna od najčešćih dijagnoza u dječijoj populaciji. Definirana je naglim nastupom uhobolje, uz kliničke znakove izljeva i upalnog procesa u srednjem uhu. Najčešće se pojavljuje kao komplikacija virusne infekcije gornjega dišnog sustava zbog koje dolazi do zatvaranja prirodnog kanala koji spaja nosni dio ždrijela i srednje uho (tzv. Eustahijeva tuba). Osim otekline sluznice, zatvaranju ove ventilacijske cijevi pogoduju i adenoidne vegetacije (tzv. "treći krajnik"), koje su vrlo česte u djece. Srednje uho se tada više ne ventilira uredno, što može dovesti do izljeva tekućine u ovaj zatvoreni prostor. Dogodi li se to, ovaj tekući sadržaj služi kao pogodan medij za bakterijsku infekciju, koja se tada



Akutna upala srednjeg uha je jedna od najčešćih dijagnoza u dječjoj populaciji. Definirana je naglim nastupom uhololje, uz kliničke znakove izljeva i upalnog procesa u srednjem uhu. Najčešće se pojavljuje kao komplikacija virusne infekcije gornjega dišnog sustava zbog koje dolazi do zatvaranja prirodnog kanala koji spaja nosni dio ždrijela i srednje uho (tzv. Eustahijeva tuba).

počinje razvijati u inače sterilnom području srednjeg uha. U težim slučajevima dolazi do slabljenja bubnjića i stvaranja otvora na bubnjiću uz gnojnu sekreciju iz uha, ili širenja upale u okolne prostore (npr. *mastoidne celule*). Bolest se može pojaviti u bilo kojoj dobnoj skupini, ali je daleko najčešća kod djece u dobi od 6 mjeseci do 3 godine, djelomično i zbog anatomske odnose Eustahijeve cijevi prema prostoru nosnog ždrijela.

Djeca koja imaju uvećan "treći krajnik" ili imaju neke od urođenih malformacija u ovom anatomske području, kao što je npr. rascjep nepca, posebno su sklona ovom obliku upale uha. Uzročnici upale su najčešće bakterije soja streptokoka, nešto rjeđe *moraxella catharalis* i *haemophilus influenzae*, ali i neki drugi bakterijski ili virusni uzročnici (doduše rijetko). Kao i mnoge druge respiratorne infekcije, i ova je upala češća u zimskim mjesecima. Veće dijete će se žaliti na bolnost zahvaćenog uha. Pritom tjelesna temperatura može, ali i ne mora nužno biti povišena. Često upali prethode (nekoliko dana prije) simptomi virusne infekcije gornjega dišnog sustava (tzv. prehlade). Kod manje djece jedini znak upale može biti plačljivost i/ili razdražljivost. Pregled zvukovoda kod bolesnika trebao bi biti bezbolan (bolnost govori u prilog stranom tijelu ili upali vanjskog uha). Tipično se vidi zacrvenjen bubnjić. Katkad pregled bubnjića može biti otežan, posebno kod male djece koja ne surađuju tijekom pregleda, a vrlo često imaju i uzak zvukovod i smolu u zvukovodu (*cerumen*). Svi ovi razlozi mogu otežati postavljanje dijagnoze kod manje djece. Laboratorijski nalazi često nisu bitnije poremećeni, osim broja bijelih krvnih stanica (leukocita), kao izraza upalne reakcije u organizmu.

Prije upotrebe antibiotika, jedna od češćih komplikacija upale srednjeg uha bila je prateća upala zračnih prostora u okolini srednjeg uha (*mastoidne celule*). Na razvoj *mastoiditisa* upućuje visoka temperatura, bolnost područja iza uha i u nekim slučajevima bolno osjetljiva oteklina iza uha, uz tipičnu sliku odstojećih uški na toj strani glave. Koža iza uha je također često crvenija, što upućuje na širenje upalnog procesa u ovo područje. U ovom su slučaju laboratorijski nalazi, koji upozoravaju na upalni proces, često bitno poremećeni (leukociti, sedimentacija eritrocita, CRP i ostali proteini "akutne faze").

Liječenje

U liječenju se uz uvođenje antimikrobne terapije (antibiotika) često pribjegava i miringotomiji, tj. stvaranju umjetnog otvora na bubnjiću posebnim malenim nožićem. Time se pomaže istjecanje nakupljenoga gnojnog sekreta iz srednjeg uha i mastoida kroz zvukovod. U ozbiljnijim slučajevima može biti potrebno i kirurško liječenje. Obično je to mastoidektomija, tj. pristup iza uha, kada se posebnom kirurškom bušilicom odstranjuju upalom zahvaćene mastoidne celule. U terapiji ove bolesti kod djece mlađe od 6 mjeseci potrebno je uvesti antibiotik, kao i kod starijih u slučaju prisutne teže kliničke slike. Antibiotik se može uvesti u terapiju i nakon kraćeg razdoblja promatranja. Obično je dovoljan samo amoksicilin (7 do 10 dana), neki od cefalosporinskih antibiotika ili azitromicin. Ako je prisutna infekcija otpornijih bakterija (rezistencija), u liječenje se može uvesti i amoksicilin+klavulonska kiselina. Uz antimikrobna sredstva potrebno je u nos kapati dekongestivne kapi (poseban položaj glave prilikom kapanja), kako bi se otvorila

Eustahijeva tuba, ali i analgetici, ima li dijete izražajne bolove i povišenu tjelesnu temperaturu.

Poseban oblik upale uha predstavlja tzv. **sekretorna upala srednjeg uha**, tijekom koje dolazi do nakupljanja tekućine unutar anatomskog prostora srednjeg uha. Po svojim karakteristikama tekućina je izražajno vodenasta (serozna) ili gušće konzistencije, ali svakako nije gnojna. U nastanku ove bolesti važnu ulogu ima loša funkcija Eustahijeve tube (povezuje zračne prostore nosnog ždrijela sa srednjim uhom). Postoji niz razloga zbog kojih ova "cijev" može biti lošije funkcije.

To su najčešće akutne infekcije u području dišnog sustava ili alergije, ali vrlo često i adenoidne vegetacije (tj. treći krajnik). Ovome stanju pogoduje i činjenica da je kod mlađe djece tuba smještena vodoravnije, te se začepljenjem uvelike poremeti njezina osnovna funkcija, tj. ventilacija srednjeg uha, pražnjenje eventualno nakupljene tekućine iz srednjeg uha i/ili njegova zaštita od bakterija. Slabija funkcija tube dovodi do nestanka zraka (tzv. resorpcije) te stvaranja negativnog tlaka u srednjem uhu. Nastanak negativnog tlaka pogoduje nakupljanju tekućine, koja se stvara u sluznici koja prekriva srednje uho. Budući da je funkcija Eustahijeve tube definitivno poremećena, tekućina se ovdje u tome slučaju i zadržava.

Ova je bolest relativno česta u djece i jedan je od vodećih uzroka naglušnosti u ovoj dobi. Može uzrokovati i otežan razvoj govora kod mlađe djece. Najčešća je u djece u dobi do dvije godine, dok njezina učestalost opada nakon šeste godine života. Podjednako se pojavljuje kod djece oba spola. Najčešće se pojavljuje nakon gnojne upale uha, ali može biti prisutna i bez prethodne upale. U slučaju da dijete boluje od **sekretornog otitisa**, bol u uhu obično nije prisutna, već se dogodi naglušnost provodnog tipa (tzv. zračna naglušnost). Dakle, funkcija osjetila sluha i slušnih centara u mozgu nije poremećena, već je problem u provođenju slušnih podražaja do unutarnjeg uha. Upravo činjenica da dijete lošije čuje, "prisili" roditelje da ga dovedu na pregled. Roditelji obično navode da dijete pojačava televizor ili mu se treba ponavljati već rečeno, nerijetko nekoliko puta. Kod odraslih se uz navedeni slabiji sluh pojavljuje i osjećaj začepljenosti i tlak u uhu (zaglušnost).

Pregledom uha mogu se utvrditi znakovi negativnog tlaka u srednjem uhu, zbog čega se bubnjić uvlači i poprima karakterističan ljevkast izgled. Pregledom bubnjića, uz prigodno povećanje, može se vidjeti i razina tekućine u srednjem uhu. Potreban je cjelovit otorinolaringološki

pregled radi otkrivanja pratećih bolesti koje pogoduju disfunkciji Eustahijeve tube (treći krajnik, itd.).

Laboratorijski nalazi su rijetko poremećeni i nisu važni u postavljanju dijagnoze. Korisna dodatna pretraga, kojom se ispituje tlak u srednjem uhu kao i sama funkcija tube, je timpanometrija. To je definitivno brza, jednostavna i bezbolna metoda. Uz timpanometriju, korisno je napraviti i obradu sluha (tzv. tonalnu audionetriju). Ovom se pretragom utvrđuje precizna razina gubitka sluha i važnost/utjecaj bolesti na gubitak sluha.

U liječenju sekretornog oblika upale srednjeg uha potrebno je točno utvrditi stupanj oštećenja, koje je uho zahvaćeno i koliko. Osim toga treba procijeniti koliko ovo stanje utječe na djetetov razvoj govora i intelektualni razvoj općenito. Ako je stanje prisutno dulje od tri mjeseca, treba provesti obradu sluha, a prepozna li se stanje kasno, uz već prisutan otežan razvoj govora, obrada je potrebna što prije. Kada je bolest prisutna dulje vrijeme, općeprihvaćeno je kirurško liječenje.

Od kirurških se zahvata primjenjuje već spomenuta miringotomija koja pomaže u stvaranju pogodnijih uvjeta za ventilaciju i pražnjenje srednjeg uha. Tada se u sam bubnjić može staviti i mala ventilacijska cjevčica kojom se produljuje učinak i sprečava spontano zatvaranje otvora. Ako je kod djeteta prisutan "treći krajnik", provodi se adenotomija. Ovaj kirurški zahvat trebalo bi učiniti kada postoji veće oštećenje sluha ili postoje već vidljive promjene na bubnjiću koje su znak jačega i trajnijeg nakupljanja tekućine. Kirurškoj terapiji se pribjegava i kod djece sa zakašnjelim razvojem govora. ■

POLIKLINIKA KLAPAN MEDICAL GROUP

Ilica 191A, Zagreb

tel.: (01) 2222 736, faks: (01) 2222 737

e-mail: poliklinika.klapan@vodatel.net

www.poliklinika-klapan.com