

• Uvod • Dijagnoza • Prognoza

Uvod

Kao posljedica čestih akutnih gnojnih ili negnojnih upala srednjeg uha dolazi do pojave ožiljaka i kalcifikacija na bubnoj opni koji se otoskopski vide. Česti upalni procesi u šupljini srednjeg uha i česti eksudati dovode do stvaranja ožiljnih tkiva, koja dovode do srašćenja slušnih košćica između sebe ili slušnih košćica sa zidovima šupljine srednjeg uha.

Zaliječena hronična gnojna upala srednjeg uha bilo da je do ovoga došlo spontano, ili poslije konzervativnog liječenja, kod koga se nalaze manje ili veće suhe perforacije sa ožiljcima, ne uvršćujemo u ova obolenja. Mi ih nazivamo hroničnim otitisima, bez obzira što u momentu pregleda nema znakova upale, jer do upale može naknadnom infekcijom iz spoljnog ušnog kanala ili iz tube u svakom momentu da dođe.

Zbog čestih recidivirajućih akutnih gnojnih ili negnojnih otitisa mogu da se jave promjene ne samo u kavumu timpani i u srednjem uhu, već isto tako i u labirintu, pa tada dolazi do timpanolabirintoskleroze.

Dijagnoza

Anamneza

Bolesnici se žale na često ponavljanje akutne upale sred-njeg uha. Poslije ovih čestih upale oni primećuju da im sluh po-činje postepeno da slabi. Vrtoglavice su izuzetna pojava. Pored žalbi od strane uha, bolesnici se žale i na obolenja ili stanja koja su uzro-kovala česte upale srednjeg uha. Najčešće žalbe su na teško di-sanje na nos, česte kijavice i česte gnojne sekrecije iz nosa sa glavo-boljom ili bez glavobolje, alergijske manifestacije u nosu i ždrijelu, itd.

Klinička slika

Otoskopski se vidi uvučena, zadebljala i oriljna bubna opna. Pregled nosa, ždrijela, epifarinksa, paranazalnih šupljina, često ukazuje na neko obolenje koje je uzrokovalo česte otite i nastanak timpano-skleroze ili timpanolabirintoskleroze.

Funkcionalno ispitivanje

Ispitivanjem sluha konstatuje se konduktivna naglušost sa svim njenim karakteristikama. Podignut je prag čujnosti za niske tonove pri ispitivanju svučnim viljuškama, Weber lateralizuje na bolesnu stranu, Rine je negativan, a Švabah je produžen.

Audiometrijskim ispitivanjem konstatuje se spuštanje krivulje za vazдушnu provodljivost uz očuvanu koštanu provodljivost. Probe na fiksaciju stapesa su negativne, mada kod jako izraženih formi mogu da budu pozitivne.

Kod oblika obolenja, gdje je zahvaćen i labirint, dolazi do pojave mješovite naglušosti, tj. konduktivne naglušosti sa perceptivnom kom-ponentom. Ovo se konstatuje ispitivanjem zvučnim viljuškama, a naročito audiometrijskim ispitivanjem sluha. Audiometrijski konstatujemo da je koštana rezerva mala i da je došlo do pada krivulje i za vazдушnu i za koštanu provodljivost u visokim frekvencijama. Kod sasvim izraženih formi konstatuje se čista perceptivna naglušost.

Rtg ispitivanje

Snimanje mastoida po Šileru otkriva zastoj u pneumatizaciji temporalne kosti (ovo je jako važan diferencijalno-dijagnostički znak prema otosklerozi gdje je rtg nalaz na mastoidu potpuno normalan).

Eksplorativno otvaranje kavuma

Kada nismo u mogućnosti da sa sigurnošću postavimo etiološku dijagnozu konduktivne ili mješovite naglušnosti, tada operativnim putem uz upotrebu operacionog mikroskopa, otvaramo kavum timpani i direktno konstatujemo o kakvim se promjenama radi.

Dijagnoza se postavlja u ORL klinikama ili ORL odeljenjima.

Minimum za dijagnozu

- anamneza,
- lokalni otorino-laringološki pregled uha, nosa, ždrijela i paranazalnih šupljina,
- pregled sluha zvučnim viljuškama i audiometrijski.

U nejasnim slučajevima dijagnoza se postavlja rtg snimkom mastoida ili eksplorativnim otvaranjem kavuma timpani.

Prognoza

Bolest je progresivna sa postepenim ali stalnim oštećenjem sluha. Ako se uzroci koji su doveli do ovog obolenja sa uspjehom ot-khone, bolest neće više progrijedirati, a sluh može da se popravi uko-liko nije došlo do promjena u unutrašnjem uhu i ukoliko promjene u kavumu timpani nisu velike.

Operativno liječenje, mada ga neki autori jako preporučuju, ne daje dobre rezultate.

Postoje i lake forme koje nisu progresivne i gdje je oštećenju sluha minimalno.