

и замене фальцетного механизма голосообразования. При стробоскопическом исследовании наблюдалась асинхронность и дискоординация колебаний голосовых складок, изменение их амплитуды.

Акустические изменения ярко выражены. Голос подростков характеризовался непостоянством и вариабельностью: тональность звучания менялась в пределах октавы, поочередно включался головной и грудной регистры, изменялся диапазон, интонационные возможности ограничены.

Для **2 группы** характерны выраженные воспалительные изменения, скопление слизи на голосовых складках, гиперемия, отечность, ограничение подвижности, при фонации - щель треугольной формы.

У пациентов **3 группы** в средней трети голосовых складок диагностировали отечные узелки с обеих сторон. Для обследованных **4 группы** было характерно ограничение подвижности при физиологичном дыхании и недосмыкание голосовых складок во время фонации, сохраненные звучные кашель и смех. У подростков **5 группы** наблюдали гипертрофию вестибулярных складок, напряженное смыкание голосовых складок и твердую атаку голосообразования.

При спектрографическом исследовании отмечалось смещение частоты основного тона в область низких частот, наличие шумовых компонентов. Спектрограммы имели отличительные особенности в каждой из выделенных групп и не совпадали с возрастной нормой.

Исследование физиологического и фонационного дыхания позволило установить достоверные отличия от нормативных показателей: ограничение времени фонации, и коэффициента C/3, дискоординацию носового и ротового дыхания.

Выводы

Раннее скрининговое и комплексное клиничко-психолого-педагогическое обследование позволяют выявить подростков «группы риска», у которых стойкие затяжные изменения голоса детерминированы биологическими, сенсорными, психологическими и социальными факторами. Нарушения голоса вариативны и могут проявляться нестабильностью звучания, обусловленной не только физиологическими мутационными процессами, но и узелками голосовых складок, ларингитом, функциональными расстройствами.

Литература

1. ВАСИЛЕНКО ЮС. Голос. Фониатрические аспекты / Ю.С.Василенко. – М.: Энергоиздат, 2002. с. 480.
2. ВАСИЛЕНКО ЮС, ИВАНЧЕНКО ГФ. Микроларингостробоскопическое исследование больных с функциональными заболеваниями гортани // Вестник оториноларингологии. 1978, № 3. с. 72 -76.
3. ВАСИЛЕНКО ЮС, КОЧЕТЫГОВ ДМ. Мутационные дисфонии, причины их развития, лечение. // Актуальные проблемы фониатрии: Тез. Докл. междунар. Симпозиума 29-31 мая в г.Екатеринбурге. М., 1996. с. 19-22.
4. ВАСИЛЕНКО ЮС, ОРЛОВА ОС, УЛАНОВ СЕ. Нарушения голоса в период мутации. Особенности фонетической работы: Метод. рекомендации. М. 1984. с. 14.
5. ВИЛЬСОН ДК. Нарушения голоса у детей / Д.К. Вильсон. – М.: Медицина, 1990. с. 446.
6. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / Под ред. М.Р.Богомильского, В.Р.Чистяковой. В двух томах. Т. I. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. с. 660.
7. ОРЛОВА НД. Развитие голоса девочек. – М.: АПН РСФСР, 1960. с. 103.
8. ОРЛОВА ОС. Детский голос в норме и патологии / О.С.Орлова. М., 2002. с.24.
9. РАДЦИГ ЕЮ. Нарушения голоса у детей и подростков. Этиология, клиника, диагностика и лечение: автореф. дис... на соиск. учен. Степ. д-ра мед. наук.
10. ARONSON AE. Clinical voice disorders. 3rd edition: Thieme New York, 1990, p.396.
11. GREENE M, MATHIENSON L. The voice and its disorders. / 5th Edit. — London and New Jersey: Whurr Publishers, 1995.p. 425.

TONSILITA: TRECUTUL, PREZENTUL ȘI VIITORUL EI

V. Popa, D. Ababii, Iu. Gafenco, T. Mologhin, O. Ivasi

Actualitate

Odată apărută pe Mapamond ființa umană cu ea au fost aduse și multe boli. Printre acestea putem numi cu certitudine și tonsilita. Necatînd la faptul că tonsilita a fost cunoscută încă înaintea lui Hipocrate și Avicena multe aspecte ale ei nu sunt pe deplin cunoscute de toată opinia medicală iar unele din ele prezintă diferite aprecieri și opinii.

Până astăzi rămân de a fi soluționate așa probleme a tonsilitei cum ar fi:

- Etiologia
- Patogenia
- Clasificare
- Tratamentul și altele

Pe parcursul multor decenii tactica de tratament în caz de tonsilită a fost și este discutabilă. Un argument însemnat în susținerea ideii că tonsilita este o patologie actuală este faptul că incidența ei este înaltă și constituie de la 5 – până la 50%. După cum am menționat nu există clarități în ceea ce privește etiologia, patogenia, clasificare, tratament și altele. În aceleași timp Organizația Mondială a Sănătății consideră că tonsilita este cauza a mai mult de 120 de afecțiuni ale organismului uman. Deci tonsilita prin consecințele sale asupra sănătății populației nu prezintă numai o problema medico-biologică ci și una socială.

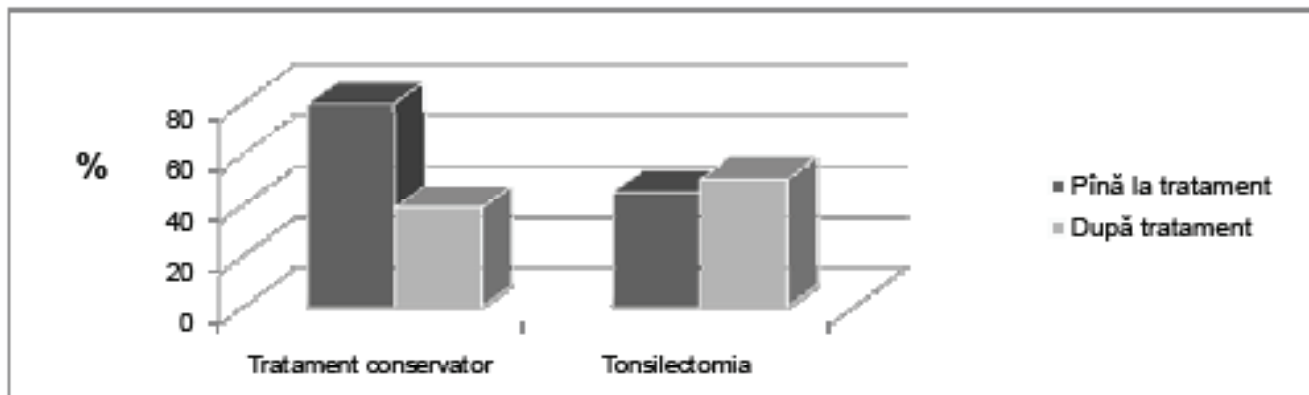


Figura 1. Morbiditatea populației prin gripă în dependență de metoda de tratament a tonsilitei cronice

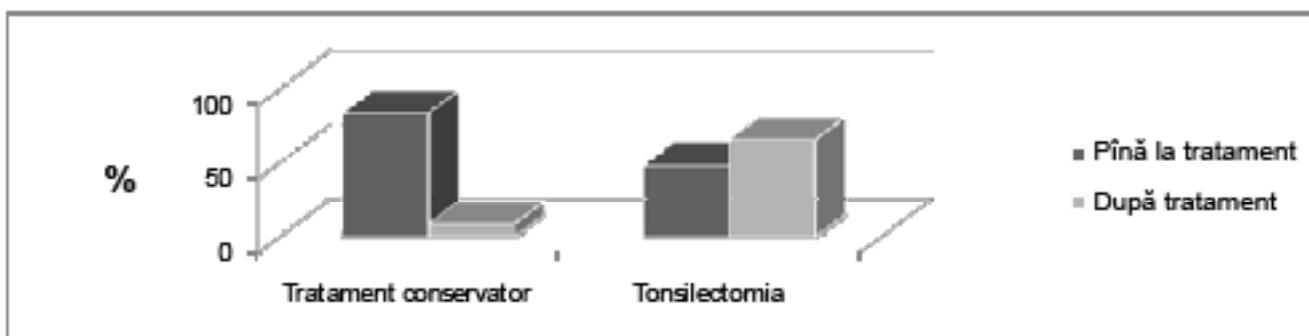


Figura 2. Morbiditatea populației prin catar respirator în dependență de metoda de tratament a tonsilitei cronice

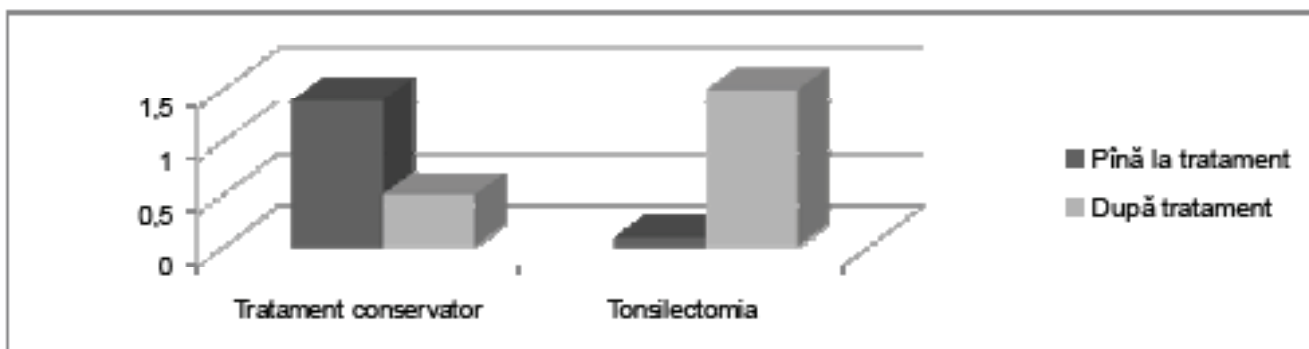


Figura 3. Morbiditatea populației prin rinită acută și cronică în dependență de metoda de tratament a tonsilitei cronice

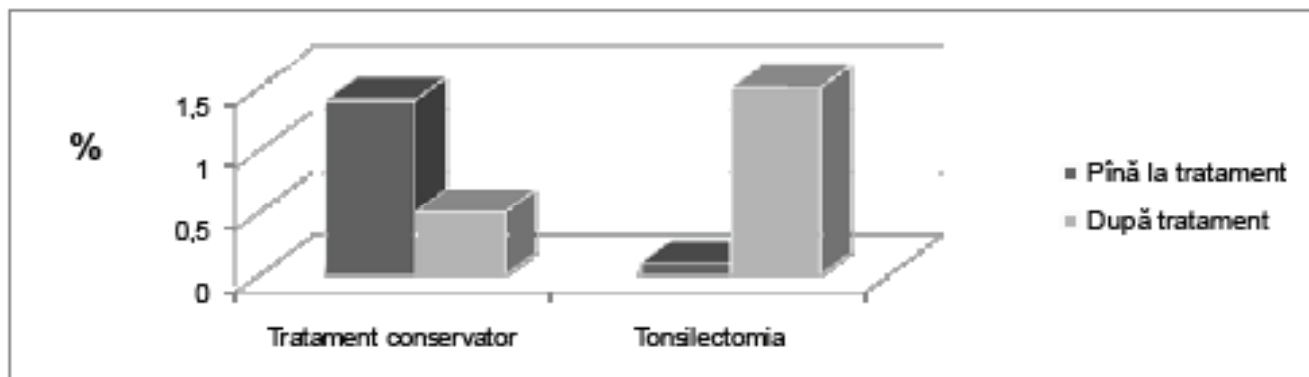


Figura 4. Morbiditatea populației prin sinuzită în dependență de metoda de tratament a tonsilitei cronice

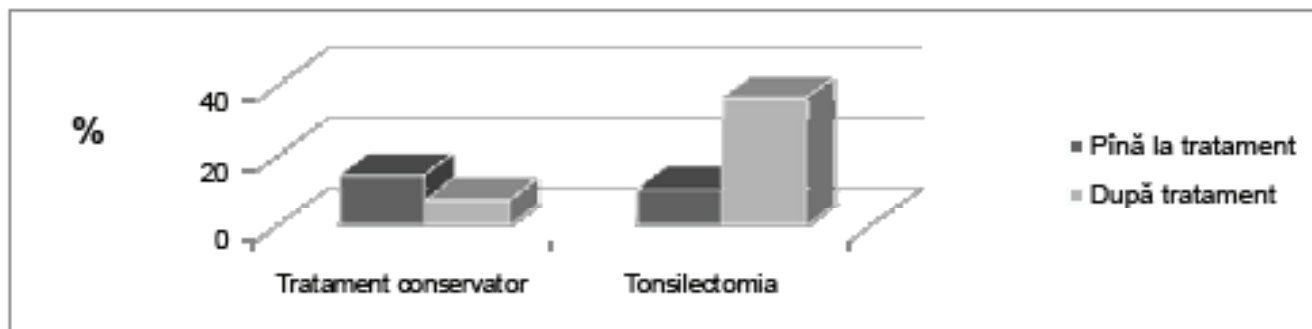


Figura 5. Morbiditatea populației prin faringită în dependență cu metoda de tratament a tonsilitei cronice

Cercetările noastre au arătat că după tonsilectomie la bolnavi se dezvoltă diferite afecțiuni a căilor aero-digestive.

Necăutînd la toate aceste fapte în ultimii 20 de ani tonsilita nu se mai discută la conferințe și congrese Naționale și Internaționale.

Reieșind din cele descrise mai sus scopul lucrării a fost de a aborda problema tonsilitei în plan istoric.

Obiectivele studiului

- Concretizarea definiției tonsilitei
- Descrierea etiologiei și a patogeniei
- Argumentarea clasificării
- Stabilirea indicațiilor și contraindicațiilor către tratamentul chirurgical și conservator
- Propunerea măsurilor de profilaxie a tonsilitelor.

Material și metode

La dispoziția noastră s-au aflat sursele bibliografice din cele mai vechi timpuri și până în zilele noastre. De asemenea au fost folosite materialele din arhivele instituțiilor medico-sanitare din Republica Moldova.

Discuții

Tonsilita sau în limbile română și franceză amigdalită se definește ca o afecțiune avînd la baza sa inflamația țesutului limfoid din tonsilele palatine, care prezintă o parte componentă a cercului limfoepitelial faringian descris de Waldeyer. Ea poate fi acută (angină) și cronică. În literatura medicală se întîlnesc unele abateri de la această apreciere. De pildă – unii autori afirmă că orice inflamație a faringelui poate fi numită angină, alții la cuvîntul angina adaugă și cuvîntul acută.

Clasificarea Internațională a maladiilor din anul 1975, varianta rusă, folosește cuvîntul tonsilită, iar în clasificarea însă din 1990, varianta română se utilizează denumirea de amigdalită acută și cronică. Din datele Dicționarului Medical englez-român, 2000 constatăm că pe primul plan este situat cuvîntul tonsil și pe cel secund – amigdalita. De aceea apar și diferite denumiri: tonsilotom, amigdalotom, tonsilar, amigdalian, tonsillectomie, tonsillitis, angină, amigdalită, tonsilită. Manualul de anatomie clinică în limba franceză din 1998 recomandă de folosit termenul de tonsilită.

Încă de pe vremurile cele mai vechi, această afecțiune se caracteriza prin consecințele grave ale sale, provocînd diverse complicații și avînd o incidență foarte înaltă. Deaceia chiar din antichitate problemele tonsilitei îi preocupa pe „specialiști” din acele timpuri. Însă după cum cunoaștem din sursele bibliografice metodice de diagnostic și tratament nu corespundeau necesităților. Dar altfel nici nu putea fi deoarece cunoștințele de anatomie, fiziologie a corpului uman erau foarte limitate iar metodele de diagnostic și tratament de cele mai multe ori erau empirice și se aplicau după „părerile” celui care le propunea.

De pildă tonsilele palatine în caz de mărire în volum (hipertrofia) sau inflamația lor se înlăturau cu o sîrmă sau se legau cu o ață groasă și se smulgeau până se rupeau din loja lor. Iar în caz de abcedare a lor – ele se „calcau”, adică cu genunchiul sau cu talpa se apăsa pe gât în regiunea proiecției tonsilelor palatine.

A trecut timpul și s-au acumulat date de anatomie, fiziologie. Prin secolul al XIX s-au efectuat studii științifice asupra acestei probleme.

Însă nu se puneau indicații concrete care din tonsilite acute sau cronice pot fi supuse tratamentului chirurgical. Chiar exista în unele state tactica conform căreia tonsilele palatine ca de altfel și apedicele să fie înlăturate la toți copiii până la vârsta de 7-10 ani cu scop de a preveni îmbolnăvirile de apendicită și de angină.

În 1970 de prima dată în lume au fost căpătate date despre funcția imună a țesutului limfoid inclusiv și a tonsilelor palatine. Permanent, în deosebi URSS, se studia tonsilita în general și angina în special. A fost creat laboratorul „Angină” unde activau diferiți specialiști: microbiologi, infecționiști, imunologi și alții pentru a studia multilateral această problema.

Părerile savanților în ceea ce privește funcția și rolul tonsilitelor palatine în organismul uman totdeauna au fost diferite. Unii consideră că ele au multiple funcții, alții din contra afirmă că aceste formațiuni limfoide din faringe n-au nici o funcție. Prin anii 70 a secolului XX s-a stabilit că tonsilele palatine produc limfocitele T și B, imunoglobulinele de clasele A, M, G, D, E, interferonul, lizozimul și alte limfokine și substanțe imunocompetente. Deci ele participă la formarea și menținerea imunității locale și generale. În legătura cu acest fapt nu numai medicii au înțeles valoarea tonsilelor pentru apărarea imună a organismului dar și întreaga societatea.

De asemenea am elaborat și o clasificare a tonsilitelor acute (angina) și cronice care prevede:

Acute:

- angine primare (eritematoase, eritemopultacee și ulceromembranoase);
- secundare (angine din cursul bolilor infectocontagioase: difteria, gripa, scarlatina, poliomielita și anginele din cursul bolilor hematologice: leucemia acută, granulomatoza malignă, mononucleoza infecțioasă și altele).

Cronice:

- specifice (tuberculoza, scleromul, sifilisul)
- nespecifice (compensate, tranzitorie, decompensate)

Tratamentul tonsilitei cronice poate fi:

- Conservator
- Chirurgical

Indicațiile către tratament conservator sunt:

- Tonsilita cronică nespecifică forma compensată
- Tonsilita cronică nespecifică forma tranzitorie
- Tonsilita cronică nespecifică forma decompensată în caz dacă:
 - Bolnavul are contraindicații (absolute sau relative) către operație
 - Bolnavul vremelnic sau definitiv nu dorește să se opereze

Contraindicații absolute:

- Viciu cardiac cu insuficiența cardiacă gradul II-III
- Cardioscleroză avansată cu stenocardie
- Nefrita cronică cu insuficiența nefritică avansată
- Diabet zaharat forma gravă
- Hipertensiunea arterială gr. IV
- Hemofilia și alte patologii sistemului hemato-poetic cu sindrom hemoragic
- Tuberculoza pulmonară în fază activă
- Patologia pulmonară în stare decompensată
- Insuficiența hepatică

Contraindicații relative:

- Cavitatea bucală neasată (carie dentară), alte focare de infecție purulentă, carbuncule, furunculoză
- Boli infecțioase acute (mai ales căilor respiratorii superioare)
- Ultimul trimestru al sarcinii și multe altele

Concluzie

- Tonsilita a fost, este și va fi o problema dificilă a patologiei umane, deoarece au loc schimbări multiple și diverse în ceea ce privește clinica pe de o parte iar pe de altă parte apar noi specii de microorganisme sau are loc mutația celor deja cunoscuți.
- Pe măsura ridicării nivelului de viață, cultură și informație a populației complicațiile anginelor (tonsilite acute) și a tonsilitelor cronice se vor micșora, dar nici într-un caz n-ar dispărea definitiv.
- Se vor propune noi metode de diagnostic și tratament
- În rezolvarea acestei probleme totdeauna vor contribui nu numai otorinolaringologii dar și alți specialiști a medicinei
- Este greu de prognozat cum vor evolua lucrurile în ceea ce privește tactica tratamentului. Cu certitudine se poate de afirmat că tactica tratamentului pe parcursul anilor se va schimba
- Profilaxia tonsilitelor acute și cronice depinde de mai mulți factori: sociali, economici, materiali și medicali.

Bibliografie

1. ПОПА ВА. Хронический тонзиллит. Кишинев, Штиинца. 1984, с. 254.
 2. СОЛДАТОВ ИБ. Лекции по оториноларингологии. Учебное пособие. М 1990.
 3. POPA VL, ANDRIUȚA V, HODONOAGĂ N. Ghid otorinolaringologic. Chișinău 1994, p. 288
 4. LEGENT F, FLEURY P, NARCY P, BEAUVILLAIN C. 5e – édition. ORL. Pathologie cervico-faciale. Masson. Paris, 1999, p.386.
 5. ПАЛЬЧУН ВТ, КРЮКОВ АИ. Оториноларингология. Руководство для врачей. Москва. Медицина 2001. с. 616.
 6. АВАБИ ION, POPA VL. Оториноларингология pentru medici de familie. Chișinău 2002, p.235.
-