

locale minime, determinând eficiența diagnostică mică a otoscopiei pe fond de manifestare pronunțată a simptomelor generale (intoxicație, tulburări funcționale a altor organe).

Complianța electroacustică a sistemului urechii medii este unul din cei mai sensibili indici și permite depistarea chiar și a reacțiilor inflamatorii minime. Astfel, la copii în primii ani de viață timpanometria este mult mai informativă decât otomicroscopia.

Concluzii

1. La copii în primii 3 ani de viață otita medie decurge relativ latent în majoritatea cazurilor.
2. Diagnosticul otitelor medii la copii în primii ani de viață se bazează pe datele anamnezei, otoscopiei optice și impedansmetriei.
3. Analiza complianței electroacustice este cea mai sensibilă și permite depistarea chiar și a reacțiilor inflamatorii minime în urechea medie.
4. Aplicarea metodei noastre de interpretare a rezultatelor timpanometriei ne permite să precizăm unele particularități patogenetice ale otitelor medii la copiii mici.

Bibliografie

1. Ababii I., Diacova S. Managementul otitei medii acute la copiii de vârstă precoce. // Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu", 2002, ediția III, v. 3, p. 196 - 200.
2. 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.
3. S.Diacova, T.McDonald, Ch. Beatty, J. Wei - 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.
4. S.Diacova, I.Ababii, A.Chiaburu – Tratatamentul chirurgical al otitelor medii la copii // Buletin de Perinatologie, N 1, 2002, p. 46 – 48.

VERTIJUL

Alexandru Sandul, Ludmila Tihonova, Ludmila Gaiduc
Catedra Otorinolaringologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Vertigo

Dizziness is the sensation that you or the environment around you is moving or spinning. This problem was known before Hipocrate and Avicena, but many aspects are not studied till now. The purpose of our work was to study statistics and also unification of classifications, dizziness diagnostics.

Rezumat

Vertijul este o iluzie a mișcării propriului corp sau a obiectelor din jur. Această problemă este cunoscută încă din antichitate, dar rămâne actuală și în zilele noastre. Scopul lucrării noastre a fost studierea statisticii, unificarea clasificărilor, metodelor de diagnostic contemporan.

Actualitatea temei

Vertijul a existat ca problemă la limita dintre medicină și disconfort psihosocial din cele mai vechi timpuri. Necatând la faptul că vertijul a fost cunoscut încă înaintea lui Hipocrate și Avicena, multe aspecte nu sunt pe deplin cunoscute chiar și acum. Cu studierea problemei vertijului s-a ocupat: Hipocrate (460-377 an. î.e.n.); Celsius (sec. I e.n.); Ibn Sina (Avicena) - primul a descris vertigo în „Canonul Medical” 1020; Galen (sec. I-II e.n.)-

desi în acel moment nu era o înțelegere completă despre structura corpului uman în întregime și ale organelor aparate (inclusiv organelor ORL). În 1820 savantul ceh Purkine a dovedit legătura dintre nistagm și vertij. Ewald a studiat particularitățile canalelor semicirculare în urechea internă (legile lui Ewald). În 1851 Corti (1822-1876) primul a descris structura microscopică a organului spiral (organul spiral Corti). Reissner a descris membrana care separă rampa vestibulară de la canalul cohlear(membrana vestibulară a lui Reissner) .

În 1910 S.Ştein a scris monografia „Vertijul”, în care primul a dat noțiunea vertijului ca „senzație subiectivă care se manifestă prin mișcarea propriului corp sau obiectelor de jur-împrejur”. El a inventat centrifuga pentru rotație- goniometru dinamic pentru determinarea gradului nistagmului.

Vertijul este actual și în zilele noastre. Acest simptom reprezintă obiectul comun de studiu a specialiștilor : ORL , oftalmologi, neurologi , endocrinologi, medicii profilului general și alții.

Scopul lucrării

Scopul lucrării este de a studia statistica bolnavilor care s-au adresat la diferiți specialiști cu simptomul Vertijul; unificarea clasificăției; diagnosticul contemporan.

Material și metoda

La dispoziția noastră s-au aflat sursele bibliografice din cele mai vechi timpuri și pînă în zilele noastre.

Discuții

Vertijul adevărat sau în limba engleză vertigo (dizziness), se definește ca o iluzie a mișcării propriului corp sau a obiectelor din jur. Acesta este un simptom și nici într-un caz boală nozologică. Există mai mult de 80 afecțiuni unde poate fi întâlnit vertijul din care cauza nu-i de mirare faptul că la 40% din cazuri etiologia vertijului nu este cunoscută.

Statistica:

- Printre acuzele cu care pacienții se adresează la medic rata amețelilor constituie aproximativ 3-4%.
- Potrivit datelor Yardley L. studiul efectuat asupra a 20 de mii de persoane în vîrsta de 18-64 ani, realizat în anul 1998, a constatat faptul că în ultimele luni 20% din ei prezentau în acuze amețeli, din care la peste 30% istoricul bolii constituia o durată mai mult de 5 ani.
- Studiul asupra la 1000 de persoane începînd cu vîrsta de 65 de ani, 30% suferă de vertijul.>
- Aproximativ o treime din pacienții care solicită tratament în otorinolaringologie suferă de diferite tipuri de vertijuri, care se clasifică ca vertije sistemice și nesistemice (non-sistemice).
- În diferite grupe de vîrsta frecvența acestei plîngere este de la 5% pînă la 30 %.
- Anual la medicii de familie se adresează circa 5-10% cu vertij și circa 40% la medici otorinolaringologi și neurologi cu acea plîngere.

Clasificația

- Este bine cunoscută clasificarea propusă de G.R.Holt și J.R.Thomas (1980)
- Conform acestei clasificări principalii factori etiologici ai vertijului sunt:
 - afecțiunile inflamatorii și non-inflamatorii a urechii interne și medii.
 - afecțiunile sistemului nervos.
 - afecțiunile endocrine(hormonale).
 - afecțiunile sanguine.
 - traumele la nivelul capului și gîtului, inclusiv modificările degenerativ-distrofice ale coloanei vertebrale la nivel cervical.

- intoxicațiile?
- bolile infecțioase.
- afecțiunile cardiovasculare.
- afecțiunile psihice.
- factori nedeterminați

Conform nivelului de afectare:

Vertijul periferic (vestibular, sistemic) - poate să apară ca rezultat al lezării părții periferice a organului vestibular a urechii interne sau a nervului vestibular.

La excitația analizatorului vestibular poate să apară următoarele tipuri de vertij:

- ◀ V. proprioceptiv - senzație de mișcare pasivă a propriului corp în jur;
- ◀ V. tactil (palpabil) - senzație de mișcare a suportului sub picioare;
- ◀ V. vizual (optic) - se manifestă prin senzație de mișcări translaționale a obiectelor;

Vertijul non-vestibular, nesistemic poate fi:

central - care apare în rezultatul unei afecțiuni cerebrale

periferic care apare ca un efect al unor afecțiuni, situate la nivelul altui organ, fără legătură directă cu sistemul nervos central.

- După intensificarea:

- ◀ ușor;
- ◀ mediu;
- ◀ intens (sever);

Cauzele:

Vertijul paroxistic pozițional benign:

- VPPB este un tip aparte de vertij cauzat de patologia aparatului vestibular al urechii interne. Frecvența apariției acestei boli este de aproximativ 17% din toate cazurile de vertij. Femeile sunt afectate mai des decât bărbații.
- Etiopatogenie. Ca rezultat al acțiunii mai multor factori (loviri de cap, infecțiile urechii, îmbatrânirea etc.) receptorii veziculelor pot să se degradeze, iar cristalele de carbonat de calciu (otolitele) pot să descompună receptorii. Mai târziu, otolitele pot ajunge la lichidul care umple canalele semicirculare. Într-un astfel de caz în timpul schimbării poziției de cap otolitele se mișcă ceea ce va cauza o hidromecanică normală a lichidelor din urechea internă și ca urmare va surveni o senzație de vertij rotațional.
- Manifestări clinice. Pacienții acuză senzații de vertij care apar atunci când își schimbă poziția capului sau a corpului, spre exemplu atunci când se întind sau se răsucesc pe pat, sau atunci când flectează capul pe spate. De obicei, pacienții știu la ce poziție a capului apare vertijul. Dacă își mențin capul în acea poziție, de obicei vertijul încetează; dacă își mișcă încet capul vertijul nici nu apare. În timpul unui episod scurt de vertij pacienții pot să prezinte vomă. Uneori senzația de amețea poate să persiste câteva ore.
- Diagnostic. O senzație neplăcută experimentată de pacienți în timpul unei crize de vertij pozițional este însoțită de mișcări involuntare ale ochilor (nistagmul). Scopul medicului este să provoace o criză și dacă apar aceste mișcări să le determine direcția. Aceasta se realizează folosind un echipament special (nistagmografia), sau medicul va evalua mișcările ochilor (nistagmul) doar prin contact vizual la momentul la care apare senzația de mișcare a capului.

Boala Ménière

- Endolimfa este un lichid în structurile urechii interne (cochlea și canalele semicirculare) ce scaldă celulele sensibile ale analizatorului auditiv și vestibular. În condiții normale volumul endolimfei și concentrația de electroliți (magneziu, sodiu, clor și altele) sunt menținute la valori constante.

- Etiopatogenie. Hidroptizia endolimfatica este o dereglare a partii auditive si/sau vestibulare a urechii interne cauzata de cresterea volumului de endolimfa si de o schimbarea concentratiei de electroliti.
- Astfel, hidroptizia primara sau ischemica , etiologia careia nu-i pe deplin elucidata , in mod obisnuit cunoscuta sub numele de “Boala Ménière”. Hidroptizia secundara (cunoscuta ca „Sindromul Ménière”) Printre cele mai frecvente cauze ale acestei afectiuni sunt schimbarile degenerative ale coloanei cervicale (osteocondroza), diverse boli endocrine, reactii alergice sau infectii, cu alte cuvinte schimbari cu repercusiuni asupra tonusului si permeabilitatii vaselor.
- Manifestări clinice . O data cu aceasta afectiune poate sa apara o gama intreaga de simptome: o senzatie de compresie a urechii, zgomot, pierderea auzului, crize bruste de vertij care dureaza cateva ore, insotite de ameteli si voma; sau numai o senzatie de ameteala usoara sau o senzatie de incertitudine locomotorie. Crizele bruste de vertij, ameteala, voma, insotite de zgomot in ureche si o deteriorare a auzului (de obicei numai pe o parte) sunt caracteristice ale afectiunii primare (idiopatice). O criza poate dura de la cateva ore pana la cateva zile si poate reveni in mod regulat (la fiecare 2 sau 3 zile). Intre crize simptomele afectiunii sunt absente, in afara de deteriorarea auzului. Crizele repetate conduc la degradarea continua a functiei auditive, uneori pana la surzenia completa (sau unilaterala).
- Diagnostică . Mai intii de toate pacientul trebuie sa consulte un medic specialist – un ORL-ist sau un otoneurolog, care poate sa presupuna existenta unei hidroptizii endolimfatice pe baza simptomelor specifice si a rezultatelor testelor de diagnostic. Pentru a defini diagnosticul si pentru a stabili o afectiune inductiva (pentru hidroptizia secundara, acolo unde este necesar sa se stabileasca starea patologica pe baza careia s-a produs hidroptizia), trebuie consultati si alti medici specialisti – un neurolog, un audiolog, un specialist in alergii etc.

Boli ale coloanei cervicale

- Etiopatogenie .Coloana cervicala impreuna cu aparatul vestibular si sistemul vizual joaca un rol la mentinerea echilibrului persoanei. La nivelul capsulelor discurilor intervertebrale si a muschilor coloanei cervicale se afla terminatiuni nervoase libere-receptori. Acesti receptori sunt activati in timpul miscarilor coloanei cervicale, atunci cand capsulele articulare sunt dilatate sau cand muschii sunt intinsi si transmit informatii asupra pozitiei capului in spatiu. In timpul schimbarilor patologice din zona coloanei cervicale informatia care ajunge la creier este distorsionata si in consecinta creierul poate sa defineasca incorect pozitia capului in spatiu, ceea ce poate fi interpretat in mod subiectiv ca vertij. In afara de aceasta, in timpul bolilor coloanei cervicale este tulburat drenajul venos din cavitatea craniana, ceea ce conduce la o crestere pe termen scurt a presiunii intracraniene si a urechii interne. Aceasta va avea ca rezultat o senzatie de greutate, perceptie a zgomotului in urechi si tulburarea coordonarii miscarilor.
- Acest tip de vertij este frecvent la oamenii cu probleme pronuntate psiho-emotionale, la stres si in absenta unei activitati psihice adecvate. Stresul conduce la suprasolicitare si oboseala musculara a coloanei cervicale. Oamenii de obicei nu observa aceasta. Daca mai apar sollicitari, totusi, tensiunea musculara creste si apar schimbari importante in circulatia sanguina a capului care provoaca senzatie de vertij.
- <Oamenii care au suferit o vatamare a coloanei cervicale, mai ales o vatamare in timpul unui accident de masina. >
- Exista tendinte de vertij cauzat de o boala a coloanei cervicale la femeile cu gat de lebada.

Diagnostică. Vertijul cauzat de o boala a coloanei cervicale se stabileste in baza datelor obtinute din examenul clinic completat de metode de examinare auxiliare. Sunt folosite teste speciale permitand detectarea cu precizie a rolului crucial al coloanei cervicale la aparitia

crizelor de vertij. O cerinta necesara este examinarea radiografiei coloanei cu teste functionale si o sonografie Doppler a vaselor cervicale care pot dezvalui tulburari ale drenajului venos in cavitatea craniana.

Fistula perilimfatică

Fistula perilimfatica poate aparea in urmatoarele situatii:

- Vatomari ale urechii medii si interne (vatomari craniene ale osului temporal, vatomari de presiune si acustice, vatomari care se produc in timpul operatiei urechii).
- Presiunea intracraniana excesiva (hipertensiunea intracraniana cauzata de vatomarile craniului, tulburarile drenajului venos, tensiunea fizica sau psihica puternica, suflatul nasului).
- Infectii inflamatorii cronice ale urechii medii.
- Anomalii congenitale ale structurii urechii interne
- Manifestări clinice- simptomele clasice ale fistulei perilimfatice sunt surditatea unilaterala , zgomotul in urechi , vertijul si voma. Aceste simptome apar la 50% dintre pacienti (cu fistula perilimfatică). In alte cazuri, fistula perilimfatica poate aparea sub forma de vertij de intensitate variabila si cu tulburari de auz (zgomot, senzatia ca suna o sonerie in ureche, degradarea auzului).
- Diagnosticul fistulei perilimfatice este deseori greu de stabilit, deoarece simptomele pot corespunde in mare parte cu acelea ale altor afectiuni ale urechii interne, in cazul Bolii lui Ménière. De aceea trebuie efectuata o examinare complexa care va include teste auditive si vestibulare pentru a exclude posibilitatea unei boli neurologice.

Neurită vestibulară

- Etiopatogenie .Este o infectie a nervului vestibular. Cele mai frecvente cauze ale neuritei vestibulare sunt infectiile si bolile vasculare, intoxicatiile cu substante straine. Printre cauzele infectioase se numara infectiile cu virusi de tip herpes, cu citomegalovirus, cu virusul EBA, cu adenovirusi, cu virusii de tip gripa si paragripa A si B, cu virus de tip pojar, si varicela. Cauza neuritei vestibulare pot fi si spirochetele si candida care cauzeaza histoplasmocistoza.

- Etiologa vasculara a bolii predomina la pacientii varstnici, fumatori, pacienti cu tulburari ale metabolismului grasimilor, cu hipertensiune, diabet zaharat, disritmii cardiace etc.)
- Manifestări clinice –este caracteristic inceputul brusc. Un vertij puternic si voma neincetată , ambele in ritm crescand la incercarea de a sta in picioare sau in timpul miscarilor capului. In majoritatea cazurilor aceste simptome dispar la a 2-a sau 3-a zi. Dupa aceasta faza uneori ramane iluzia miscarii acceleratiei liniare (de exemplu: miscarea unui lift sau a unei masini in coliziune). Aceasta se poate manifesta ca o senzatie de plan inclinat a câmpului vizual sau a corpului cazand sau ridicandu-se fata de pozitia de baza. Recuperarea finala se stabileste la a 2-a , a 3-asaptaman datorita compensatiei vestibulare.
- Diagnosticul- se stabilește, de obicei, in baza durerilor reclamate de pacient.. Nu este necesar sa se efectueze examinari auxiliare. Daca simptomele persista mai mult de o luna, sau se repeta periodic este necesar de a presupune o alta etiologie bolii.

Diagnosticul

- Anamneza bolii
- Teste vestibulare (teste lui Romberga și lui Babinski-Veil)
- Aprecierea nistagmului , electronistagmografia , care consta in aplicarea unor electrozi la nivelul fetei, care masoara miscarile oculare. Se urmaresc anumite miscari ale globilor oculari atunci cand urechea interna este stimulata. Particularitatea miscarii poate indica daca sediul vertijului este la nivelul urechii interne sau la nivelul sistemului nervos central
- Teste pozitionale(Hollpaik)
- Probe calorice

- Teste imagistice (rezonanța magnetică sau tomografia cerebrală. Aceste teste se efectuează dacă se presupune ca simptomele pot fi cauzate de o afecțiune organică a creierului.
- Teste pentru detectarea acuității auditive. Un astfel de test poate stabili dacă nervul care face legătura dintre urechea internă și creier este normal. Pierderea auzului însoțită de vertij de obicei sugerează altă afecțiune decât BPPV, de tipul sindromului Meniere sau labirintitei.
- Investigații serologice pentru a exclude bolile infecțioase (herpes, sifilis, boala lui Lyme)
- Aprecierea tensiunii arteriale
- Investigații specifice cu folosirea scaunelor rotatoare (3D)

Concluzie

- În rezolvarea acestei probleme totdeauna va exista o strânsă corelare între otorinolaringologii și alți specialiști în medicină.
- Vertijul prezintă o problemă dificilă a medicinei în general și a otorinolaringologiei în special.
- Diagnosticul este destul de dificil și nu întotdeauna este elocventă cauza.

Bibliografia

1. Gherman Kingma "Vertigo"2009 p.3-35
2. Luxon , Dix , Hud Vertijul -1961p.10-39,100-107
3. Revista de neurologie și psihiatrie num. S.S.Corsacov 2005 vol 105 №11p.39-44
4. Вейс Г. Головокружение/ в кн. "Неврология". Под ред.М. Самуэльса 1997 с94-120
5. Вестник оториноларингологии 2006 № 1 с.13-15
6. www.vertijul.ro
7. www.vertigo.engl

VALVA NAZALĂ

Mihail Maniuc, Alexandru Sandul, Ghenadie Sandul, Tatiana Botizatu

Catedra Otorinolaringologie USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The nose valve

The problem of the nose valve is actual till our days. Using knowledges of clinical anatomy of the nose, particularly the valve zone, permits us to make rinological operations without any damage to respiratory aspect.

Rezumat

Problema cunoașterii valvei nazale rămâne actuală și în ziua de azi. Folosirea cunoștințelor anatomiei clinice a nasului și, în particular, a zonei valvei, permite de a efectua intervenții rinologice fără careva influență negativă asupra respirației.

Actualitatea temei

Respirația nazală este una din funcțiile importante pe care le are omul. Dacă ea este afectată din oricare motiv, atunci aceasta va duce atât la disconfortul pacienților cât și la creșterea probabilității apariției multor patologii. Valva nazală este o structură ce trece de la vestibulul nazal la cavitatea internă a nasului și reglează curentul de aer în cavitatea nazală. [1,3,12]. Cunoașterea anatomiei clinice și a fiziologiei aceste valve, va permite de a respecta toate corelațiile structurilor nazale în timpul intervențiilor rinologice, fără a avea careva daună asupra respirației nazale propriuzise[11,15].