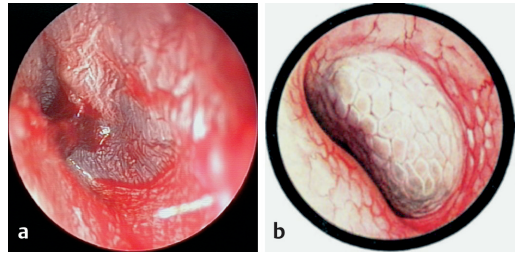


Ryc. 1.82a, b Ostre zapalenie ucha środkowego.
a Błona bębenkowa jest zaczerwieniona i wypukłona, występuje przekrwienie rękojści młoteczka.
b Błona bębenkowa jest także promieniście przekrwiona.



Ryc. 1.83a, b Ostre zapalenie ucha środkowego (faza łuszczenia). Błona bębenkowa jest znacznie uwypukłona i żywo czerwona, częściowo niebieskoszara z łuskami w wyniku nasilonego łuszczenia.

Uwaga. Jeśli błona bębenkowa jest cała, jama bębenkowa u zdrowych osób jest sterylna.

Rodzaje patogenów: zakażenie powoduje jeden szczep bakterii. Organizmami patogennymi, według zmniejszającej się częstości, są: paciorkowce u dorosłych, dwoinki zapalenia płuc u dzieci, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* i różne gronkowce. Infekcje wirusowe mogą prowadzić do wtórnych zakażeń bakteryjnych (wirus opryszczki pospolitej, półpaśca i grypy). Zapalenie zazwyczaj dotyczy nie tylko błony śluzowej jamy bębenkowej, ale także błony śluzowej całego układu oddechowego.

Uwaga. Każdemu napadowi ostrego zapalenia ucha środkowego towarzyszy zapalenie wyrostka sutkowatego.

Rozpoznanie. W początkowej fazie otoskopii wykazuje przekrwienie, następnie wilgotne nacieczenie i zmętnienie błony bębenkowej. Zarysy rękojści młoteczka i jego wyrostka krótkiego zanikają (**ryc. 1.82a, b**). Chory ma niedosłuch przewodzeniowy. Na szczycie fazy wysiękowej błona bębenkowa uwypukla się, zwłaszcza w kwadrancie tylnogórnym. Widoczne jest także pulsowanie. Zapalenie może się szerzyć do przewodu słuchowego zewnętrznego, znosząc granicę między przewodem słuchowym i błoną bębenkową (**ryc. 1.83a, b**). Towarzyszące zapalenie wyrostka sutkowatego zwiększa wrażliwość wyrostka sutkowatego na ucisk. W grypowym zapaleniu ucha tworzą się

pęcherze krwotoczne w przewodzie słuchowym zewnętrznym i na błonie bębenkowej.

W drugiej fazie ostrego zapalenia ucha środkowego, bezpośrednio przed samoistnym pęknięciem, tworzy się przetoka wielkości dziurki jak po ukłuciu szpilką, zazwyczaj w kwadrancie tylnogórnym. Wycieka tętniąca, rzadka, wodnista, bezwonna ropa. Zdjęcia RTG w projekcji Schüllera lub lepiej TK ukazują zacienienie układu komórek powietrznych bez cech osteolizy, tzn. przegrody kostne są ostre. Obrazowanie jest wskazane tylko wtedy, gdy występują ciężkie objawy kliniczne (porażenie nerwu twarzewego, zaburzenia równowagi, zawroty głowy, głęboki niedosłuch odbiorczy).

W trzeciej fazie ostrego zapalenia ucha środkowego ustępuje nacieczenie zapalne i pogrubienie błony bębenkowej, tętnienie, wyciek staje się śluzowy i ostatecznie przemija. Perforacja zamyka się samoistnie, pozostawiając nieznaczną bliznę. Słuch powraca do normy. TK wykazuje stopniowe oczyszczanie układu komórek powietrznych.

Rozpoznanie różnicowe. Należy brać pod uwagę zapalenie ucha zewnętrznego, w którym występuje ból przy ucisku na skrawek, wysięk nie tętni, ma nieprzyjemny zapach i nigdy nie jest śluzowy. Niedosłuch jest niewielki lub nie występuje, układ komórek powietrznych w badaniu radiologicznym jest prawidłowy.

Leczenie

1. Jeśli w ciągu 48 godzin stan się pogarsza, należy podawać antybiotyki ogólnie w dużych dawkach. Wskazana jest hospitalizacja z dożylnym podawaniem amoksycyliny i innych penicylin