

IŠORINIS OTITAS: RIZIKOS VEIKSNIAI, DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

Julius Piluckis, Martyna Šopauskienė, Rugilė Dubickaitė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: išorinis otitas, plaukiko ausis, gydymas, antibiotikoterapija.

Santrauka

Išorinis otitas, kitaip žinomas kaip „plaukiko ausis“, yra išorinės klausomosios landos uždegimas. Jis gali būti infekcinis ir neinfekcinis. Išorinis otitas dažnai pasitaiko vyresniems nei 2 metų pacientams, 10 proc. populiacijos susergera šia liga nors kartą per gyvenimą. Darbo tikslas – susipažinti su išorinio otito rizikos veiksniais, diagnostika ir gydymu. Pasitelkiant LSMU virtualios bibliotekos šaltinius, buvo apžvelgta mokslinė literatūra nagrinėjama tema ir atlikta mokslinių straipsnių analizė. Daugumoje straipsnių buvo paminėti šie rizikos veiksniai: drėgmės susilaikymas ausyse, ausų pH padidėjimas, imunosupresinė būklė, alerginės dermatozės, mechaninis klausomosios landos epitelio pažeidimas. Simptomai skirstomi į specifiškus (ypač jautrus kramslis ir ausies kaušelis) ir nespecifiškus (ausies skausmas, otorėja, niežėjimas, eritema ir klausomosios landos patinimas). Galimas kondukcinis klausos susilpnėjimas. Liga diagnozuojama remiantis klinikiniais požymiais ir klausomosios landos uždegimo simptomais. Svarbu atlikti otoskopiją ar klausomosios landos ir ausies būgnelio (jei vizualizuojasi) otomikroskopinį ištyrimą. Jei ausies būgnelis nesivizualizuoja, reikia atlikti atrankinius klausos testus ar audiologinį ištyrimą. Šie tyrimai atliekami diferencijuojant susirgimą nuo vidurinėsios ausies uždegimo. Daugumai pacientų pakanka ambulatorinio gydymo. Kruopštus tualetas, valymas, sausumo palaikymas padeda užtikrinti tinkamą vietinio vartojimo medikamentų patekimą į tolimąją klausomosios landos dalį. Ausų lašai su antibiotikais yra pirmo pasirinkimo gydymas pacientams, sergantiems ūminiu išoriniu otitu. Kombinuota vietinė antibiotikų ir gliukokortikosteroidų terapija gydomų pacientų simptomai mažėja viena diena greičiau, nei vien tik vietinio vartojimo antibiotikais gydomų asmenų. Skausmo gydymas yra svarbi gydymo dalis. Lengvo ir vidutinio sunkumo skausmui malšinti

tinka paracetamolis ir geriamieji nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo. Lašinti analgetikų nerekomenduojama, nes jų efektyvumas nepakankamas, jie galimai maskuoja būklės blogėjimą ar komplikacijų atsiradimą. Sisteminė antibiotikoterapija skiriama tik išskirtiniais atvejais ir tik po gydytojo otorinolaringologo ar gydytojo infektologo konsultacijos. Sunkesnės išorinio otito formos (furunkulas, piktybinis nekrozinis otitas, otomikozė, su dermatozėmis susijęs išorinis otitas) gydomos atsižvelgiant į jį sukėlusią priežastį, bendradarbiaujant su gydytoju otorinolaringologu.

Ivadas

Išorinis otitas – tai infekcinis arba neinfekcinis išorinės klausomosios landos uždegimas. Kai kuriais atvejais uždegimas gali išplisti į išorinę ausį – kramslį ar ausies kaušeljį. Išorinis otitas skirstomas į ūminį (trunkantį iki 6 savaičių) ir lėtinį (užsitęsiantį daugiau nei 3 mėnesius). Retai pasitaikančios išorinio otito formos yra furunkulas ir piktybinis nekrozinis otitas. Išorinis otitas dažnai pasireiškia visose amžiaus grupėse, tačiau retai pasitaiko jaunesniems nei 2 metų pacientams. Vaikams ši liga dažniausiai pasireiškia nuo 7 iki 14 metų. Liga vienodai dažna moterims ir vyrams. Ja serga 10 proc. populiacijos, 95 proc. atvejų yra ūminiai. Ši liga dar vadinama „plaukiko ausimi“, nes dažnai diagnozuojama vasarą ar tropinio klimato šalyse. Vandens telkiniuose plaukiojantys žmonės paveikiami 5 kartus dažniau, negu nesimaudantys [1]. Dažniausiai išorinį otitą sukelia bakterijos. Alergijos, egzema bei žvynelinė gali turėti įtakos ligos manifestacijai, tačiau šios priežastys dažniau lemia lėtinio išorinio otito atsiradimą [2].

Darbo tikslas – susipažinti su išorinio otito rizikos veiksniais, diagnostika ir gydymu.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Literatūros paieška atlikta naudojantis LSMU virtualios bibliotekos prieiga prie elektroninių žurnalų PubMed, ClinicalKey, Cambridge Core. Naudoti raktažodžiai: otitis externa, Swimmer's ear, microbiology, epidemiology,

treatment, antibiotic therapy. Iš viso atrinkta ir išanalizuota 13 publikacijų, paskelbtų 2010-2020 metų laikotarpiu.

Tyrimo rezultatai

Išorinio otito rizikos veiksniai. Dažniausiai nėra vieno aiškaus rizikos veiksnio, priežastys yra daugiafaktorinės. Bendrieji ūminį ir lėtinį išorinį otitą sukeltantys veiksniai yra ausies sieros susikaupimas ir drėgmės susilaikymas ausyse dėl siauro ar plaukuoto ausies kanalo, ausies sieros per didelį (kaupiasi drėgmė) ar per mažo (prarandamos protekcinės savybės) išskyrimo. Perteklinė drėgmė išorinėje klausos landoje (dažnai turint ilgą kontaktą su vandeniu) sukelia kanalo odos maceraciją, padidina pH, pašalina apsauginį ausų sieros sluosnį. Spindulinė terapija, imunosupresinė būklė labai didina ligos pasireiškimo dažnį. A kraujo grupės asmenys genetiškai turi didesnę polinkį susirgti išoriniu otitu [3]. 2009 m. J. Kim ir J. Cho atliktame klinikiniam tyrime nustatyta, kad ligos sunkumas yra proporcingas pH padidėjimui ($p < 0,01$). Normalus ausies pH yra $5,4 \pm 0,48$. Lengvo, vidutinio ir sunkaus išorinio otito metu pH kyla atitinkamai $6,34 \pm 0,35$; $7,72 \pm 0,46$; $7,53 \pm 0,32$ ($p < 0,01$) [4].

Ūminio išorinio otito rizikos veiksniai yra išorinės klausosmosios landos epitelio pažeidimas (dėl traumos, ar kito mechaninio poveikio nagais, medvilniniais higieniniais krapštukais) ar natūralios gynybos sutrikimas (kanalo drenavimo obstrukcija, rūgštinės terpės sutrikdymas, aukšta aplinkos temperatūra). Lėtinio – netinkamai gydytas ūminis išorinis otitas; nepaisant gydymo, persistuojanti bakterinė infekcija imunosupresiškiems asmenims; alerginis kontaktinis dermatitas išorinėje ausies landoje, iritacinis kontaktinis dermatitas, atopinis dermatitas, seborėjinis dermatitas, navikai [5].

98 proc. infekcijų yra bakterinės, dažnai polimikrobinės: *Pseudomonas aeruginosa* (20-60% atvejų); *Staphylococcus aureus* (10-70% atvejų, įskaitant ir MRSA), kiti gramneigiami organizmai (2-3% atvejų). Grybelinės infekcijos sukelia mažiau nei 2 proc. atvejų, tačiau ūminio išorinio otito vietiniam gydymui paskirti antibiotikai gali sukelti antrinę grybelinę infekciją. *Aspergillus* ir *Candida* yra dažniausi ligą sukeltantys grybai [5,6].

Simptomai. Išorinio otito požymis yra stiprus ausies skausmas, ypač sustiprėjantis suspaudžiant kramslį, ar tempiant ausies kaušeli. Skausmas kyla kaulinėje išorinės klausosmosios landos dalyje dėl antkaulio dirginimo. Šioje lokalizacijoje poodis nedengia antkaulio, o dermos sluoksniu yra labai plonas. Dažnai pasitaikantys simptomai yra otorėja, niežėjimas, eritema ir klausosmosios landos patinimas, kuris gali sukelti kondukcinį klausos susilpnėjimą [7,8].

Diagnostika. Liga diagnozuojama remiantis klinikiniais požymiais ir klausosmosios landos uždegimo simptomais. Ji

gali pasireikšti nuo lengvo diskomforto, niežėjimo ir lengvos edemos iki sunkaus skausmo, visiškos kanalo obstrukcijos ir aplinkinių audinių įtraukimo. Skausmo lygis tiesiogiai koreliuoja su ligos sunkumu. Galimas subfebrilus karščiavimas, tačiau kūno temperatūra, didesnė nei $38,3\text{ }^{\circ}\text{C}$, leidžia įtarti uždegimo išplitimą į gilesnius audinius [9].

Būtina atlikti otoskopiją ar klausosmosios landos ir ausies būgnelio (jei vizualizuojasi) otomikroskopinį ištyrimą. Nereikia užmiršti ausies kaušelio, aplinkinių limfmazgių ir odos ištyrimo. Jei ausies būgnelis nesivizualizuoja, reikia atlikti atrankinius klausos testus ar audiologinį ištyrimą. Tai svarbu, norint atmesti vidurinės ausies uždegimą. Esant patinusiai klausomajai landai, atliekamas kamertono testas ar audiograma. Šie tyrimai parodo kondukcinį klausos praradimą – galimai pažeistą būgnelį, net ir jo nematant. Išoriniam otitui būdinga padidėjusi klausosmosios landos sekrecija – sekretas gali būti panaudotas mikrobiologiniam tyrimui ir pasėliui [6,8,10].

Diagnostikos kriterijai [8]. Ūminis išorinis otitas diagnozuojamas, jei per pastarąsias 3 savaites (dažniausiai per 48 val.) atsirado šių klausosmosios landos uždegimo simptomų ir požymių:

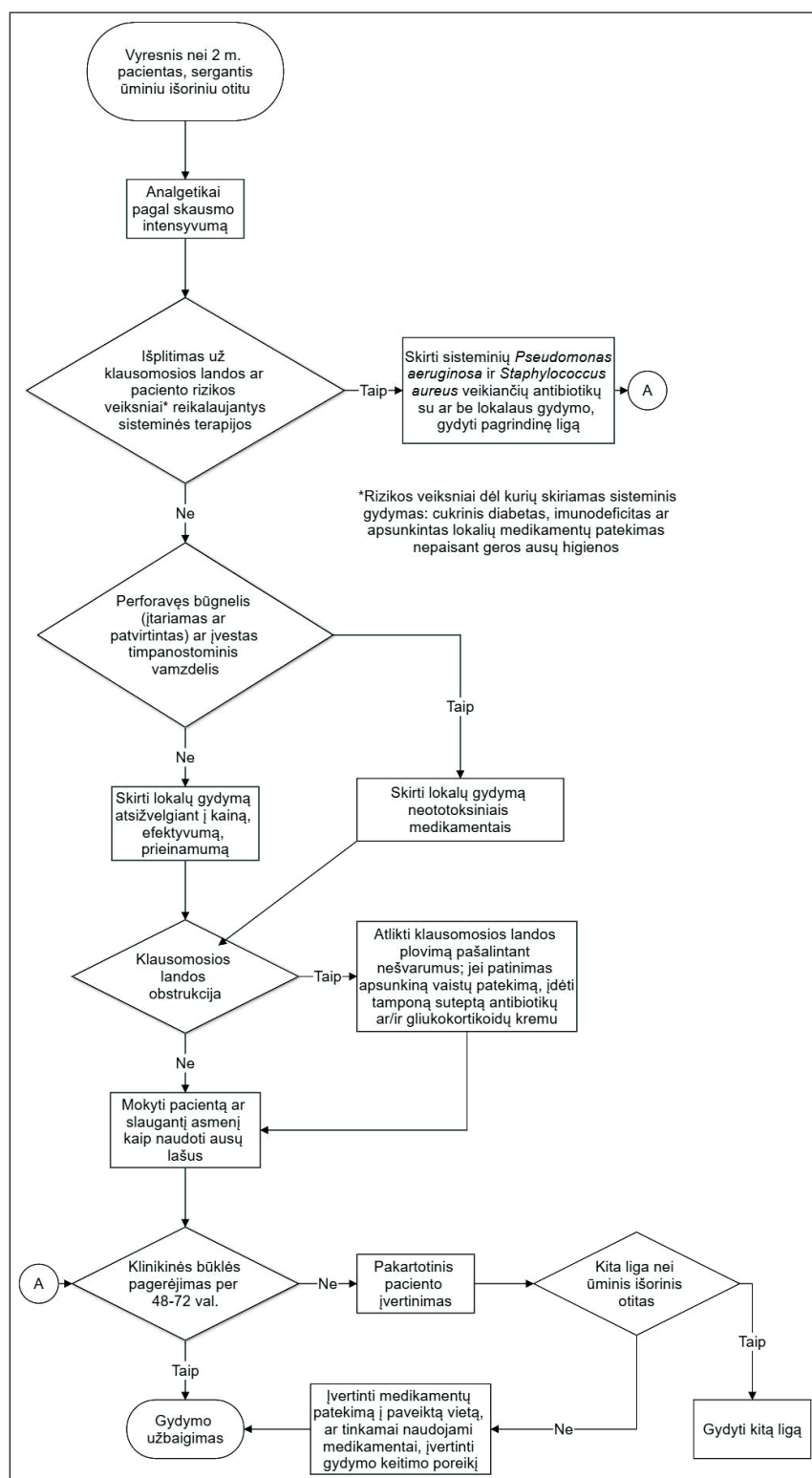
- ausies skausmas (dažnai sunkus), niežėjimas, užgulimas;
- klausos praradimas (arba ne) ar skausmo sustiprėjimas ausyje ir temporomandibuliniame sąnaryje, judinant apatinį žandikaulį;
- kramslio ar (ir) ausies kaušelio jautrumas arba išplitusi klausosmosios landos edema ar (ir) eritema su ar be otorėjos, regioninių limfmazgių padidėjimo, būgnelio eritemos, ausies kaušelio ir aplinkinės odos celiulito [8].

Gydymas. Daugumai pacientų pakanka ambulatorinio gydymo. Ūminio išorinio otito gydymo algoritmas pateikiamas 1 pav. Į stacionarą siunčiami sergantieji komplikuoju (pvz., piktybiniu) išoriniu otitu, imunosupresiški, blogėjančios būklės pacientai (nepaisant maksimalaus gydymo) [5].

Gydytojo otorinolaringologo konsultacijai turėtų būti siunčiami pacientai:

- turintys ausyje svetimkūnį, kurio nepavyksta pašalinti;
- kai nepavyksta pašalinti klausosmosios landos obstrukciją sukėlusius nešvarumus;
- jei taikant standartinį gydymą, būklė negerėja arba blogėja (sisteminę antibiotikoterapiją rekomenduojama skirti tik po gydytojo otorinolaringologo konsultacijos);
- jei įtariamas piktybinis ar lėtinis išorinis otitas, neatšizvelgiant į gydymo eigą [5].

Skausmo gydymas. Didžioji dalis nekomplikuotų išorinių otitų gydomi vietiniais vartojant antibiotikų lašus ir vaistus nuo skausmo. Skausmo lygis gali būti nuo lengvo iki sunkaus, todėl turi būti atitinkamai malšinamas. Pirminis anal-



1 pav. Ūminio išorinio otito gydymo algoritmas
Šaltinis: sudarytas autorių pagal R. Rosenfield ir kt. (2014) [1]

getikų vartojimo būdas yra peroralinis.

- Lengvam ir vidutinio sunkumo skausmui malšinti tinka paracetamolis ir nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo [1,11].

- Stipriam skausmui malšinti rekomenduojami opioidai (oksikodonas ar kodeinas), juos galima paskirti tik trumpam laikui (iki 48-72 val), nes įprastai nekomplikuoto išorinio otito simptomai aprimsta per 48 valandas nuo lokalių antibiotikų vartojimo pradžios. Jei skausmas išlieka po 48 valandų nuo gydymo pradžios, rekomenduojamas kartotinis ištyrimas pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Skiriant opioidus, sunkiau pastebėti būklės blogėjimą ar komplikacijų atsiradimą. Opioidų dėl kvėpavimo centro slopinimo neskirti sergantiems astma, LOPL, ar galvos traumą patyrusiems asmenims [1].

- Lokaliai lašinti analgetikų nerekomenduojama, jų efektyvumas nepakankamas, galimai jie maskuoja būklės blogėjimą ar komplikacijų atsiradimą [3].

Nemedikamentinis gydymas ir ausų priežiūra. Kruopštus ausų tualetas (valymas, sausinimas) padeda užtikrinti tinkamą medikamentų patekimą į tolimąją klausomosios landos dalį. Prieš išleidžiant pacientą, reikia atlikti ausų valymą ir (ar) įdėti tamponą, esant indikacijų [5].

Ausų tualetui naudojamas kūno temperatūros skystis (vanduo, fiziologinis tirpalas ar vandenilio peroksidas), kuris po valymo nusiurbiamas ir (ar) sausai išvalomas medvilniniu aplikatoriumi. Pašalinamas susikaupęs ausies sekretas ir svetimkūniai. Nedrėkinti nekontroliuojamu cukriniu diabetu sergančių, imunosupresiškos būklės pacientų ausų, ar esant pažeistam būgneliui [5].

Ausų tamponai (pagaminti iš celiuliozės ar marlės) atsargiai įkišami į klausomąją landą, užtikrinant antibiotikų patekimą į tolimąją landos dalį. Įkišti tamponai sudrėkinami 6 antbio-

tikų lašais. Indikuotini esant (arba numatant) klausomosios landos edemai. Įprastai tamponai iškrenta po kelių dienų, pagerėjus būklei. Tamponui neiškritus, pacientas gali jį išsiimti pagerėjus būklei, arba tamponas gali būti išimtas kartotinio vizito pas gydytoją metu [12].

Svarbu išmokyti pacientus tinkamai susilašinti ausų lašus. Iki 40 proc. pacientų neteisingai vartoja ausų lašus [5]. Tinkamo ausų lašų vartojimo seka: pacientas atsigula ant šono pažeista ausimi į viršų; geriausia, jei kitas asmuo lašina vaistus, kol prisipildo klausomoji landa; kramslį ir kaušėlį reikia pamasažuoti, švelniai patempti, kad būtų užtikrintas visiškas landos prisipildymas vaistu ir išvengta oro susilankymo landoje; medikamentus ausyje laikyti 3-5 minutes [3].

Rekomenduojama vengti drėgmės ausyse. Saugoti ausis nuo vandens, vengti klausos aparatų, ausinukų, kol jaučiamas skausmas ir yra išskyrų. Sausai išvalyti ausis po sąlyčio su drėgme, nenaudojant medvilninių higieninių krapštukų [11].

Vietinis gydymas. Ausų lašai su antibiotikais yra pirmo pasirinkimo gydymas pacientams, sergantiems ūminiu išoriniu otitu. Jie yra saugūs ir gerai toleruojami. Jų saugumas ir efektyvumas įrodyti randomizuotose studijose ir metaanalizėse. Antibiotikai, skirti vietiniam vartojimui 7 dienas, yra labai efektyvūs. Alternatyva antibiotikams – antiseptiniai (rūgštinantys) tirpalai, tinkami sergant lengvu ūminiu išoriniu otitu, kai nepažeistas būgnelis. Vietinis gydymas užtikrina aukštą vaisto koncentraciją pažeistame audinyje. Vietinis antibiotikų vartojimas leidžia pasiekti 100-1000 kartų didesnes vaisto koncentracijas, nei sisteminiai antibiotikai [1,9,11,13].

Vietiniai ototoksiški medikamentai neturėtų būti skiriami pacientams, esant pažeistam būgneliui (perforacija, timpanostominis vamzdelis), ar kai būgnelis nevizualizuojamas. Vietiniai ototoksiški medikamentai, patekę į vidinę ausies dalį, gali sukelti klausos praradimą, svaigimą. Ototoksiškais laikomi: rūgštinančios medžiagos, aminoglikozidai (neomicinas, gentamicinas, tobramicinas), alkoholis ir kiti antiseptikai [8]. Vaikams būgnelio defektą įtarti, jei jiems pastaraisiais metais buvo įdėtas timpanostominis vamzdelis; patekus medikamentams į klausomąją landą, gali jausti jų skonį; gali išpūsti orą per ausį [7].

Antibiotiką parinkti atsižvelgiant į alergijas, ototoksiškumą, vietinį atsparumą ir dozavimo paprastumą.

Sergančių ūminiu išoriniu otitu ir kombinuota lokalia antibiotikų ir gliukokortikosteroidų terapija gydomų pacientų skausmas sumažėja viena diena anksčiau, nei gydomų tik lokalaus vartojimo antibiotikais [5]. R. Mösges ir kt. 2007 m. publikuotoje studijoje pastebėjo, kad pacientų, gavusių kombinuotą antibiotikų ir hidrokortizono gydymą, simptomai lengvėjo greičiau, nei gydytų tik antibiotikais ($p < 0,05$). Kartotinio vizito metu daugiau buvo besimptomų pacientų, paraudimas sumažėjo 14 (56%) prieš 7 (28%) be hidrokortizono,

P = 0,045, sekrecija 23 (70%) prieš 10 (40%) be hidrokortizono, P = 0,024 [13].

Iš acto rūgšties sudaryti medikamentai gali būti naudojami esant lengvai formai, tačiau jų efektyvumas blėsta gydant ilgiau nei 7 dienas, simptomai išlieka 2 dienomis ilgiau, nei gydant antibiotikais [3,5].

Veiksmingo ūminio išorinio otito gydymo požymiai yra skausmo ir kitų simptomų sumažėjimas per 48-72 valandas [11].

Neskirti gliukokortikosteroidų ir antibiotikų lašų daugiau nei dvi savaites – skiriant šiuos vaistus ilgiau nei dvi savaites, didėja sensibilizacijos, antibiotikų atsparumo, grybelinės infekcijos atsiradimo rizika.

Sisteminis gydymas. Sisteminė antibiotikoterapija taikoma išskirtiniais atvejais, tik po gydytojo otorinolaringologo ar infekcologo konsultacijos:

- esant didelei komplikacijų rizikai (imunosupresinės būklės, diabetu sergantys, galvos spindulinę terapiją gavę, didelę piktybinio išorinio otito riziką turintys pacientai);
- esant uždegimo plitimo į aplinkinius ar gilesnius audinius, ar didelei būklės blogėjimo rizikai;
- esant sunkiai ligos formai (klausomosios landos obstrukcija ar edema, sunkinanti vietinio vartojimo antibiotikų patekimą);
- išliekant išoriniam bakteriniam otitui po vietinės antibiotikoterapijos kurso [1,5,8,11].

Sisteminė antibiotikoterapijai nerekomenduojama skirti cefalosporinų, penicilinų ir makrolidų dėl didelės atkryčio tikimybės, didėjančio ligos sukėlėjų atsparumo [1].

Grybelinės klausomosios landos infekcijos atveju:

- derinti chirurginį klausomosios landos išvalymą su vietine antigrybeline terapija (klotrimazolo 1% kremas) po gydytojo otorinolaringologo konsultacijos;
- gydytojo kabinete aplikacija genciano violetu yra efektyvi gydymo alternatyva;
- rūgštinančios medžiagos kartu su pagrindiniu gydymu padeda naikinti infekciją;
- nepasiduodančias gydymui grybelines infekcijas gydyti peroraliniu itraconazolu;
- vietinė antibiotikoterapija kontraindikuotina, nes antibiotikai skatina grybų augimą [1,5].

Lėtinio išorinio otito atveju rekomenduojama kruopšti ausų higiena (jei ją galima taikyti), siekiant išvengti ligos paūmėjimo. Gydymas turėtų būti orientuotas į ligos priežastį [11].

Kontaktinio dermatito atveju vengti dirgiklių; vietinškai vartoti vidutinio (triamcinolono 0,01% kremas) ar didelio stiprumo (mometazono furoato 0,1% kremas) gliukokortikosteroidus, sergant kontaktiniu dermatitu ar kitoms lėtinėmis ligomis. Vietinškai vartojamas takrolimas yra efektyvus antro pasirinkimo vaistas, nesant infekcijos. Jei reikia, gali būti pa-

skirtas trumpas peroralinių gliukokortikosteroidų kursas [5].

JAV maisto ir vaistų administracijos patvirtinti vaistai išoriniam otitui gydyti [5]:

Acto rūgšties lašai – vyresniems nei 3 metų pacientams. Lašinti 4-6 lašus kas 2-3 valandas.

Acto rūgšties/hidrokortizono lašai – vyresniems nei 3 metų pacientams. Įdėti medvilninį tamponą į klausomąją landą ir sudrėkinti tirpalo lašais. Palaikyti drėgną tamponą, kas 4-6 valandas sulašinant po 3-5 lašus. Keisti tamponą ne rečiau, nei kartą per 24 valandas. Praėjus 24 valandoms po tampono įdėjimo, galima jį pašalinti, tačiau toliau lašinti po 3-5 lašus 3-4 kartus per dieną iki būklės pagerėjimo.

Ciprofloksacino lašai (Ciprofloxacinum hydrochloridum) – vaikams iki 18 metų. 7 dienas kas 12 valandų lašinti po 0,5 mg (0,25 ml) į pažeistą klausomąją landą.

Ciprofloksacino/hidrokortizono lašai – vyresniems nei 1 metų pacientams. 7 dienas kas 12 valandų lašinti po 3 lašus į pažeistą klausomąją landą.

Ciprofloksacino (deksametazono) suspensija – vyresniems nei 6 mėnesių pacientams. 7 dienas kas 12 valandų lašinti po 4 lašus į pažeistą klausomąją landą.

Neomicino/polimiksino/ hidrokortizono lašai – visų amžiaus grupių pacientams, įskaitant kūdikius:

- jaunesniems nei 18 metų pacientams 3-4 kartus per dieną lašinti po **3 lašus** į pažeistą klausomąją landą. Nerekomenduojama gydymo tęsti ilgiau nei 10 dienų;

- vyresniems nei 18 metų pacientams 3-4 kartus per dieną lašinti po **4 lašus** į pažeistą klausomąją landą. Nerekomenduojama gydymo tęsti ilgiau nei 10 dienų.

Oflaksacino lašai:

- tinka vyresniems nei 6 mėnesių pacientams. Pacientams nuo 6 mėnesių iki 13 metų 7 dienas vieną kartą per dieną lašinti **5 lašus** (0,75 mg; 0,25 ml) į pažeistą klausomąją landą;

- vyresniems nei 13 metų pacientams 7 dienas vieną kartą per dieną lašinti **10 lašų** (1,5 mg; 0,5 ml) į pažeistą klausomąją landą.

Klotrimazolo tirpalas – otomikozės atveju vyresniems nei 2 metų pacientams. Tepti pažeistą odą ir aplinkinį plotą du kartus per dieną. Gydymą tęsti iki simptomų sumažėjimo ir dar dvi savaites.

Lokalūs gliukokortikosteroidų tepalai – sergantiems lėtiniu išoriniu otitu su kontaktiniu dermatitu ar kitomis lėtinėmis dermatologinėmis ligomis:

- triamcinolono acetonido 0,01% tepalas – suaugusiems. Du kartus per dieną mažu kiekiu tepti klausomąją landą;

- mometazono furoato 0,1% tepalas – vyresniems nei 2 metų pacientams. Tepti pažeistą odą plonu sluoksniu ir įtrinti vieną kartą per dieną [13].

Sisteminiai antibiotikai. Skiriami retai, tik po gydytojo

otorinolaringologo ar infektologo konsultacijos [1]. Indikacijos: imunosupresija, cukrinis diabetas, uždegimo išplitimas į aplinkinius ar gilesnius audinius ar didelė būklės blogėjimo rizika:

- ciprofloksacino tabletės – vyresniems nei 18 metų pacientams. 7-14 dienų du kartus per dieną 500-750 mg.

Prognozė. Sergantiems ūminiu išoriniu otitu paskyrus tinkamą gydymą, simptomai gerėja sparčiai: dažnai jau po vienos gydymo dienos pacientai jaučia pagerėjimą; dauguma po 4 gydymo dienų beveik arba visiškai nebejaučia skausmo [5].

Išvados

1. Svarbiausi išorinio otito rizikos veiksniai yra drėgmės susilaikymas ausyse, ausų pH padidėjimas, imunosupresinė būklė, alerginės dermatozės, mechaninis klausomosios landos epitelio pažeidimas.

2. Išorinis otitas diagnozuojamas remiantis klinikiniais požymiais ir klausomosios landos uždegimo simptomais. Otoskopija ir otomikroskopinis klausomosios landos ir ausies būgnelio tyrimas yra svarbi diagnostikos dalis.

3. Gydymas dažniausiai medikamentinis ambulatorinis. Kruopšti ausų higiena padeda užtikrinti tinkamą medikamentų veikimą. Vietiniai antibiotikai derinyje su peroraliniais analgetikais yra tinkami išoriniam otitui gydyti.

Literatūra

1. Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA, et al. Clinical practice guideline: acute otitis externa. *Otolaryngol Neck Surg* 2014;150:1-24. <https://doi.org/10.1177/0194599813514365>
2. McKean SA, Hussain SSM. Otitis externa. *Clin Otolaryngol* 2007;32(6):457-9. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2007.01572.x>
3. Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Cochrane review: interventions for acute otitis externa. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Rev J* 2011;6(2):444-560. <https://doi.org/10.1002/ebch.711>
4. Kim JK, Cho JH. Change of external auditory canal pH in acute otitis externa. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2009;118(11):769-72. <https://doi.org/10.1177/000348940911801104>
5. Wiperman J. Otitis externa. *Prim Care* 2014;41(1):1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2013.10.001>
6. Liu Z, Slim MAM, Scally C. Otitis externa in secondary care: a change in our practice following a full cycle audit. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2018;22(3):250-2. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1606621>
7. Wiegand S, Berner R, Schneider A, Lundershausen E, Dietz A. Otitis externa. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116(13):224-34.
8. Hui CPS. Acute otitis externa. *Paediatr Child Heal* 2013;18(2):96-8.

- <https://doi.org/10.1093/pch/18.2.96>
9. Schaefer P, Baugh RFB. Acute otitis externa: an update. *Am Fam Physician* 2012;86(11):1055-61.
 10. Walton L. Otitis externa. *BMJ* 2012;3623(May):1-3.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e3623>
 11. Lee H, Kim J. Ear infections: otitis externa and otitis media. *Prim Care* 2013;40(3):671-86.
<https://doi.org/10.1016/j.pop.2013.05.005>
 12. Bola S, Rashid M, Hickey S. Optimising the use of otowicks in otitis externa. *J Laryngol Otol* 2017;131(9):809-12.
<https://doi.org/10.1017/S002221511700144X>
 13. Mösges R, Domröse CM, Löffler J. Topical treatment of acute otitis externa: clinical comparison of an antibiotics ointment alone or in combination with hydrocortisone acetate. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology* 2007;264(9):1087-94.
<https://doi.org/10.1007/s00405-007-0314-0>

OTITIS EXTERNA:

RISK FACTORS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

J. Piluckis, M. Šopauskienė, R. Dubickaitė

Keywords: otitis externa, Swimmer's ear, microbiology, epidemiology, treatment, antibiotic therapy, combined treatment with antibiotic and steroid.

Summary

Otitis externa also known as „swimmer's ear“ is external auditory canal inflammation. It can be with or without infection. Otitis externa occurs often in older than 2 years old population, 10% of all population suffer from this disease once in a lifetime. Many authors emphasize these risk factors: dampness in ears, increased

ear pH levels, immunosuppression, allergic dermatoses, mechanical auditory canal injuries. Symptoms are specific (especially tender tragus and pinna) and nonspecific (otalgia, otorrhea, pruritus, erythema and edema of auditory canal). Conductive hearing loss is also possible. Disease diagnosis is based on clinical findings and auditory canal inflammation symptoms. It is important to perform otoscopy and auditory canal and acoustic membrane (if visualized) otomicroscopic examination. If acoustic membrane is not visualized, selective hearing tests and audiological evaluation must be performed. These tests help in differential otitis media diagnosis. Ambulatory treatment is sufficient for majority of patients. Aural toilet, cleaning, dryness in ear assures topical medicaments accessibility to distal ear. Aural antibiotic drops are first line choice for otitis externa treatment. Topical antibiotic combined with glucocorticosteroid results in faster symptoms decrement than using only topical antibiotics. Pain management is important part of otitis externa treatment. For light and medium pain acetaminophen and oral non-steroidal anti-inflammatory drugs are best choice. Topical analgetic drops are not recommended, efficiency is not sufficient, and they can mask condition decline or complications emerge. Systemic antibiotic therapy is prescribed in rare cases and only after ENT specialist or infectiologist referral. More severe forms of otitis externa (furuncle, malignant necrotic otitis externa, otomycosis, with dermatoses associated otitis externa) are treated at addressing and controlling underlying cause in cooperation with ENT doctor.

Correspondence to: julius.piluckis@gmail.com

Gauta 2020-11-23