

7. Roberts A.L., Connolly K.L., Kirse D.J. Detection of Group A Streptococcus in tonsillitis from pediatric patients reveals high rate of asymptomatic streptococcal carriage. *BMC Pediatr.* 2012, p.1, Winston-Salem, NC, USA. Published online, 2012 Jan 9.
8. Sladkova T. The role of cytokines in the immune response to influenza A virus infection. *Acta Virol.* 2006, vol. 50(3), p. 151-162.
9. St John E.P., Martinson J., Simoes J.A. et al. Dendritic cell activation and maturation induced by mucosal fluid women with bacterial vaginosis. *Clin. Immunol.* 2007, vol. 125, p. 95-102.
10. Tikhomirova I. Allergy as a stage of forming ENT chronic diseases in children // 8th International Conference of the European Society of Paediatric Otorhinolaryngology. 2008, Book of abstracts, p. 129.
11. Tikhomirova I., Chasnyk V.G., Yanov Y.K. Programming development of chronic ORL pathology in children. IXth International Congress of the European Society of Pediatric Otorhinolaryngology. Paris, June 18–21, 2006, p. 132.
12. Вельков В.В. С-белок – структура, функция, методы определения. *Лабораторная медицина* №8, 2006.
13. Вельков В.В. С-реактивный белок в лабораторной диагностике острых воспалений и в оценке рисков сосудистых патологий. *Клиника – лабораторный консилиум. Научно-практический журнал.* 2008, №2, (21), с.37-48.
14. Вознесенский В.Л. Первичная обработка экспериментальных данных. Наука, Ленинград, 1969, с. 39.
15. Гинда С.С. Микрометод определения гетерофильных агглютининов. *Лабораторное дело.* 1984, № 3, с. 157-159.
16. Иванов В. В., Шпилов М. В. Участие интерлейкина-8 в патогенезе острых респираторных вирусных инфекций. *Эпидемиология, гигиена и санитария. Диагностика и лечение.* 2011, том 2.
17. Крылов А.А., Тайц Б.М. Принципы оценки картины крови. Сообщение 6. СОЭ. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2007, № 3, с.42-43.
18. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н. и др. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. Д.: 2006, 214 с.
19. Павлович С.А. Основы иммунологии. Минск: Высшая школа. 1998, 114 с.
20. Резникова Л.С. Комплемент и его значение в иммунологических реакциях. Москва: Медицина. 1967, 272 с.
21. Рябичева Т.Г., Вараксин Н.А., Тимофеева Н.В., Рукавишников М.Ю. Определение цитокинов методом иммуноферментного анализа. *Информационный бюллетень „Новости „Вектор-Бест“.* 2004, № 4 (34).
22. Симбирцев А. С. Интерлейкин-1. Физиология. Патология. Клиника. Издательство: Фолиант, 2011, 480 с.
23. Тихомирова И. А. Хронические заболевания ЛОР органов в формировании профиля патологии ребенка. Автореф. Дисс. д.м.н. Санкт-Петербург, 2009, 47 с.
24. Хаитов Р. М. Иммунология. 2009, 320 с.

Danilov Lucian,
dr.med, conferențiar universitar
Catedra Otorinolaringologie
IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, bd. Moscovei 7/2, ap. 16
Tel.mob.: 069276088
E-mail: luciano@mail.md

PRINCIPIILE MANAGEMENTULUI OTITEI MEDII EXSUDATIVE LA COPIII CU PATOLOGIA SOMATICĂ

Diacova Svetlana¹, Ababii Ion¹

1 - Catedra Otorinolaringologie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Introducere.

Copii cu otita medie (OM) - una din cele mai răspândite afecțiuni în copilăria mică necesită tratamentul efectiv pentru prevenirea scăderii de auz și a cronicizării. Scopul: elaborarea sistemului de management de OM la copii cu patologia somatică și analiza eficacității lui. Material și Metode. Copiii de vîrstă între 1 și 7 ani cu patologia somatică au fost supuși monitoringului pentru depistarea OM. Cazuri de OM au fost tratate prin diferite aborduri metodologice. Eficacitatea modalităților diferite de tratament a fost apreciată prin analiza dinamicii auzului, scorului deteriorării stării generale și scorului deteriorării a calității vieții. Rezultate. Cea mai efectivă modalitate de tratament al OM la copii cu patologia somatică a fost miringotomia cu inserția tubului timpanostomic în combinație cu adenotomie. Concluzii. Tratamentul complex adecvat care include miringotomia modificată cu inserția tubului timpanostomic în combinație cu adenotomie este recomandat pentru îmbunătățirea auzului, calității vieții și a stării generale la copiii cu OM. Timpanostomia în modificare propusă este efectivă și inofensivă.

Cuvinte cheie: Otita medie, management, screening, timpanostomie

Summary

Principles of otitis media with effusion management in children with somatic pathology

Introduction. Children suffered from otitis media (OM), one of the most common disease of childhood, need comprehensive treatment

for preventing of hearing loss and chronicity. Aim: to elaborate a system of management of OM in children with somatic pathology and to analyze its effectiveness. Subjects and Methods. Children at the age between 1 and 7 years with somatic pathology were monitored for diagnostics of OM. Cases of OM were treated by different methodological approaches. The effectiveness of different treatment modalities was assessed by hearing dynamics, general health deterioration scores and quality of life deterioration scores. Results. The most effective treatment modality for OM in children was modified myringotomy with tympanostomy tube insertion in combination with adenoidectomy. Conclusions. Comprehensive treatment which includes modified myringotomy with tympanostomy tube insertion in combination with adenoidectomy is recommended for improvement of hearing, quality of life and general health of children with recurrent otitis media. Tympanostomy in proposed modification is effective and safe.

Key words: Otitis media, management, screening, tympanostomy

Introducere

Otita medie (OM) constituie una din cele mai răspândite afecțiuni în copilăria mică cu excepția infecției virale a căilor respiratorii. Majoritatea copiilor (până la 90%) suferă de otită medie (OM) cel puțin odată în viață. Otorinolaringologia Pediatrică contemporană definește 2 entități nozologice principale ale OM la copii: otita medie exudativă (OME) și otita medie acută (OMA). [1, 2, 3].

OME este prezența exudatului în urechea medie în lipsa otalgiei, febrei și a altor semne sau simptome evidente de infecție acută. Semnele caracteristice acestei patologii - scăderea de auz și înfundarea urechii la copilul mic se manifestă prin dereglări de atenție a copilului, neliniște în timpul nopții, uneori prin semne neurologice. OME care persistă 3 luni sau mai mult se diagnostică ca formă cronică sau persistentă. Scăderea de auz la copilul mic pe o perioadă de câteva luni provoacă retard psihoemoțional și retardul vorbirii. Persistența exudatului în cavitatea timpanică provoacă schimbări în mucoasă, care stau la baza cronicizării procesului și invalidității copilului. Această formă de OM se diagnostică în majoritatea cazurilor întâmplător, în stadii avansate, când schimbările în cavitatea timpanică sunt ireversibile. [2]

OM acută (OMA) este un proces evident infecțios a urechii medii cu debut acut. Semnele OMA, care se dezvoltă pe fundal de boli somatice sunt mascate de semne ale patologiei organelor interne. [4, 6, 7] Recidivarea OMA predispozează la cronicizarea procesului purulent și formarea exudatului persistent în cavitatea timpanică.

Diagnosticul corect și precoce al OM este important pentru tratamentul adecvat și prevenirea evoluției OM în forme recidivante și cronice.

Sistemul de management al OM în Europa de Vest și SUA include screening-ul auzului în instituții școlare și preșcolare și managementul diferențiat al OMA, OMR și OME. [2, 3, 4, 5, 6] Până în prezent în republică nu este pus la punct sistemul de screening al auzului în instituțiile preșcolare, astfel încât mai mult de 60 la sută din pacienți se diagnostică întâmplător în timpul examenului profilactic. Diagnosticul tardiv al acestei patologii face ca în majoritatea cazurilor afecțiunea să fie depistată în stadii avansate, atunci când otita medie exudativă evoluează în forme cronice.

Tratamentul OME se află încontinuu în centrul atenției medicilor otorinolaringologi și pediatri. Diferite scheme și algoritme de tratament, care sunt reflectate în Protocoalele naționale, publicate în ultimii ani în SUA, Japonia, Italia și alte țări, demonstrează că problema este actuală și necesită o abordare complexă. [3, 4, 5, 6, 7].

Eficacitatea tratamentului se evaluează în contextul dina-

micii funcției organului, stării sănătății generale și calității vieții pacientului înainte și după tratamentul efectuat. [7, 8, 9, 10]. Timpanostomia, sau miringotomia cu inserția tubului timpanostomic este cea mai frecventă operație din lume. Aceasta intervenție se utilizează pentru tratamentul chirurgical al otitelor medii exsudative, recidivante și adezive la copii. [8, 9, 10, 11].

Timpanostomia are riscul dezvoltării complicațiilor în 11-56 % din cazuri. Printre complicațiile timpanostomiei se descriu: otoreea (precoce și tardivă), formarea granulațiilor, colesteatomei, perforația permanentă și pungile de retracție. [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]

Scopul lucrării

Scopul lucrării este studiul eficacității diferitor sisteme de tratament.

Material și metodă

Pe parcursul a 5 ani copiii în vârstă de 1-7 ani cu patologie somatică recidivantă și cronică fără patologie auriculară cunoscută au fost acceptați pentru screening-ul și divizați în 2 Loturi: Lotul R care conține copii cu patologie respiratorie și Lotul G - copii cu patologie gastrointestinală. Lotul S - de control, a inclus copii sănătoși.

Metodele de examinare. I. Metodele de screening: Screening-impedansmetria și Screening-otoscopia. II. Metodele examenului clinic: Examenul clinic ORL general, Otomicropsopia, Impedansmetria, Examenul audiologic.

Toți copiii diagnosticați cu OME cronică au primit tratamentul medicamentos necesar. Lipsa efectului după tratamentul medicamentos a fost o condiție pentru includerea în grupul de bază.

Metodele de tratament, realizate în studiu: fizioterapia, adenotomia, miringotomia, timpanostomia și timpanostomia modificată, au fost analizate după 3 criterii: dinamica auzului copilului înainte și după tratament, dinamica indexului de sănătate generală a copilului înainte și după tratament, dinamica indexului de deteriorarea calității vieții copilului înainte și după tratament. Dinamica auzului a fost analizată de 4 ori: înainte de tratament, după o lună, după 3, 6 luni și după 12 luni de la începutul tratamentului. Indexul de deteriorare a sănătății generale (ISG) a fost apreciat înainte de tratament și la 12 luni după tratament pe baza a 3 indici: cazuri de îmbolnăvire pe parcursul a 12 luni, media zilelor de îmbolnăvire pe parcursul a 12 luni, cazuri de antibioterapie. Indicii au fost prelucrați corespunzător codării. [8, 9, 10] Indexul de deteriorare a calității vieții (ICV) a fost apreciat pe baza a 6 indicatori: Sufărința fizică, Scăderea de auz percepută de părinți, Dereglări de vorbire, Stres emoțional, Limitări în activitate, Alte acuze ale

părinților. [8, 9] Pentru primirea acestor indici a fost elaborat un *Chestionar pentru aprecierea calității vieții*, care are o serie de răspunsuri în limitele 1-7. Acest chestionar a fost propus să fie completat de părinții copilului înainte de tratament și la 12 luni după începutul tratamentului. Toți copiii au fost supuși supravegherii postoperatorii cu efectuarea otomicroscopiei, audiometriei tonale sau comportamentale, în funcție de vârsta copilului. Examinările aveau o periodicitate de o dată la 3 luni.

Tubele timpanostomice au fost înlăturate la 12-18 luni cu anestezie generală. În urma inspecției mucoasei cavității timpanice, s-au înregistrat schimbări ale țesutului, care prezintă un factor prognostic.

Rezultate.

Majoritatea copiilor din Lotul R și Lotul G au avut semne de patologie auriculară pe parcursul anului, 89 % și 69 % corespunzător, fapt ce diferă statistic semnificativ ($P < 0.01$) de aceeași indicator la copiii din Lotul S, unde numai la 31 % a fost depistată patologia. OME a fost depistată la 66% de copii din Lotul R, la 46 % de copii din Lotul G, ceea ce diferă semnificativ de indicii copiilor din Lotul S – 22% ($P < 0.02$). Tendința spre cronicizare OME a fost constatată la 46 % de copii din Lotul R și 30 % de copii din Lotul G, valori ce diferă statistic semnificativ față de 12 % din Lotul S.

Copiii cu persistența semnelor de OME pe parcursul a 3 luni și mai mult și lipsa efectului după tratamentul medicamentos intensiv au fost incluși în grupul de studiu al eficacității tratamentului pentru otită medie exsudativă cronică.

Noi am analizat rezultatele aplicării diferitor metode de tratament OME și OMEC ce au inclus metode tradiționale și contemporane – tratamentul medicamentos, adenotomia, tratamentul fizioterapeutic, miringotomia și timpanostomia sau combinațiile lor.

Dinamica auzului a demonstrat eficacitatea maximală și stabilă în Lotul de pacienți care a fost efectuat tratamentul complex – timpanostomia cu adenotomia. Îmbunătățirea Indexului sănătății generale (ISG) maximală și stabilă a fost înregistrată în același lot. Dinamica Indexului calității vieții (CV) a confirmat eficacitatea cea mai înaltă a tratamentului complex, care include timpanostomia cu adenotomia.

Datele obținute de noi corespund cu rezultatele altor cercetători. [1, 6]

Eficacitatea metodelor tradiționale în contextul durabilității rezultatelor în caz de OMEC este relativ joasă. Tratamentul medicamentos a fost efectiv în aproximativ două treimi din cazuri. Menționăm, că prin aceasta metodă am exclus din grupul de studiu cazurile cu OME simplă sau OME, forma se-roasă, care au fost ameliorate cu ajutorul tratamentului complex medicamentos, cu efect pozitiv și stabil.

Aplicarea metodei de timpanostomie modificată a ameliorat semnificativ tratamentul în caz de proces exsudativ cronic și

prezența exsudatului vâcos "gelatinos" în regiunea mastoidică a cavității timpanice.

În baza analizei rezultatelor căpătate au fost elaborate principiile managementului OME cronice:

1. screeningul OME cronice.
 - a. Grupele de risc de dezvoltare a OMEC
 - i. Copiii de vârsta 1–7 ani cu patologie somatică recidivantă și cronică, cu dereglări de vorbire și comunicare
 - b. Metodele de screening
 - i. Otoscopie pneumatică și impedansmetrie
2. tratamentul
 - a. "așteptare și supraveghere" – 3 luni după diagnosticarea OME
 - b. tratamentul medicamentos al bolilor concomitente (sinusită, adenoidită, bronșită, etc.)
 - i. ajută în diferențierea dintre formele relativ acute și cronice
 - c. tratamentul fizioterapeutic nu are efect pozitiv semnificativ stabil în caz de OMEC
 - d. adenotomia separată nu are efect pozitiv semnificativ stabil în caz de OMEC
 - e. miringotomia fără inserție tubului timpanostomic are limitări în caz de OMEC
 - f. timpanostomia concomitent cu adenotomia are eficacitatea cea mai înaltă, se efectuează după 6 luni de persistența exsudatului în urechea medie.
 - g. În caz de OME cronică cu exsudat vâcos se recomandă timpanostomia modificată.
3. supravegherea pacienților include otoscopia optică și audiometria pe parcursul a minimum un an după tratamentul efectuat și impedansmetria după închidere perforației timpanului.

Concluzie:

Prevalența otitei medii la copiii cu patologie somatică recidivantă și cronică este înaltă. Complexă datelor anamnestică, otoscopice și ale timpanometriei este necesară pentru diagnosticul și diagnosticul diferențial al diferitor forme de otită medie. Copiii sub 7 ani cu patologie somatică recidivantă și cronică necesită evaluare otorinolaringologică și control audiologic minimum o dată la 6 luni.

Tratamentul complex, care include miringotomia cu introducerea tubului timpanostomic, este recomandat pentru prevenirea scăderii de auz, îmbunătățirea stării generale și calității vieții copilului cu otită medie exsudativă cronică.

Majoritatea complicațiilor timpanostomiei sunt condiționate de schimbările patologice produse în urechea medie afectată, legate de natura otitelor medii exsudative și recidivante. Timpanostomia modificată este o metodă efektivă și sigură în tratamentul otitelor medii cu exsudat vâcos.

Bibliografie:

1. Arguedas A., Kvaerner K., Liese J. Otitis media across nine countries: Disease burden and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2010, V. 74, p. 1419–1424
2. Bluestone Ch., Klein J. Otitis media in infants and children. *PMPH-USA*, 2007 - 462p
3. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media (AOM) in children in Japan - Subcommittee of Clinical Practice Guideline for Diagnosis and Management of Acute Otitis Media in Children. *Auris Nasus Larynx*, 2012, V. 39, p. 1–8
4. Meyer A, Webb K., Davey C., Daly K. Tympanometry of a diverse group of preschool aged children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2006, V. 70, p. 1523 - 1527
5. Shaikh N., Hoberman A., Rockette H., Kurs-Lasky M. Development of an Algorithm for the Diagnosis of Otitis Media. *Academic Pediatrics*, 2012; p. 1–5
6. Robb P., Williamson I. Otitis media with effusion in children: current management. *Review Article. Paediatrics and Child Health*, 2012, V. 22, Iss 1, P. 9-12
7. Grevers G. Challenges in reducing the burden of otitis media disease: An ENT perspective on improving management and prospects for prevention. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2010, P. 572–577

8. Lee J., Witsell D., Dolor R., Stinnett S., Hannley M. Quality of life of patients with otitis media and caregivers: a multicenter study. *Laryngoscope*, 2006, V. 116, P. 1798–1804
9. Dubé E., De Wals Ph., Ouakki M. Quality of life of children and their caregivers during an AOM episode: development and use of a telephone questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, B:75
10. Lous J., Ryborg C., Thomsen J.A systematic review of the effect of tympanostomy tubes in children with recurrent acute otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, V. 75, Iss9, 2011, P. 1058-1061
11. Cheng J., Javia L. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) pediatric tympanostomy tube otorrhea. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, V. 76, Iss 12, 2012, P. 1795-1798
12. Diacova S., Ababii I. Our experience in diagnosis, treatment and follow up of otitis media with effusions in infancy. 6th International Conference on Physiology and Pathology of Hearing. September 14-16, 1999, Mikolajki, Poland. Abstracts. P. 125 - 126.
13. Diacova S., McDonald T., Beatty Ch., Wei J. Ear drops in preventing otorrhea associated with tympanostomy tubes insertion in children. 4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. May 13 - 18, 2000. ICC Berlin, Germany. Abstracts. P. 56.
14. Diacova S., McDonald Th. A comparison of outcomes following tympanostomy tube placement or conservative measures for management of otitis media with effusion. *Ear Nose Throat J*. 2007;86 (9):552-4
15. Moon I., Kwon M., Park C., Lee J., Kim J., Hwang C., Chung M. When should retained Paparella type I tympanostomy tubes be removed in asymptomatic children? *Auris Nasus Larynx*, V. 40, Iss 2, 2013, P. 150-153
16. Rosenfeld R., Jang D., Tarashansky K. Tympanostomy tube outcomes in children at-risk and not at-risk for developmental delays. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, V. 75, Iss 2, 2011, P. 190-195
17. Patel N., Sherman E., Antonelli P. Effect of tympanostomy tube surface on occlusion. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, V. 76, Iss 7, 2012, P. 960-962.

Diacova Svetlana, dr.med, conferențiar universitar

Catedra Otorinolaringologie

IP USMF "Nicolae Testemițanu"

Chișinău, Sprincenoaia 6/2, ap. 72

Tel.mob.: 079617963

E-mail: svetdiac@yahoo.com

INSULINOMUL PANCREATIC – PROBLEMĂ ACTUALĂ A CHIRURGIEI ENDOCRINE

Vladimir Hotineanu, Adrian Hotineanu, Anatol Cazac, Vitalii Grecu.

LCȘ „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”, USMF “Nicolae Testemițanu”

Rezumat

În perioada 01.02.1993 - 01.05.2014 în cadrul Clinicii 2 Chirurgie au fost internați și operați 7 pacienți cu vârsta medie 46,3 ani (limitele absolute 16-70 ani), cu diagnosticul de tumoare endocrină pancreatică (TPE) - "Insulinom pancreatic". Simptomatologia insulinomului pancreatic a fost predominantă de simptomele neuropsihice, adrenergice și digestive. Diagnosticul biologic a suspectat prezența tumorii prin intermediul glucozei serice scăzute, creșterea insulinei serice și peptidului C. Localizarea tumorii a fost stabilită prin următoarele metode imagistice: USG abdominală, CT în regim standard, CT în regim angiografic, RMN. Intervențiile chirurgicale aplicate pacienților au fost: în 3 cazuri s-a aplicat pancreatectomie corporo – caudală cu prezervarea splinei, 1 caz - pancreatectomie corporo – caudală fără prezervarea splinei și în 2 cazuri s-a recurs la enucleerea insulinomului. Diagnosticul de insulinom pancreatic a fost confirmat în toate cazurile prin intermediul examenului histopatologic al țesuturilor rezecate intraoperator, care a determinat: în 3 cazuri adenom trabecular și în câte un caz - adenom cu dispoziție cordonală și insulară, nesidioblastom cu zone Grimelius positive, hiperplazie insulară, carcinoid malign. Mortalitate și morbiditate postoperatorie în cazurile studiate nu a fost înregistrată.

Summary

Pancreatic insulinome actual problem of endocrine surgery. During the period from 01.02.1993 to 01.05.2014 in surgical clinic no. 2 of Republican Clinical Hospital were admitted and operate 7 patients with average age 46,3 years (absolute limits 16-70 years), with diagnosis of pancreatic endocrine tumor (TPE) „pancreatic insulinoma”. Diagnosis was established late, due to severe neuro - mental clinical symptoms which led to previous admission in neurology, psychiatry and endocrinology departments. Neuro-psychiatric, adrenergic and digestive disorders symptoms were predomined in symptomatology of pancreatic insulinome. Diagnosis of tumor was suspected through presence of glucose low serum, increasing serum insulin and C protein. Tumor location was determined by the following imaging methods: abdominal ultrasonography - 1 case, standart CT - 3 cases, angio CT -3 cases, MRI -3 cases. Surgical operations applicated to the patients were: In 3 of these cases was performed corporo - caudal pancreatectomy with spleen preservation, in 1 case corporo - caudal pancreatectomy without spleen preservation and in 2 cases were performed enucleation. Pancreatic insulinoma has been confirmed in all cases through histological examination of the intraoperative resected tissues which determined: In 3 these cases trabecular adenom and in other cases - adenoma with cordonale insular location and nesidioblastoma with Grimelius positive areas insular, hyperplasia, malignant carcinoid. Mortality and postoperative morbidity has not been recorded in studied cases.