

OTITÍDY V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

Milan Krošlák

2. otorinolaryngologická klinika LF UK a FNŠP, Bratislava-Ružinov

Základnými symptómami pri zápalových chorobách ucha sú bolesť, porucha sluchu, výtok. Rozlišovanie stupňa ich závažnosti a jednotlivých klinických obrazov pomáha všeobecnému lekárovi v správnom rozhodovaní sa o ďalšom postupe. Spolupráca všeobecného lekára a otológa je potrebná pri racionálnej pomoci chorým. Poučenie chorého je významné pre ďalšie riešenie otických ťažkostí.

Kľúčové slová: zápal vonkajšieho ucha, zápal stredného ucha, diagnostické a liečebné postupy, rady chorému.

OTITIS IN GENERAL PRACTITIONER'S OFFICE

Fundamental symptoms of otitic inflammation diseases are pain, hypacusis, discharge. Distinguishing their seriousness helps general practitioner to do the right decision about following treatment. Cooperation of general practitioner with othologist is necessary to find the best rational solution for patient management. Instruction of patients is important to achieve successful treatment of otitic diseases.

Key words: otitis externa, otitis media, diagnostic and therapeutic procedures, patient information.

Via pract., 2008, roč. 5 (2): 72–74

Zápal vonkajšieho zvukovodu

Externá otitída sa delí na ohraničenú a difúznú formu. Jedným z dispozičných momentov ich vzniku je porucha funkcie ceruminózných mazových žliaz, prejavujúca sa zníženou produkciou mastných kyselín s následným posunom pH povrchu kože k alkalóze, a tým zníženou odolnosťou proti mikrobiálnej infekcii. Pri nadmernej záťaži kože vonkajšieho zvukovodu napr. častým vymývaním zvukovodu (mydlo, šampón) sa cerumen vyplavuje a chýba jeho ochranná funkcia. Nadmernou záťažou môže byť aj prašné prostredie, nadmerná vlhkosť (baníci), čím sa trvale otvára cesta infekcii. Aj výraznejšie infekčné prostredie (kúpalisková voda – chlór, *Pseudomonas*) zvyšuje záťaž kože a výsledkom je, častá najmä v lete, plavecká externá otitída. Zápal vonkajšieho zvukovodu (otitis externa circumscripta, diffusa) sa pozoruje častejšie aj pri nesprávnom, resp. zbytočnom mechanickom čistení vonkajších zvukovodov, resp. odstraňovaní cerumenu. Veľmi rozšírené je používanie kozmetických vatových tyčiniek. Pri svrbivom často atopickom exudatívne deskvamáčnom ekzéme, alebo nadmernej tvorbe ušného mazu manipulácia vo zvukovode prináša priam erotický úľavu. Zabraňuje sa takto normálnemu samočistiacemu procesu a posúvaniu cerumenu centrifugálne, čo je jedna zo zvláštnych vlastností typickej pre kožu zvukovodu. Akumulácia cerumenu a resp. detritu vo vonkajšom zvukovode, ktorý je neraz natlačený na blanu bubienka, kde zasychá a spôsobuje iritáciu kože ako cudzie teleso. Výsledkom je zápal kože vonkajšieho zvukovodu rôzneho rozsahu. Typickým prejavom okrem poruchy sluchu je bolesť. Rozsah zápalových zmien nebýva v korelácii so stupňom bolesti. Výraznejšie sa percipuje v noci a aj pri chudobnom otomikroskopickom náleze môže byť bolesť

veľmi intenzívna a niektorí pacienti neraz neváhajú vyhľadať lekársku prvú pomoc práve v noci.

K pokročilejším formám ohraničenej otitídy patrí **furunculus meati acustici externi**. Prejavuje sa výrazným klinickým obrazom a niekedy rýchlym rozvojom príznakov. Dominantná je bolesť. Spravidla sa vyskytuje okolo kožných adnex (vlasová cibulka), teda v chrupkovej, laterálnej časti vonkajšieho zvukovodu. Pri lokalizácii v prednej časti steny vonkajšieho zvukovodu je intenzívnejšia pri žuvaní a pri tlaku na tragus. Lokalizácia na zadnej stene imituje bolesť podobnú ako pri nebezpečnej mastoiditíde (mastoidizmus). Ak zápalový infiltrát obturuje zvukovod, pridruží sa porucha sluchu. Zápal regionálnych pre-, retro- a infraaurikulových lymfatických uzlín dokresľuje klinický obraz a sťažuje diagnostiku. V diferenciálnej diagnostike pri obturovanom vonkajšom zvukovode je röntgenová snímka kľúčovým vyšetrením na vylúčenie akútnej mastoiditídy. Chorí majú zvýšenú teplotu. Otoskopicky možno vidieť opuch kože s hnisovým čapikom. V liečbe dominuje systémová aplikácia antibiotík. Lokálne sa aplikuje bór alkohol na gázových pásikoch. Po dozretí furunkulu sa indikuje šetrná incízia a evakuácia hnisu. V štádiu flegmóny sa osvedčila aplikácia ichtyolovej masti, čo však zhoršuje optickú kontrolovateľnosť vývoja choroby. Pravidelné ošetrovanie je nevyhnutné. Aplikácia masti s antibiotikom je vhodná po incízii. Klinická symptomatológia a liečba môže trvať aj 14 dní.

Difúzny zápal postihuje kožu vonkajšieho zvukovodu v chrupkovej, ale aj v hlbšej kostenej časti. Difúzny zápal kože vonkajšieho zvukovodu môže byť bakteriálny, ale i mykotický. Postihuje kožu v chrupkovej, ale aj kostenej časti. Obturácia zvukovodu opuchom a detritom spôsobí samozrejme poruchu sluchu. Bolesť nemusí byť intenzívna. Koža zvuko-

vodu je pokrytá hnisovým exudátom bez hlienovej zložky typickej pre zápal stredného ucha. Vytekajúci hnis spôsobuje rozleptanie a zápal kože aj na ušnici. Vylúčenie zápalu stredného ucha je dôležité a neraz sťažené aj zápalom stratum cutaneum na blane bubienka – myringitídou. Na rozdiel od zápalu stredného ucha chorí nemávajú febrilitu. Pravidelné ošetrovanie a aplikácia lokálnych antibiotík v kvapkách alebo v masťovom základe je najvhodnejšie po toalete zvukovodu napr. dezinfekčným výplachom (chloramín, bórová voda 3 %). Aplikácia topických kortikosteroidov môže mať rýchly efekt. Pre ich efekt na zápalovú bariéru však častejšie pozorujeme prienik infekcie do hĺbky s rozvojom abscesu. Častejšie sú aj recidívy. Pri mykotickej infekcii je topické antibakteriálne antibiotikum nevhodné. Kritickou skupinou sú starší diabetici. Pri infekcii pseudomonádou a proteom sa môže rozvinúť vážna otitis externa maligna. Prienik infekcie do hĺbky pri vysokej invazivite a zníženej odolnosti diabetika spôsobí často fatálny vývoj a antibiotická liečba ako aj lokálne ošetrovanie trvá niekoľko mesiacov. Pre nehojace sa ostitické ložiská, abscesy v spánkovej kosti je potrebná šetrná chirurgická intervencia, ktorou sa paradoxne otvára cesta pre hlbšiu propagáciu zápalu. Výsledkom po uzdravení môže byť hluchota, vertigo a obrna tvárového nervu.

Významnou skupinou externých otitíd sú vírusmi spôsobené zápaly.

Otitis externa gripposa sa najčastejšie vyskytuje pri chrípkovej epidémii, ale tento názov sa prepožičiava aj pre iné vírusové otitídy. Rozsah postihnutia ucha je rôzny. Jednoduchšie formy sú typické. Na koži vonkajšieho zvukovodu v centrálnejšej kostenej časti sa tvoria serózne alebo hemoragické buly. Podobné pluzgierié vídame aj na blane bubienka.

Chorí majú intenzívnu bolesť ucha, miernu poruchu sluchu. Po incízií búl sa uvoľní hemoragický obsah a symptomatológia sa zmierni. Pásik gázy s bóralkoholom prináša úľavu a pri zlepšení celkových prejavov chrípky resp. virózy sa stav upravuje. Včasná diagnostika poruchy sluchu je dôležitá. Optický nálež umožní diferenciaciu od zápalu stredného ucha. Neurotoxický účinok chrípkového vírusu je nevyhnutné mať na zreteli a po zhojení zápalu zvukovodu a resp. aj stredného ucha je pretrvávajúca porucha sluchu nemilým prekvapením z nečakaného poškodenia kochley. Jej včasné odhalenie (audiometrické vyšetrenie) môže po intenzívnej a najmä včasnej vasoaktívnej liečbe znížiť stupeň kochleovej poruchy sluchu.

Zápal stredného ucha

Zápal stredného ucha predstavuje rozsiahlu a dôležitú problematiku v otológii. S veľkou časťou chorých s akútnym stredoušným zápalom sa tiež ako prvý stretáva vo svojej ambulancii aj praktický lekár. Etiologicky, vznik a priebeh zápalu stredného ucha súvisí so zápalom horných dýchacích orgánov (rinosinuitída) a hltana, čo vyplýva z ich anatomickej a funkčnej blízkosti (sluchová trubica). Sluchová trubica je u detí krátka a široká, čím je daný pri súčasnej prechodnej imunodeficiencii aj najčastejší výskyt zápalu stredného ucha práve v tomto veku.

Akútny katarálny zápal sluchovej trubice

Catharus tubae pharyngotympanicae acutus vzniká pri zápaloch nosa a nosohltana priamym prienikom infekčného vyvolávateľa do sluchovej trubice a do stredného ucha resp. do bubienkovej dutiny. Zápalový opuch sliznice obturujú lúmen trubice a zhorší resp. zastaví ventiláciu a drenáž stredného ucha. Retencia exudátu sa prejaví tlakom a zaľahnutím v uchu. Bolesť je aj smrkanie a hltanie. U detí pozorujeme často obojstrannú symptomatológiu. Otoskopicky (najlepšie pod mikroskopom alebo Brunningsovou lupou) pozorujeme vpáčenú blanu bubienka, ale často aj zvýraznenú cievnú injekciu, najmä perimaleolárne. V liečbe sa zameriame na potlačenie rinosinuitídy a faryngitídy. Po ústupe opuchu sliznice trubice môže pretrvávajúť nedoslýchavosť a vpáčenie blany bubienka. Vzdušnou sprchou podľa Politzera (fonácia – bába alebo kukuk) sa funkcia trubice zlepši a podobne aj ustúpi zaľahnutie. Pri florídnej nádche a faryngitíde je vzdušná sprcha kontraindikovaná, lebo prúdom vzduchu sa môže do bubienkovej dutiny vtláčať infikovaný hlien. Podobne sa vtedy neodporúča Valsalvov manéver (tlak vzduchu do uší pri upchatom nose a zavretých ústach). O správnom smrkaní nosa je vhodné poučiť chorého, resp. aj rodičov dieťaťa (neupchávať obe nosdry). Liečba celkových prejavov virózy sa doplní-

je krátkodobou aplikáciou lokálnych alebo systémových nosových dekongestív (5 dní), mukolytikami, topickým antibiotikom – ušnými kvapkami.

Akútny zápal stredného ucha

Otitis media acuta je najčastejší zápal u dojčiat, batoliat a malých detí. Nie sú zriedkavé recidívy. Vekom sa výskyt znižuje a v dospelosti sa s ním stretávame u tých istých jedincov zriedkavejšie, ale aj všeobecne ojedinele. Podobne ako pri katarate sluchovej trubice je aj pri zápale stredného ucha najčastejším zdrojom infekcie zápal hltana a nádcha. Primárne sa pozoruje vírusový vyvolávateľ ku ktorému sa pridruží baktériová infekcia (napr. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Branhamella catharralis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*). Hematogénna cesta vzniku akútneho zápalu stredného ucha je zriedkavejšia a spravidla sa viaže na zmenenú, oslabenú, k zápalu predisponovanú sliznicu. Príznaky pri typickom priebehu u dospelých sú výrazné a už anamnéza nás väčšinou vedie k správnej diagnóze. Po akútnej rinfaryngitíde a často už počas nej sa objavuje stupňujúca sa bolesť ucha. Má pulzujúci ráz, febrilita nie je zriedkavá a spravidla je aj porucha sluchu na postihnutej strane. Po spontánnej perforácii blany bubienka alebo po paracentéze poklesne teplota a zmierni, alebo sa stratí aj bolesť. Zvukovod je vyplnený exudátom. Po odsatí nachádzame najčastejšie na zadnom dolnom kvadrante blany bubienka perforáciu s pulzujúcim exudátom v bubienkovej dutine. Okrem toho pri otoskopii vidno zápal a zhrubnutie blany bubienka. Vývoj akútneho zápalu stredného ucha má rad zvláštností a závisí na celom rade faktorov. Patrí k nim vek, druh vyvolávateľa, spôsob liečby a v neposlednom rade aj imuno-kompetencia jedinca. V dospeljej populácii je štatisticky významná skupina osôb žijúcich bez otologických problémov viac rokov a pri podrobnejšej anamnéze sa zistí častý zápal ucha v detstve. Perzistujú po nich mierne zmeny, jazvy, zhrubnutie blany a sliznice dutiny bubienka a určitá predispozícia k zápalu. Recidíva sa vyskytne po niekoľkých rokoch a má opodstatnenie aj v zmenách po zápaloch v detstve, o ktorých často jedinec ani nevie a otoskopický nálež je v štádiu pokoja takmer normálny a chorý je bez subjektívnych ťažkostí. U starých ľudí býva priebeh akútneho zápalu často aj nenápadný, bez bolesti a febrility. Choroba máva pomalší vývoj a vzhľadom na oslabenie obranných funkcií je tendencia vzniku akútnej mastoiditídy. Mierny vývoj neraz oklame lekára a o to viac prekvapí komplikácia v podobe mastoiditídy a jej životu nebezpečných komplikácií. Chudobnú symptomatológiu teda netreba u geriatrických pacientov podceňovať.

Liečba akútneho zápalu stredného ucha by sa mala individualizovať podľa štádia choroby ako aj

stavu chorého. V počiatočnom katarálnom štádiu obyčajne vystačíme s dekongestívnymi kvapkami (zdôrazniť chorému limitovaný čas aplikácie uvedený v PIL – informácii pribalenej k lieku) a mukolytikami. Chladivé obklady na ušnicu (Alpa) prinášajú úľavu. Potné kúry, antipyretiká a analgetiká podľa stavu celkovej choroby (virózy). Po paracentéze, alebo spontánnej perforácii sa liečba riadi podľa typu exudátu. Pri čírom nepredpokladáme bakteriálnu infekciu. Pri hnisovej exudácii je systémová aplikácia antibiotík vhodná. Postupujeme empirickým začatím liečby a odberom materiálu na mikrobiologické vyšetrenie. Potom sa opakovane robí šetrné čistenie vonkajšieho zvukovodu miernym výplachom bórovou vodou 3 %, alebo slabým roztokom chloramínu a vysušovaním kože. Mikrobiologicky, pred empirickým začatím aplikácie antibiotík, predpokladáme vyvolávateľa (uvedené vyššie). Nemožnosť vyšetrenia blany bubienka, opakujúci sa stav – exacerbácia akútnej otitídy, ťažký priebeh, potreba paracentézy si spravidla vyžadujú konzultáciu u otológa. Pri recidívach najmä u detí sa indikuje sanácia nosohltana (adenotómia). Niekedy je nutná pri častých recidívach a pri vývoji mastoiditídy aj antromastoidektómia. Imunoalergologické vyšetrenie pomôže objasniť príčinu recidív. Imunostimulačná liečba je pri recidívach vhodnejšia ako nadmerná a častá aplikácia systémových antibiotík najmä u detí.

Chronický zápal stredného ucha

Otitis media chronica sa rozdeľuje z hľadiska typu a s tým súvisiacou závažnosťou priebehu na otitis media chronica mesotympanalis a otitis media chronica mesoepitympanalis cum otitidem et cholesteatomatem. Spravidla ich diagnostikuje a lieči otológ. Preto sa o nich zmienime len stručne.

Mezotympanický typ sa vyznačuje trvalou perforáciou rôznej veľkosti. Rozhodujúci je otoskopický nálež, keď sa zisťuje, že perforácia nezasahuje do okrajov blany bubienka, nedeštruuje anulus fibrocartilagineus tympani a opisujeme ju ako centrálnu perforáciu. Chorí majú trvalý alebo občasný výtok exudátu spravidla hlienohnisový, ktorý sa objaví najmä pri rinfaryngitíde alebo infekcii vniknutej cez vonkajší zvukovod. Stav pokoja – bez výtoku sprevádza rôznu stupeň prevodovej poruchy sluchu, spôsobený perforáciou blany a/alebo fixáciou sluchových kostičiek (polyp, jazvy...). Bolesť sa vyskytuje pri akútnej exacerbácii. Pri tomto type sú komplikácie výnimočné. Liečbu môže pri známej diagnóze pri recidíve indikovať aj všeobecný lekár. Spočívajú v toalete zvukovodu a aplikácii lokálnych antibiotických kvapiek. Dôležité je nepodávať liehové kvapky, ototoxické antibiotické kvapky určené len do vonkajšieho ucha (gentamycín, neomycín a podobne). Veľmi pravdepodobné je pri dlhodobejšej

aplikácii poškodenie vnútorného ucha prienikom cez platničku, alebo membránu okrúhleho okienka (3). Podobne sa kontraindikuje podávanie týchto kvapiek do operovaných uší s otvorenou trepanáčnou dutinou (chorí bývajú odkázaní na slúchadlo pre nedoslýchavých) a strata funkcie kochley ako aj atakovanie periférneho rovnovážneho analyzátoru zhoršuje efekt audioprotetickej pomôcky ako aj kvalitu života (závrat). Minimálna až žiadna ototoxicita sa pozorovala pri kvapkách obsahujúcich penicilíny, cefalosporíny a chinolóny (ciprofloxacín), ale aj iné. V prevencii recidív zápalov z prieniku infekcie zvonka a pre zlepšenie sluchu sa robia tympanoplastické operácie (napr. myringoplastika).

Chronický zápal stredného ucha **epitympanický typ** (s ostitídou a cholesteatómom) predstavuje agresívny typ. Cez typickú okrajovú perforáciu prerastá do bubienkovej dutiny koža z vonkajšieho zvukovodu

(matrix cholesteatomatis) a vytvára sa cholesteatóm. Postupným rastom (rast a olupovanie kože v úzkom priestore) sa deštruuju jednotlivé štruktúry stredného ucha (osteolýze podliehajú kostičky a jednotlivé steny). Vznikajú lokálne aj celkové komplikácie neraz ohrozujúce život chorého. Okrem zápachajúceho výtoku, poruchy sluchu sa z komplikácií môže objaviť závrat (labyrinthitída), porucha funkcie tvárového nervu (paresis), zápal esovitého splavu a sepsa, sub- a epidurálny absces, encefalitída a absces mozgu alebo mozočku (2). Liečba epitympanickej otitídy patrí do rúk otológa a jeho povinnosťou je chorého získať pre chirurgickú liečbu – sanačno rekonštruktívnu operáciu (1). Pri hrozjacej (začínajúcej) kompli-

kácii je chirurgická liečba neodkladná. Rad chorých ani po poučení neuposlúchne rady otológa, preto sa podpora v tomto smere očakáva aj od všeobecného lekára. Dynamiku vývoja cholesteatómu ťažko možno predvídať, výnimočne je pomalá. Rozsah a typ chirurgického zásahu sa určuje aj podľa CT dokumentácie. Sanáciou zápalu a rekonštruktívnu operáciu sa dá dosiahnuť vyliečenie a dobrý funkčný sluchový zisk. Dobrá spolupráca všeobecného lekára a otológa je nevyhnutná.

doc. MUDr. Milan Krošlák, CSc.
2. otorinolaryngologická klinika LF UK a FNsP
Ružinovská 6, 826 06 Bratislava
e-mail: krosalak@nspr.sk

Literatúra

1. Profant M, Barta T, Jäger M, Kabátová Z, Krošlák M, Mihaelová I, Šimko Š. Otolaryngológia. Bratislava: ARM333, 2000. 232 s.
2. Šuster M. Otolaryngológia. Učebnica pre lekárske fakulty. Martin: Osveta 1978. 370 s.
3. Krošlák M. „Systematic versus local antibiotic treatment in acute otitis“ Danube Symp. – Abstrakt book 1998, s. 28.

Slovenská internistická spoločnosť a spoločnosť SOLEN
organizujú

MEDICÍNA PRE PRAX

KONGRES LEKÁROV PRVÉHO KONTAKTU

4. ROČNÍK

City Hotel Bratislava, BRATISLAVA
5. – 6. september 2008

Viac informácií vám poskytneme v ďalších číslach mesačníka **Via Practica**.

Organizačný sekretariát:

Michaela Malová, Solen, s.r.o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava, tel.: 02/ 5465 1385, fax: 02/ 5465 1384,
e-mail: malova@solen.sk, www.solen.sk