



## Ostre zapalenie ucha środkowego u dzieci

prof. dr hab. n. med. Danuta Gryczyńska

Zapalenie ucha środkowego jest częstym schorzeniem występującym u dzieci. Okres wiosenno-letni sprzyja zakażeniom ucha środkowego (*Otitis media*), jak i zewnętrznego (*Otitis externa*).

Dysfunkcja trąbki słuchowej, obserwowana w wieku dziecięcym zostaje pogłębiona przez takie czynniki jak zmiany ciśnienia, pływanie z nurkowaniem, częste przemieszczanie się samolotami itd. Nieobojętne są też czynniki zewnętrzne w postaci wysokich temperatur, powodujących nagrzanie organizmu, a także zanieczyszczenia wody w basenach, co sprzyja szczególnie w ciepłym klimacie zakażeniom bakteryjno-grzybiczym ucha zewnętrznego.

Przyjmuje się, że podobnie jak w infekcjach górnych dróg oddechowych następstwem zakażenia wirusowego mogą być powikłania bakteryjne.

Na podstawie przeprowadzonych badań bakteryjnych ustalono, że najczęściej izolowane patogeny w zapaleniach ucha środkowego i zewnętrznego to *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*. Pewien udział w tych zakażeniach mają także wirusy, ponadto *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia*, a także flora beztlenowa.

Ostre zapalenie ucha środkowego (OZUŚ) jest jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego. W USA około 95% dzieci do 7. roku życia przechodzi zapalenie ucha środkowego przynajmniej jeden raz, a u 70% zakażenie występuje nawet trzykrotnie. W Polsce choroba ta należy również do najczęściej rozpoznawanych przez laryngologów, a obecnie także pediatrów i lekarzy rodzinnych.

Największa zachorowalność przypada na okres 6-18 miesiąca życia. 2/3 dzieci poniżej 2. roku życia przechodzi zapalenie ucha środkowego przynajmniej raz w życiu, a 1/3 pada na nie trzy lub więcej razy. Częstotliwość zachorowań zależy m.in. od pory roku i nasila się w tej grupie wiekowej w okresie jesienno-zimowym.

Wśród dzieci do 3. roku życia można wyróżnić 3 grupy:

- dzieci, które nie chorowały na zapalenie ucha środkowego,

- dzieci, które chorowały sporadycznie (1-2 razy),
- dzieci podatne na zapalenia ucha środkowego, u których objawy choroby występują przy każdej infekcji górnych dróg oddechowych. Chorują one 3-4 razy w roku. Ta grupa dzieci powinna być otoczona specjalną troską laryngologa i poddana działaniom profilaktycznym.

### Patogeneza

W patogenezie zapalenia ucha środkowego odgrywa rolę wiele czynników, do których należy przede wszystkim dysfunkcja trąbki słuchowej. U małego dziecka trąbka słuchowa jest krótsza, bardziej poziomo położona, nie domyka się jej ujście gardłowe, występuje niewydolność układu rzęskowo-słuzowego, a mechanizm oczyszczania może być niepełnosprawny.

Karmienie w pozycji leżącej i inne błędy pielęgnacji stwarzają korzystne warunki dla infekcji ucha u małego dziecka.

W patogenezie choroby należy uwzględnić tzw. „czynniki ryzyka” zapalenia ucha środkowego, do których należą:

- przebycie zapalenia ucha środkowego w okresie pierwszego roku życia,
- nawracające zakażenia górnych dróg oddechowych,
- przerost i przewlekły stan zapalny migdałka gardłowego,
- nieprawidłowości anatomiczne twarzoczaszki (gotyckie podniebienie, wady zgryzu, rozszczep podniebienia),
- czynniki socjoekonomiczne,
- przebywanie w skupiskach dziecięcych (żłobek, przedszkole),
- bierne palenie tytoniu,
- sztuczne karmienie,
- alergia wziewna,
- niedobory immunologiczne,
- płęć męska.

### Obraz kliniczny zapalenia ucha środkowego

Objawy kliniczne zapalenia ucha środkowego zależne są od wieku dziecka. Im dziecko jest młodsze, tym objawy bardziej ogólne i mniej charakterystyczne.

## Objawy kliniczne zapalenia ucha środkowego u niemowląt i dzieci do 2. roku życia

- wybitny niepokój – płacz szczególnie w momencie karmienia (element zmiany ciśnienia),
- skok gorączki,
- objawy dyspepsji, wymioty.

W około 10% przypadków, szczególnie u niemowląt, zapalenie może przebiegać bezobjawowo i dopiero samoistny wyciek z ucha, spowodowany pęknięciem błony bębenkowej naprowadza na właściwe rozpoznanie.

## U dzieci starszych objawy są bardziej ograniczone:

- ból ucha,
- gorączka,
- objawy towarzyszącej infekcji górnych dróg oddechowych,
- ewentualny samoistny wyciek ropnej wydzieliny z przewodu słuchowego.

cesu zapalnego w jamie bębenkowej zbiera się płyn zapalny. Błona bębenkowa ulega wówczas uwypukleniu i jeśli w porę nie zostanie wykonana paracenteza, pęka samoistnie dość często, zwykle w przypadkowym miejscu, pozostawiając następstwa upośledzające jej prawidłową ruchomość i funkcję słuchową.

Dokładny obraz otoskopowy, z oceną rozległości procesu zapalnego możliwy jest po dokładnym oczyszczeniu ucha z woskowiny i zastosowaniu optyki, często z powiększeniem (lupa Siegla, mikroskop).

Postęp technik medycznych pozwala obecnie na ocenę



## Objawy ostrego zapalenia ucha środkowego można podzielić na dwie grupy:

- związane z zakażeniem wirusowym górnych dróg oddechowych: katar, gorączka, wymioty, czasem biegunka,
- związane bezpośrednio z zapaleniem ucha: ból ucha, drażliwość ogólna, bezsenność, pogorszenie słuchu, ewentualnie wyciek z ucha, gorączka.

Otoskopia jest ważnym elementem diagnozy. W ostrym zapaleniu błona bębenkowa zmienia się z szaroperłowej, z refleksem świetlnym, w przekrwioną. W miarę trwania pro-



endoskopową ucha z zastosowaniem różnych optyk (0°, 30°, 70°) i toru wizyjnego (videoendoskopia ucha).

## Diagnostyka różnicowa

Ból okolicy ucha może być spowodowany różnymi przyczynami, m.in. zapaleniem przewodu słuchowego zewnętrznego i okolicznych węzłów chłonnych, zapaleniem gardła, anginą, świnką, bólem zęba, zapaleniem stawu żuchwowo-skroniowego, urazem przewodu słuchowego, czyrakiem, ciałem obcym w uchu (także woskowina), neuralgią licznych gałązek nerwów przebiegających w okolicy ucha.

Przekrwienie błony bębenkowej pojawia się zwykle w czasie czyszczenia ucha z zalegającej woskowiny oraz w momencie płaczu. Podczas badania, szczególnie u małego dziecka, może być to elementem wprowadzającym w błąd nieprawego otoskopistę.

„Nastrzyknięcie” błony bębenkowej wzduż rękojeści młoteczka nie jest równoznaczne z zapaleniem ucha. Może być wyrazem ostrej infekcji nosogardła lub napadowego kaszlu i ustępuje w ciągu kilkunastu godzinach po zastosowaniu leków objawowych.

## Powikłania

Powikłania obserwowane w dzisiejszych czasach szeroko stosowanej antybiotykoterapii różnią się od dawniej występujących. Dawniej były to ciężkie powikłania wewnątrzczaszkowe, takie jak: zapalenie zakrzepowe zatoki esowej, ropień mózgu, ropień mózdzku.

Wśród najczęstszych powikłań obecnie obserwuje się: utrzymujący się niedosłuch z powodu zalegania płynu w jamie bębenkowej, zapalenie wyrostka sutkowatego (mastoiditis), porażenie nerwu VII, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie błędnika. Obecnie powikłania występują zdecydowanie rzadziej. Najczęściej występującym powikłaniem jest zapalenie wyrostka sutkowatego, często wymagającym leczenia operacyjnego (antromastoidectomy). Znacznie rzadziej dochodzi do powikłań wewnątrzczaszkowych – choć nie należy o nich zapominać.

Narasta problem nawrotowych zapaleń ucha środkowego oraz przewlekających się ostrych i podostrych zapaleń, doprowadzających do przewlekłego zapalenia ucha środkowego z zalegającym wysiękiem i niedosłuchem typu przewodzeniowego, wpływającym istotnie na rozwój mowy i poziom intelektualny dziecka.

W ostrym zapaleniu ucha środkowego z obecnością wysięku w jamie bębenkowej celowość paracentezy (myringotomii) jest bezsporna.

W trakcie zapalenia ucha środkowego mamy do czynienia z dysfunkcją trąbki słuchowej, jej stanem zapalnym i blokadą odpływu wydzieliny. Nacięcie napiętej i uwypuklonej błony bębenkowej stwarza jedyną drogę ewakuacji wydzieliny zapalnej z ucha środkowego. Zapobiega też następstwom samoistnej perforacji błony bębenkowej i jej powikłaniom (zrosty, blizny, perforacja na stałe, ubytek słuchu).

Paracenteza jest szczególnie wskazana w ostrym zapaleniu ucha środkowego:

- u małych dzieci, poniżej 3. miesiąca życia, w burzliwym przebiegu zakażenia z silnym bólem ucha i wymiotami,
- z uwypukleniem błony bębenkowej grożącym samoistnym pęknięciem,
- w przypadku niepowodzenia w leczeniu antybiotykami,
- u dzieci z obniżoną odpornością.

Zachowawcze leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego z wysiękiem na ogół nie stwarza warunków do ewakuacji wysięku. Jest to jedna z przyczyn jego zalegania w jamie bębenkowej, co upośledza transmisyjną funkcję ucha środkowego i powoduje niedosłuch. Polecany schemat postępowania w ostrym wysiękowym zapaleniu ucha środkowego przedstawia opracowany algorytm:

Algorytm postępowania w ostrym zapaleniu ucha środkowego		
Leczenie objawowe (1-2 doby)		Lekarz rodzinny lub pediatra
Brak poprawy		
Leczenie przeciwbakteryjne (5-7 dni)		
Brak poprawy		Otolaryngolog
Badanie kontrolne – otolaryngologiczne	Paracenteza + zmiana antybiotyku	
Nie stwierdza się zakażenia płynu w jamie bębenkowej (tympanogram A)	Zaleganie płynu w jamie bębenkowej; Dysfunkcja trąbki słuchowej (tympanogram B lub C)	
Badanie kontrolne (w razie dolegliwości lub niedosłuchu)	Obserwacja z oceną słuchu do 3 miesięcy (audiometria, tympanometria) Leczenie zachowawcze drażniące trąbkę słuchową	



