

“controller” sunt eficiente. Însă la evaluarea comparativă a datelor, s-a observat că pacienții lotului II au reușit să obțină un control mai rapid al astmului (după 4-5 săptămâni de tratament).

Concluzie. În baza acestor date concluzionăm că ambele scheme ale terapiei de “control” sunt eficiente pentru atingerea controlului simptomelor astmului bronșic. Tratatamentul cu CSI în combinație cu inhibitori de leucotriene favorizează instalarea în timp mai redus a controlului astmului (după 4-5 săptămâni de tratament). Astfel, are loc o involuție mai rapidă și mai stabilă a simptomelor, restabilirea parametrilor spirometrici, a nivelului Ig E-seric și IgE-specific. Acest fapt reduce necesitatea de a folosi medicație bronhodilatatoare de urgență. Asocierea CSI cu inhibitorii leucotrienici a favorizat ameliorarea simptomelor rinitei alergice și a contribuit la mărirea toleranței față de alergenii alimentari. Asocierea CSI cu inhibitorii leucotrienelor ameliorează vădit starea copiilor cu astm bronșic, preîntâmpină agravarea evoluției bolii și contribuie la îmbunătățirea calității vieții copiilor cu astm bronșic.

Bibliografie:

1. VAN ASPEREN P, CAHILL A, ALEXANDER K ET AL., Discharge guidelines for children with acute asthma: A consensus statement. Journal of Paediatric Child Health 2001, vol.37, p.539–548.
2. Guide for Asthma management and prevention for adults and children after 5 years old. Pocketbook. Global Initiative for asthma. UK, 2011
3. JAMES P., JUDITH A. KEMP., Management of Asthma in Children. American family Physician. 2001, Vol.63. Nr 7.
4. BATERMAN E. et al. Can guide-line-defined asthma control be achieved. The Gaining Optimal Asthma Control Study. Am J Respir. Crit. Care. Med. 2004, vol. 170, p.836-844.
5. БАЛАБОЛКИН ИИ., БУЛГАКОВА ВА.. Терапия бронхиальной астмы у детей. Медиц. совет. 2007, ном.1, с. 25-30.
6. БАРАНОВА А.А. ХАЙТОВА Р.М. Аллергология и иммунология. Москва 2010, 246 стр.

© Svetlana Diacova

Svetlana Diacova

OPTIMIZAREA TIMPANOSTOMIEI LA COPII

USMF “Nicolae Testemițanu”, Catedra ORL (șef catedră – Acad. I. Ababii)

SUMMARY

IMPROVEMENT OF TYMPANOSTOMY IN CHILDREN

Key words: *Myringotomy with Tympanostomy tube insertion, otitis media with effusion, recurrent otitis media*

Introduction. *Tympanostomy or Myringotomy with insertion of Tympanostomy tube, the most common surgery is used for treatment of different forms of otitis media, can provoke some complications.*

Aim: *to analyze the results of Tympanostomy in our modification.*

Material and Methods. *Patients with chronic otitis media with effusion and recurrent otitis media who underwent Tympanostomy in our modification.*

Results. *Different clinical forms of recurrent and chronic otitis media with effusion in childhood are characterized by similar pathological changes in tympanic cavity. The proposed variant of Tympanostomy is effective surgical method of prevention of further otitis media evolution.*

Conclusions. *The majority of Tympanostomy complications are manifestations of the nature of otitis media. Tympanostomy in proposed modification is recommended for treatment of chronic otitis media with effusion and recurrent otitis media in children.*

РЕЗЮМЕ

ОПТИМИЗАЦИЯ ТИМПАНОСТОМИИ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: *Тимпаностомия, экссудативный средний отит, рецидивирующий средний отит*

Введение. *Тимпаностомия или Миринготомия с введением тимпаностомической трубки, одно из наиболее*

частых оперативных вмешательств в мире, используется для лечения различных форм среднего отита у детей, но может вызывать осложнения.

Цель: проанализировать результаты применения оптимизированной методики тимпаностомии.

Материал и Методы. Пациенты с хроническим экссудативным средним отитом и рецидивирующим средним отитом, прооперированные методом тимпаностомии по оптимизированной методике.

Результаты. Различные клинические формы рецидивирующего и хронического экссудативного среднего отита имеют схожие изменения в барабанной полости. Предложенный вариант тимпаностомии является эффективным хирургическим методом в профилактике дальнейшей эволюции среднего отита и возникновении осложнений.

Заключение. Большинство осложнений тимпаностомии являются проявлением природы самого среднего отита. Тимпаностомия по оптимизированной методике может быть рекомендована для лечения хронического экссудативного среднего отита и рецидивирующего среднего отита.

Introducere.

Timpanostomia, sau Mitingotomia cu inserția tubului timpanostomic este cea mai frecventă operație din lume. Această intervenție se utilizează pentru tratamentul chirurgical al otitelor medii exsudative, recidivante și adezive la copii. [1].

Timpanostomia are riscul dezvoltării complicațiilor în 11 – 32 % dintre cazuri. Unele dintre complicațiile timpanostomiei care se descriu sunt: otoreea (precoce și tardivă), formarea granulațiilor, colesteatomiei, perforația permanentă și pungile de retracție. [5]

Scopul prezentei lucrări este analiza rezultatelor timpanostomiei efectuate după varianta optimizată.

Materiale și metode. Am studiat experiența Clinicii Mayo (SUA) în tratamentul otitelor medii la copii. Pe baza examinării pre-, intra- și postoperatorii a 297 copii în Mayo Clinic, am analizat sechelele postotice și complicațiile posibile în funcție de metoda de tratament aplicată înainte de timpanostomie. Am introdus timpanostomia în Clinica ORL Pediatrică. Pe baza analizei conținutului cavității timpanice în timpul operației și evoluției procesului patologic postoperator în colaborare cu otologii din Clinica Mayo am elaborat principiile timpanostomiei, pe care le-am aplicat în Clinica ORL pediatrică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” .

Sub supravegherea noastră în Clinica Pediatrică s-au aflat copii cu otită medie exsudativă și otită medie recidivantă. Diagnosticul a fost confirmat prin otomicroscopie, impedansmetrie și audiometrie după tratamentul medicamentos standard efectuat. La 234 copii s-a efectuat timpanostomia după varianta optimizată de noi.

În aspect de vârstă, predominau copiii din grupa preșcolară (4 - 6 ani) – 93 %. Copiii au fost examinați corespunzător «Schemei examinării otologice a copilului», elaborată de noi, care include datele anamnezei minuțioase, otoscopiei optice, otoscopiei pneumatice, otomicroscopiei, timpanometriei și ale înregistrării reflexului stapedian, audiometriei, descoperirilor intraoperatorii, rezultatelor funcționale după tratamentul conservator și după tratamentul chirurgical. [3]

Indicațiile pentru timpanostomie au fost stabilite conform algoritmului de diagnostic și tratament. [3]

Toți pacienții cu otită medie exsudativă cronică și recidivantă au fost operați cu anestezie generală endotraheală. Conductul auditiv extern și membrana timpanică au fost curățate sub microscop de cerumen și scuamele epidermisului. Locul miringotomiei depindea de prezența lichidului, de regiunile de retracție și de tipul tubei timpanostomice. Operația se efectuează corespunzător algoritmului propus de noi. Tipul tubei timpanostomice a fost selecționat corespunzător schimbărilor patologice survenite și vârstei pacientului. După incizie conținutul patologic din cavitatea timpanică a fost aspirat, ceea ce a permis examinarea mucoasei cavității. În cavitate s-au introdus 2-3 picături de antibiotic și corticosteroizi. Tuba timpanostomică a fost fixată în locul inciziei. O doză suplimentară de antibiotic s-a introdus și în conductul auditiv extern. [4]

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. Marginile perforației au fost reînnoite pentru stimularea proceselor de regenerare a membranei timpanice.

Rezultate și discuții.

La 234 copii (412 urechi) cu OM cronică s-a efectuat timpanostomia după algoritmul elaborat de noi. În timpul operației la 407 urechi cavitatea timpanică conținea exsudat cu următoarele caracteristici: în 81 cazuri – purulent sau mucopurulent, în 314 - mucos, în 12 - lichid seros. Mucoasa urechii medii era patologic modificată în toate (412) cazurile, depistându-se: edem în 349 urechi, hiperplazie moderată – în 72, granulații și polipi – în 38 urechi. Membrana timpanică a fost foarte subțire cu elasticitate scăzută în 45 cazuri. În 28 urechi membrana timpanică era amplăsată pe promontorium, și conținea numai un strat.

Așadar, schimbările patologice în cavitatea timpanică sunt multilaterale și condiționate de dezvoltarea și evoluția procesului, transformarea din forme preco-

ce în cele tardive. Aceste modificări corelau cu datele microotoscopiei, pneumo-otoscopiei și impedansmetriei, care evidențiază micșorarea mobilității membranei timpanice, devieri de culoare și transparență, etc.

Toți copiii au fost supravegheați timp de un an după operație. Ameliorarea auzului s-a constatat (subiectiv) începând de la 2-3 zile după timpanostomie la majoritatea pacienților. La copiii mici au fost notate normalizarea somnului și comportării copilului. După o lună la 229 copii indicii audiometriei tonale s-au normalizat, iar în 5 cazuri s-a înregistrat ameliorarea auzului.

Otoreea precoce s-a notat în 0,3 %, otoreea tardivă - în 2 % dintre urechile operate. Toate cazurile erau din grupa pacienților cu otită medie recidivantă, la care în timpul operației au fost notate granulații multiple, polipi, exsudat abundent vâscos mucopurulent. Regenerarea totală a membranei timpanice s-a observat la toți copiii în decurs de o lună.

În majoritatea cazurilor s-a produs normalizarea sau îmbunătățirea stării cavității timpanice. Numai la 2 copii (3 urechi) cavitatea timpanică conținea un lichid mucus și proliferarea mucoasei la 18 luni după operație.

Așadar, timpanostomia are un rol de oprire a dezvoltării procesului patologic în urechea medie, prevenirea evoluției otitei în formă mai pronunțată. Varianta propusă este efectivă și sigură în tratamentul otitelor medii.

Concluzii:

1. Majoritatea complicațiilor timpanostomiei sunt condiționate de schimbările patologice produse în urechea medie afectată, legate de natura otitelor medii exsudative și recidivante.

2. Timpanostomia după varianta elaborată de noi este o metodă efectivă și sigură în tratamentul otitelor medii exsudative și recidivante.

Bibliografie

1. Lous J., Ryborg C., Thomsen J. A systematic review of the effect of tympanostomy tubes in children with recurrent acute otitis media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Volume 75, Issue 9, September 2011, P. 1058-1061

2. Cheng J., Javia L. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) pediatric tympanostomy tube otorrhea. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Volume 76, Issue 12, December 2012, P. 1795-1798

3. 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.

4. 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.

5. 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 Sep ;86 (9):552-4

6. 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, Issue 2, 2013, P. 150-153

7. Rosenfeld R., Jang D., Tarashansky K. Tympanostomy tube outcomes in children at-risk and not at-risk for developmental delays. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, V. 75, Issue 2, 2011, P. 190-195

8. Patel N., Sherman E., Antonelli P. Effect of tympanostomy tube surface on occlusion. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, V. 76, Issue 7, 2012, P. 960-962.