

La rinoscopia anterioară fosele nazale erau îngustate, cu secreții mucoase sau sero-mucoase, iar pituitara nazală era hiperemiată și edemațiată.

Toți pacienții au fost tratați după o schemă de tratament care a inclus:

- Marimer x 2 ori/zi 10 zile.
- Rhinostop 1 tab x 3 ori/zi 7 zile la maturi, iar la copii o linguriță de sirop x 2-3 ori pe zi (în dependență de vârstă)
- Sinupret 2 tab. X 3 ori/zi 10 zile la maturi, iar la copii 10 – 15 picături x 3 ori/zi (în dependență de vârstă).

Toate preparatele au fost bine tolerate de către pacienți. Cazuri de reacții alergice nu s-au înregistrat.

La sfârșitul cursului de tratament simptomatologia s-a îmbunătățit considerabil: au dispărut rinoreea, tusea, cefaleea și edemul peri-orbital. Respirația nazală a devenit liberă. La rinoscopia anterioară mucoasa nazală nu prezenta semne de inflamație.

Pe parcursul unui an de la primirea acestui curs de tratament conservator pacienții nu au contactat infecții severe ale tractului respirator superior.

Concluzii

1. Diagnosticul de rino-sinuzită acută este relativ simplu (pe baza datelor subiective și a semnelor obiective).
2. Preparatele Marimer, Rhinostop și Sinupret au o eficacitate înaltă în tratamentul conservator al rino-sinuzitelor acute.
3. Lipsa complicațiilor la bolnavii cu rino-sinuzită acută tratați după această metodă ne permite să propunem folosirea preparatelor Marimer, Rhinostop și Sinupret în tratamentul rino-sinuzitei acute, fără a apela la antibiotice, fapt foarte important mai ales la copii.

Bibliografie

1. BALLENGER J. Infections of the fascial faces of the neck and floor of the mouth. Disease of the nose, throat, ear, head and neck. Philadelphia, London, 1991, 235 – 242.
2. GRAZ H. Anatomy of the human body 30th Ed. Chap 1985.
3. Stroescu V, Bazele farmacologice ale practicii medicinei, vol. I – II Ed. Medicală, București, 1987.
4. DOROS PH. Guide pratique des medicaments, Maloie, Paris, 1987.
5. GIROND JP, MATHE G, MEZNICL G. Pharmacologie chimique, ed. II, Expansion Scientifique Francaise, Paris, 1988.
6. COSTINESCU N, GÂRBEA ȘT, POPOVICI GH, RACOVEANU V, ȚEȚU I. Otorinolaringologie, vol. I – II, Editura medicală, București, 1964.
7. CHIȚESCU T. Progrese în medicină contemporană. Editura științifică, București, 1992, p.274.
8. CINCA D. Otorinolaringologie clinică. Editura didactică pedagogică, București, 1983, p.419.
9. GÂRBEA ȘT, MOGO I. Rinologie. Patogenia nasului și a sinusurilor paranasale. Editura științifică și enciclopedică, București, 1985, p.599.
10. SARAFOLEANU D, SARAFOLEANU S. Compendiu ORL. Editura Națională, 1997.

TRATAMENTUL ANGINELOR CU AKSEF ȘI PROFILAXIA TONSILITEI CRONICE PRIN VACCINOTERAPIE

VI. Popa, Ofelia Ivasi, Rodion Cușneriuc

USMF „Nicolae Testemițanu” Catedra ORL, Clinica Universitară

Summary

Results of this study show the Aksef efficacy in the non-surgical treatment of severe forms of tonsillitis and the great importance and advantage of vaccine therapy in chronic tonsillitis prophylaxis.

Rezumat

Datele prezentate în această lucrare confirmă eficacitatea preparatului Aksef în tratamentul conservator al formelor grave de angină și importanța vaccinoterapiei în profilaxia tonsilitei cronice.

Actualitatea lucrării

Angina este o boală infecțioasă acută nespecifică a întregului organism, cu apariția tulburărilor histologice (sub formă de alterare, exudație și proliferare) la nivelul organelor inelului limfatic Waldeyer. Acest proces afectează preponderent amigdalele palatine.

Dacă nu este tratată corect și la timp, angina poate genera complicații extrem de grave:

- complicații locale (flegmonul periamigdalian, flegmonul retrofaringian, flegmonul laterofaringian)
- complicații de vecinătate (otita medie acută, sinusita maxilară acută, laringita acută, inflamația ganglionilor limfatici submandibulari și din regiunea mușchiului sternocleidomastoidian)
- complicații la distanță (septicemia amigdaliană, reumatismul, poliartrita, nefrita)
- apariția și dezvoltarea tonsilitei cronice (la copii recidivele de angină provoacă o imunodeficiență secundară pe fondul căreia apare tonsilita cronică)

Tonsilita cronică este o afecțiune cu o incidență crescută (I. Ababii, Vl. Popa) iar tratamentul acestei patologii, atât cel conservator, cât și cel chirurgical, nu este întotdeauna eficient.

Actualmente tonsilectomia este una dintre cele mai frecvente intervenții chirurgicale efectuate în clinicele de otorinolaringologie. Dar s-a constatat că bolnavii care au suportat tonsilectomie suferă mai frecvent de faringită cronică (în special forma atrofică), laringită, traheită, bronșită, pneumonie, comparativ cu cei care nu au fost supuși intervenției chirurgicale.

În anul 2000, academicianul A.Ș.M. Ion Ababii a afirmat:

„Având în vedere rolul important pe care îl îndeplinesc amigdalele palatine, dar și complicațiile grave ce pot să apară în urma inflamațiilor cronice ale formațiunilor limfoide, clinicienii se confruntă cu dilema prin care trebuie să decidă între păstrarea amigdalelor ca organe ce își exercită la maximum funcțiile în perioada copilăriei și necesitatea extirpării lor atunci când își pierd rolul imunologic”

Medicii otorinolaringologi de la Kiev interzic categoric practicarea amigdalectomiei la copii.

Mult timp s-a considerat că agentul patogen al tonsilitei cronice este streptococul β -hemolitic grupa A și preparatul de elecție în tratamentul anginelor a fost Penicilina.

După datele din literatură, frecvența reacțiilor alergice la penicilină variază de la 0,5% la 16%, iar în 0,01-0,3% din cazuri apar complicații grave la administrarea acestui medicament.

Conform datelor recente obținute la analiza bacteriologică a secrețiilor purulente din focarele de infecție ale pacienților cu forme grave de angină, în ultima vreme s-a constatat o asociere microbiană incluzând preponderent *Stafilococcus Aureus*, *Streptococcus Haemolyticus*, *Streptococcus Epidermidis* și *Enterococcus spp.*

Stafilococcus Aureus posedă un arsenal bogat de factori de patogenitate și, de aceea, poate provoca peste 100 forme nozologice de boală la om.

Rezultatele unui studiu empiric efectuat pe un lot de 50 pacienți cu forme grave de angină au arătat superioritatea netă a preparatului Aksef (cu substanța activă cefuroxim) față de Penicilină în tratamentul anginelor.

Ulterior, continuând acest studiu cu investigarea bacteriologică a secrețiilor purulente din focarele de angină, au fost confirmate rezultatele obținute empiric.

Vaccinoterapia ca metodă de tratament a bolilor infecțioase a fost propusă de către imunologul britanic Rait între anii 1902-1904 și folosită pe larg timp de câteva decenii. Treptat, odată cu introducerea în practică a antibioticelor, interesul față de această metodă a scăzut considerabil. Dar, din primii ani de folosire a antibioticelor s-a observat proprietatea multor specii microbiene de a deveni rezistente la acțiunea unuia sau mai multor antibiotice. Această proprietate a fost studiată atent la tulpinile de *Stafilococcus Aureus*, inclusiv izolate cât și de la bolnavii cu angine repetate.

Autovaccinul este o suspensie de bacterii moarte, izolată din focarul cronic de la un pacient și injectată aceluiași pacient pentru a stimula formarea de anticorpi. Suspensia microbiană (în concentrație de 10^9 germeni/ml conform etalonului turbidimetric Mac Farland) se inactivează prin încălzire la temperatura de 60°C , se verifică sterilitatea și se administrează pacientului. Cursul de tratament include 8-10 injecții subcutanate, începând cu 0,1 ml la un interval de 3-4 zile și mărinnd doza cu 0,1 ml la fiecare injecție.

Din punct de vedere antigenic, suspensia de bacterii omorâte nu se deosebește de bacteriile vii ale pacientului și anticorpii formați le inactivează pe acestea. Anticorpii ating concentrația maximă în sângele pacientului la sfârșitul cursului de tratament și se mențin în titru înalt timp de 6-9 luni. Sub protecția lor are loc procesul de regenerare a țesutului afectat.

Prin vaccinoterapie se realizează stimularea specifică și nespecifică a sistemului imun al pacientului, foarte utilă în cazul bolnavilor hipoglobulinemici.

Autovaccinul nu conține conservanți și nu posedă proprietăți toxice (teratogene, hepatotoxicitate, nefrotoxicitate). Nu provoacă dismicrobism și este ușor suportabil.

Este foarte importantă selectarea și pregătirea pacienților pentru această metodă, deoarece autovaccinarea nu poate fi aplicată în caz de perioadă acută a bolii.

Scopul lucrării

Este de a stabili eficacitatea preparatului Aksef în tratamentul anginelor și de a aprecia rezultatele vaccinoterapiei în profilaxia tonsilitei cronice.

Sarcinile lucrării

- Selectarea pacienților cu recidive de angină și pregătirea lor pentru vaccinoterapie.
- Determinarea semnelor subiective și obiective ale pacienților înainte și după tratament.
- Aprecierea florei microbiene prin analiza bacteriologică a secrețiilor purulente din focarele de angină, înainte și după tratament.
- Studiarea eficacității preparatului Aksef în tratamentul pacienților cu forme grave de angină.
- Supravegherea pacienților pe o perioadă de doi ani, cu scopul de a stabili rezultatele în dinamică ale tratamentului.

Material și metode

În perioada 2006-2008 am studiat eficacitatea vaccinoterapiei pe un lot de 65 pacienți cuprinși în următoarele categorii de vârstă:

Vârsta ani	Nr. de pacienți
2-7	14
8-18	9
19-40	37
> 40	5
Total	65

Media recidivelor de angină a fost:

Vârsta ani	Recidive de angină
2-18	>3 ori / an
19-40	2-3 ori / an
> 40	2 ori / an

Toți pacienții incluși în acest studiu au suportat forme grave de angină, preponderent eritemo-pultacee și ulceronecrotice.

În studiu nu au fost incluși pacienți cu decompensări grave din partea cordului, articulațiilor, rinichilor, glandei tiroide sau sistemului nervos central.

De la un număr de 63 pacienți s-a izolat *Stafilococcus Aureus*. În 16 cazuri acesta a fost prezent în monoinfecție și au fost pregătite monovaccinuri.

La 15 pacienți *Stafilococcus Aureus* s-a depistat în asociere cu *Streptococcus Haemolyticus* și *Streptococcus Epidermidis*, iar la 32 pacienți în asociere cu *Enterococcus spp.*

În primul caz au fost pregătite vaccinuri din 3 specii microbiene, iar în al doilea caz din două specii microbiene.

De la 2 pacienți a fost izolat *Streptococcus Haemolyticus* în monocultură și au fost pregătite monovaccinuri.

Pentru tratamentul puseelor de angină și pregătirea pacienților în vederea autovaccinării a fost indicat preparatul Aksef, în formă injectabilă și tabletată, după următoarea schemă:

Vârsta pacientului	Doza de administrare a preparatului Aksef	Forma de administrare	Durata cursului de tratament
2-7 ani	750 mg	½ flacon x 2 ori/zi i/m	Primele 2 zile
	250 mg	1 tab. x 2 ori/zi	Următoarele 5 zile
8-18 ani	750 mg	1 flacon x 2 ori/zi i/m	Primele 3 zile
	500 mg	1 tab. x 2 ori/zi	Următoarele 5 zile
19-40 ani	750 mg	1 flacon x 2 ori/zi i/m	Primele 3 zile
	500 mg	1 tab. x 2 ori/zi	Următoarele 5 zile
> 40 ani	500 mg	1 tab. x 2 ori/zi	7 zile

Preparatul antimicrobian Aksef este o cefalosporină de generația II-a cu spectru larg de acțiune, inclusiv față de tulpinile producătoare de betalactamaze și activă față de stafilococ. Substanța activă a acestui antibiotic este cefuroxim, eficientă față de stafilococ.

Pe parcursul acestui studiu nu au fost înregistrate cazuri de reacții alergice sau de intoleranță la Aksef.

Ca tratament antimicrobic la toți pacienții s-a indicat Mycosyst, la maturi 1 capsulă de 150 mg, iar la copii 1 capsulă de 50 mg la a IV-a zi de antibioticoterapie.

Rezultate

- Efectul terapeutic s-a observat peste 2-3 săptămâni de la debutul vaccinării. Au dispărut odinofagia și discomfortul în cavitatea orofaringiană, iar aspectul farinoscopic al amigdalelor palatine s-a îmbunătățit considerabil. (amigdalele palatine s-au micșorat în volum iar suprafața lor a devenit netedă, hiperemia locală și de la nivelul pilierilor anteriori a dispărut.)

- La pacienții cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani s-a obținut o remisie stabilă în 70% din cazuri. Restul pacienților au repetat cursul de vaccinoterapie la un interval de 6 luni.

- Nici unul din pacienții incluși în acest studiu nu a necesitat amigdalectomie.

Concluzii

1. Preparatul Aksef este eficient în tratamentul formelor grave de angină.
2. Vaccinoterapia este o metodă complexă de profilaxie a tonsilitei cronice.
3. Prin tratamentul corect al anginelor și folosirea vaccinoterapiei se poate evita amigdalectomia.

Bibliografie

1. GALEȚCHI P, BUIUC D, PLUGARU Ș. „Ghid practic de microbiologie” T.E.P. „Știința” Chișinău 1997, pag 84
2. POPA V. „Хронический тонзиллит” Chișinău 1984, pag 254
3. COSTANESCU N, GÂRBEA ȘT, POPOVICI GH, RACOVEANU V, ȚEȚU I. Otorinolaringologie, vol. I și II, București, Editura medicală, 1964, pag 629-903
4. PĂUNESCU C. Otorinolaringologie pediatrică, București, Editura medicală, 1981, pag 416
5. MEDUNIȚÎN NV. „Vaccinoterapia” Triada-X, Moskova 1999, pag 23
6. KARAULOV AV. „Клиническая иммунология и аллергология” MIA Moskova 2002, pag 18
7. DRANNIC GN. Клиническая иммунология и аллергология” MIA Moskova 2003, pag 33
8. POKROVSKIY VI, POZDEEV OK. „Microbiologia medicală” Moskova 1998, pag 65
9. COHEN B. „Les infections ORL aproves ches les inject. Immunodeprimes. Revue officielle de la Societe Francais dORL et de Pathologic cervico-faciale, 1992, nr. 15, 57-59
10. DAVID NF, Fairhanks M.D. Pochet Guide to Antimicrobial Therapy in Otorinolaringology, Alexandria, 1993, pag 120

ETIOLOGIA FORMELOR SEVERE DE OTITĂ EXTERNĂ

Luminița Rădulescu, Corina Butnaru, Aurelian Curcă, Dan Mârțu

Disciplina ORL – Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr.T.Popa” Iași, Romania

Rezumat

Otita externă este un proces inflamator al canalului auditiv extern, care poate evolua acut sau cronic. Otita externă acută afectează anual 4 % în timp ce forma cronică afectează 3-5% din populație. Incidența sa înregistrează un maxim între 5-15 ani, pentru a scădea după vârsta de 50 ani și este frecvent asociată cu umiditatea crescută, căldura, traumatismele locale, profesii care presupun contactul local cu apa (salvamar), aparate auditive.

Frecvența relativ mare a afecțiunii precum și rezistența la tratamentul local și general al unor cazuri determină un interes constant privind acest subiect. Din acest motiv am considerat interesant un studiu privind particularitățile privind etiologia otitelor externe în zona noastră geografică.

Summary

External otitis is an inflammatory process of the skin that cover external auditory meatus with either chronic or acute evolution. Acute external otitis has an incidence of 0.4% whereas the incidence of chronic external otitis is 3-5%. The most affected group of population is that with age between 5 and 15 years old, than after 50 years of age, the incidence decline. External otitis is associated with: high humidity, high temperature, local trauma, profession that imply water entrance in the auditory canal (swimmers), hearing aids etc. The high frequency of the disease as well as the difficulties encountered in certain cases in treating it explain the constant interest for this subject. In this study we present the particularities regarding the etiology of the disease.

Pacienți și metodă

Studiul a fost efectuat pe 41 cazuri de otită externă severă, internați în Clinica ORL a Spitalului Clinic de Recuperare – Iași, în intervalul 01.04.2007-01.01.2008.

În alegerea lotului de pacienți s-au luat în considerare următoarele criterii:

- prezența fenomenelor clinice caracteristice (prurit, durere, eritem și mai ales edem cu obliterarea conductului);
- rezistența la tratament incluzând doar cazurile ce au urmat minim o cură de tratament local sau general fără rezultat, cu persistența simptomatologiei o perioadă mai mare de 3 săptămâni;
- examenul bacteriologic sau parazitologic pozitiv;

Recoltările bacteriologice și micologice au fost efectuate din conductul auditiv extern fără aseptie prealabilă direct din secreția otică.