

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Asociația științifico-practică a medicilor ORL
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Catedra Otorinolaringologie

ISSN: 1810-1852

Nr. 4 (31), 2008

Supliment

Arta **Medica**

MATERIALELE

**CONFERINȚEI A VIII-a NAȚIONALE ORL
CU PARTICIPAREA INTERNAȚIONALĂ**

**„ACTUALITĂȚI ÎN OTOLOGIE
ȘI RINOLOGIE”**

Chișinău
2008 18 -20
septembrie



Fondatorul revistei:

P.P. „Arta Medica”, înregistrată la
Ministerul Justiției al Republicii
Moldova la 02.12.2002, nr. 123

Adresa redacției:

MD-2025, Chișinău,
str. N. Testemitanu 29,
Spitalul Clinic Republican, et. 12

Versiunea electronică:

http://www.artamedica.md
e-mail: info@artamedica.md

Redactor șef:

Vladimir HOTINEANU

Director publicație:

Oleg CONȚU

Redactor coordonator:

Alexandru FERDOHLEB

Secretar de redacție:

Eduard BERNAZ

Redactor versiune on-line:

Igor ȘTEFANET

Relatii la telefon:

Redactor șef: 72-92-47

Secretar de redacție: 0-6978-7700

Redactor coordonator: 0-7940-1361

Director publicație: 20-55-22;

0-7946-4786

Tirajul editiei 400 ex.

Materialele publicate pot fi
reproduse doar cu permisiunea
redacției revistei

Tipar executat la

„Tipografia Sirius” S.R.L.

MD-2012, Chișinău,

str. A. Lăpușneanu, 2

tel./fax (37322) 23-23-52

COMITETUL ORGANIZATORIC**al conferinței a VIII-a naționale ORL cu participarea internațională****Președinte:**

Academician Ion Ababii

Vice-președinte:

Profesor Vladimir Popa
Profesor Alexandru Sandul
Profesor Mihail Maniuc

Membrii comitetului:

Profesor Ilie Banaru
Conferențiar Ion Antohi
Conferențiar Vasile Andriuța
Conferențiar Eusebiu Sencu
Conferențiar Lucian Danilov
Conferențiar Svetlana Diacova
Conferențiar Vasile Cabac
Conferențiar Sergiu Vetrician
Conferențiar Alexei Gagauz
Dr. Angela Chiaburu
Dr. Sergiu Parii
Dr. Andrei Antohi
Dr. Polina Ababii

Oaspeți de onoare:

Profesor Oleg Borisenco (Kiev, Ucraina)
Profesor Mihai Burueană (București, România)
Profesor Ana Buțeli (Minsk, Belarusi)
Profesor Romeo Calarașu (București, România)
Profesor Vasile Costinescu (Iași, România)
Profesor Constantin Costinov (Moscova, Rusia)
Profesor Nicolai Daihes (Sanct-Peterburg, Rusia)
Profesor Iurii Ianov (Moscova, Rusia)
Profesor Haibula Macaev (Moscova, Rusia)
Profesor Dan Mîrțu (Iași, România)
Profesor Olga Orlova (Moscova, Rusia)
Profesor Didie Portman (Bordo, Franța)
Profesor Boris Puhlic (Vinnita, Ucraina)
Profesor Serghei Puhlic (Odesa, Ucraina)
Profesor Anatolii Rozcladco (Kiev, Ucraina)
Doctor Ilona Srebneac (Kiev, Ucraina)
Profesor Iurii Sușco (Kiev, Ucraina)
Profesor Galina Tarasova (Moscova, Rusia)
Profesor Grigorii Timen (Kiev, Ucraina)
Doctor Pavel Viniciuc (Kiev, Ucraina)
Profesor Dmitrii Zabolotnii (Kiev, Ucraina)
Doctor Irina Zarițkaia (Kiev, Ucraina)
Doctor Dmitrii Zincenco (Kiev, Ucraina)

| | |
|---|----|
| Microchirurgia endoscopica în afecțiunile benigne ale corzilor vocale utilizând instrumente ”reci” sau Laserul CO₂ I.ABABII, V.POPA, V.OSMAN, V.CABAC..... | 5 |
| Polipoza rinosinuzală asociată cu astmul bronșic: aspecte morfopatologice <i>Rhinosinusal polyposis associated with bronchial asthma: morphopathological aspects</i> I. ABABII, E. TUDOR, AL. SANDUL, A. CERNÎI | 7 |
| Результаты поршневой стапедопластики у больных отосклерозом <i>Results of piston stapedoplasty in the patients with otosclerosis</i> О.Н. БОРИСЕНКО, А.Л. БОБРОВ, Ю.А. СУШКО, И.А. СРЕБНЯК, Н.С. МИЩАНЧУК, А.Е. ПЕДАЧЕНКО | 11 |
| Роль аллергического воспаления в развитии экссудативного среднего отита <i>Role Of Allergy in the start of otitis media with effusion</i> Т.В. БУРМИСТРОВА, В.С. КОРВЯКОВ, А.А. ЯКШИН | 13 |
| Микробиологическое исследование глотки у пациентов с дисфониями <i>Microbial study of pharynx of patients with dysphonias</i> Е.Е. КОРЕНЬ, В.А. КОСЕНКО, Ю.Е. СТЕПАНОВА, О.И. КОНОПЛЕВ..... | 15 |
| Tromboflebita de sinus lateral – aspecte particulare clinico-terapeutice V. COSTINESCU, G. STEGARU, D. PALADE, A. AVASILOAIEI..... | 17 |
| Tratamentul conservator al tonsilitei cronice la copii <i>Conservativ Treatment of Chronic Tonsillitis in Childrens</i> L. DANILOV, M. MANIUC..... | 18 |
| Variantele otitelor medii acute la copiii <i>Different Variants of Acute Otitis Media in Children</i> S. DIACOVA, I. ABABII, M. MANIUC, S. PARIU, A. CHIABURU | 20 |
| Перинатальная патология и патогенез нейросенсорной тугоухости <i>Perinatal patology and the neurosensory deaffness</i> Г.М. ДЖАНУМОВА, Г.Д. ТАРАСОВА, А.В. БУДКЕВИЧ..... | 22 |
| Медикаментозная коррекция нейровегетативных расстройств у больных с функциональной дисфонией по гипотонусному типу <i>Medicament Treatment of Neurovegetative Disorders of Patients with Hypofunctional Dysphonias</i> А.Ю. ЮРКОВ, Т.И. ШУСТОВА, Ю.Е. СТЕПАНОВА..... | 23 |
| Трофическое состояние слизистой оболочки гортани при папилломатозе <i>Trophic Condition of a Mucous Membrane of Vocal Cords in the Papillomatosis</i> А.Ю. ЮРКОВ, Т.И. ШУСТОВА, Н.Н. НАУМЕНКО..... | 26 |
| Sforăitul și apneea în somn <i>Snoring and Sleep Apneea</i> D.V. MĂRȚU, C.M. MĂRȚU, L. RĂDULESCU..... | 28 |
| Биологическая обратная связь в комплексной реабилитации больных с мутационной дисфонией <i>Biofeedback in Complex Rehabilitation of Patients with Mutation Dysphonia</i> О.С. ОРЛОВА, Е.М. ЗЕЛЕНКИН, П.А. ЭСТРОВА..... | 31 |
| Нарушения голоса в период мутации <i>The Voice Disorders in the Mutation Period</i> О.С. ОРЛОВА, П.А. ЭСТРОВА, Е.Ю. РАДЦИГ, О.Ю. ФЕДОРОВА | 32 |

| | |
|---|----|
| Tonsilita: trecutul, prezentul și viitorul ei V. POPA, D. ABABII, I.U. GAFENCO, T. MOLOGHIN, O. IVASI..... | 34 |
| Tonsilofaringita VL. POPA, D. ABABII, T. MOLOGHIN, O. IVASI, I. GAFENCO, A. BRAGARU, V. MĂRGINEANU..... | 38 |
| Tratamentul rino-sinuzitelor acute VL. POPA, O. IVASI, L. DAMASCHIN | 40 |
| Tratamentul anginelor cu Aksef și profilaxia tonsilitei cronice prin vaccinoterapie VL. POPA, O. IVASI, R. CUȘNERIUC | 42 |
| Etiologia formelor severe de otită externă L. RĂDULESCU, C. BUTNARU, A. CURCĂ, D. MĂRȚU..... | 45 |
| Amigdalita cronică asociată cu artrita reactivă <i>The Chronic Amygdalite Associated with Reactive Arthritis</i> A. SANDUL, L. GROPPA, C. ANDRONACHI..... | 47 |
| Проблема аллергии у детей с лор патологией <i>The Problem of Allergy in Pediatric ENT</i> Г.Д. ТАРАСОВА | 49 |
| Результаты акустической импедансометрии и тактика лечения экссудативного среднего отита <i>Results of the Acoustic Audiometry and the Tactics of Treatment of Otitis Media with Effusion</i> Г.Д. ТАРАСОВА, Б.В. КРАСИЛЬНИКОВ | 50 |
| Эффективность интратимпанального введения кортикостероидов в комплексном лечении детей с сенсоневральной тугоухостью <i>Efficienci of Intratympanic Introduction of Corticosteroides by the Complex Treatment of Children with Sensorineural Hearing Loss</i> Г.Э. ТИМЕН, В.Н. ПИСАНКО, В.В. КОБЗАРУК, Л.А. КУДЬ, Л.И. КОБЗАРУК..... | 52 |
| Despre cauzele dezvoltării “maladiei urechii operate” <i>About the Causes of Evolution of the “Operated Ear’s Disease”</i> S. VETRICEAN, A. ANTONI, A. BAJUREANU, E. CERNOLEV, V. CHIRTOACĂ, N. GOLOVIN, A. PORTARESCU, I. GAFENCO | 53 |
| Наш опыт диагностики и лечения ювенильной ангиофибромы носоглотки Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, Д.В. ЩЕГЛОВ, Г.Э. ТИМЕН., О.И. ПАЛАМАР, Д.А. ЗИНЧЕНКО, В.И. НЕСТЕРЧУК, А.Л. КОСТЮЧЕНКО, В.Д. ГАЙДУК..... | 56 |
| Наш опыт коррекции седловидных дефектов носа Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, Д.А. ЗИНЧЕНКО, Д.Д. ЗАБОЛОТНАЯ, Н.А. ПЕЛЕШЕНКО, В.Д. ГАЙДУК., А.Л. КОСТЮЧЕНКО | 58 |

MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICĂ ÎN AFECȚIUNILE BENIGNE ALE CORZILOR VOCALE UTILIZIND INSTRUMENTE „RECI” SAU LASERUL CO₂

Prof. I.Ababii, prof. V.Popa, V.Osman, conf. V.Cabac

Clinica ORL, Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „N.Testemițanu”, Chișinău

Actualitatea temei

Afecțiunile benigne ale corzilor vocale reprezintă o problemă dificilă a otorinolaringologiei. Aceste leziuni, pe care astăzi le cunoaștem în variate forme clinico-morfologice localizate, difuze sau paralizii ale corzilor vocale, se manifestă prin evoluție îndelungată, imprevizibilă, adesea cu dereglarea funcțiilor respiratorii sau fonatorii.

Conform studiului realizat în Centrul Clinic Spitalicesc din Belgrad, polipii corzilor vocale constituie 45,1% [Milutinovic Z., 1996], edemul Reinke – 25,7% [Milutinovic Z., 1997], nodulii vocali – 18,9% [Milutinovic Z., 1998] și chisturile – 4,1% [Milutinovic Z., 1998] din toate leziunile benigne ale corzilor vocale. Afecțiunile benigne laringiene sunt diagnosticate mai frecvent în subpopulația feminină, raportul femei/bărbați constituind 3:1 [Poels P.J., 2000].

Rezultate similare au fost obținute și de alți autori: polipii CV s-au constatat în 46,6% cazuri, pseudomixioamele – în 23,7% cazuri, nodulii vocali – în 18,4% cazuri, chisturile laringiene – în 6,3% cazuri, granuloamele – în 2,7% cazuri, hemangioamele – în 2,2% cazuri [Doroș C., 2005; Poenaru M., 2002].

Așadar, afecțiunile diagnosticate cel mai frecvent sunt polipii, nodulii, laringita cronică hipertrofică, edemul Reinke și cancerul laringian [Lehmann W., 1989; Poels P.J., 2000], care constituie 76,6% din toate leziunile laringiene [Lehmann W., 1989].

Actualitatea problemei afecțiunilor benigne ale corzilor vocale se datorează creșterii morbidității acestora care au devenit mult mai frecvente în zilele noastre, cu precădere la adulți, ei fiind mult mai expuși factorilor iritativi favorizanți [Ioniță E., 1998; Ciunacov F., 2002].

Chirurgia corzilor vocale prin laringoscopie indirectă este acum abandonată, iar în unele țări nu mai este deloc practică. Excizia polipilor corzilor vocale sau a nodulilor vocali prin laringoscopie indirectă sau chiar cu ajutorul fibroscopului laringian nu se efectuează deoarece nici măcar un chirurg cu experiență nu poate face operația cu aceeași precizie ca în cazul utilizării microlaringoscopiei [Kleinssasser O., 1991].

Perfecționarea continuă a microlaringoscopiei suspendate, folosind optica măritoare adecvată permite vizualizarea cu precizie a detaliilor microscopice ale mucoasei laringiene.

Microchirurgia endoscopică cu laser CO₂ a încurajat chirurgia laringiană, aceasta este o metodă modernă introdusă în tratamentul afecțiunilor laringiene, care a condus la un salt evident în arsenalul diagnostic și terapeutic al chirurgiei laringiene [Blakeslee D., 1984; Sarafoleanu C., 2001; Lupescu S., 2002; Doroș C., 2002; Albu S., 2003].

Totodată este foarte important să nu se extindă prea mult indicațiile acestei tehnologii extreme [Cotulbea S., 1999]. Este important de a stabili avantajele, dezavantajele, eficacitatea și limitele tehnicilor chirurgicale existente în microchirurgia endoscopică laringiană cu laser CO₂ sau instrumente „reci” – micropense și foarfece.

Practicarea microchirurgiei laringiene cu instrumente „reci” asociată cu laserul CO₂ scurtează uneori durata intervenției, prin efectuarea unor manevre chirurgicale cu instrumentele ei continuarea cu fasciculul laser CO₂ până la finisarea gestului chirurgical [Zainea V., 2005].

Deși au fost înregistrate progrese semnificative în diagnosticarea și tratamentul afecțiunilor benigne ale corzilor vocale, rezultatele obținute nu întotdeauna satisfac cerințele medicinei, rezultând tratamente deficiente cu lezarea chirurgicală intraoperatorie a țesuturilor nobile sănătoase ale corzilor vocale, evoluarea cicatricelor care determină tulburări fonatorii, adesea definitive, și apariția recidivelor.

Varietatea aspectelor clinice și a numeroaselor probleme pe care le ridică tratamentul chirurgical a afecțiunilor benigne ale corzilor vocale necesită găsirea de posibilități noi în rezolvarea chirurgicală optimă pe cale endoscopică a acestor afecțiuni.

Scopul lucrării

Optimizarea eficacității tratamentului endoscopic în afecțiunile benigne ale corzilor vocale prin utilizarea și perfecționarea microchirurgiei endolaringiene.

Obiective:

1. Analiza și evaluarea procedurilor microchirurgicale endoscopice cu instrumente reci și cu laser CO₂.
2. Elaborarea unei noi tehnici chirurgicale de tratament al paraliziei recurențiale bilaterale ale corzilor vocale.
3. Considerații privind indicațiile, tehnicile și limitele folosirii procedurilor microchirurgicale endoscopice cu instrumente „reci” și cu laser CO₂ la pacienții cu afecțiuni benigne ale corzilor vocale.

Material și metoda

S-a efectuat un studiu clinic comparativ privind microchirurgia endoscopică cu instrumente „reci” și cu laser CO₂ în afecțiunile benigne ale corzilor vocale pe un lot de 248 de pacienți internați în perioada 2001-2005. Intervențiile chirurgicale prin microlaringoscopie suspendată cu utilizarea instrumentelor „reci” au fost supuși 135 (54.4%) pacienții și 113 (43.6%) pacienți – intervenției chirurgicale prin microlaringoscopie suspendată cu utilizarea laserului CO₂. (Loturile de bolnavi au fost formate din

bolnavi operați la Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL București și Centrul Republican de Fonoaudiologie, Chirurgie Funcțională și Recuperare ORL Chișinău).

Repartiția cazurilor în funcție de tipul leziunii a fost:

Utilizarea MR și a ML în tratamentul chirurgical al diferitor afecțiuni benigne ale CV

| Patologia | Metoda „rece” | | Metoda laser | | Total |
|----------------------------|---------------|------|--------------|------|-------|
| | abs | % | abs | % | |
| Noduli vocali | 15 | 78,9 | 4 | 21,1 | 19 |
| Formațiuni polipoase | 50 | 46,3 | 58 | 53,7 | 108 |
| Papilomatoza glotică | 15 | 57,7 | 11 | 42,3 | 26 |
| Papilom unic | 9 | 69,2 | 4 | 30,8 | 13 |
| Sinechii anterioare | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 |
| Granulom de apofiză vocală | 3 | 30,0 | 7 | 70,0 | 10 |
| Chisturi ale CV | 9 | 75,0 | 3 | 25,0 | 12 |
| Paralizii bilaterale | 3 | 23,1 | 10 | 76,9 | 13 |
| Laringită cronică | 30 | 22,2 | 15 | 13,2 | 45 |

Intervențiile chirurgicale s-au efectuat cu anestezie generală intubație orotraheală s-au pe stoma traheala. Tehnicile microchirurgicale laringiene au constat în ablația adecvată a leziunilor cu respectarea țesuturilor sănătoase adiacente. În cazul paraliziei bilaterale de corzi vocale în adducție s-a practicat cordectomie posterioară cu pensa mascatoare de coarda vocală „metoda rece” sau utilizând Laserul CO2 cordectomie posterioară Kashima.

Rezultate

Microchirurgia laser s-a aplicat într-un mod frecvent la bolnavii cu paralizie recurențială bilaterală în adducție, cu pondere am folosit această metodă și în cazul leziunilor corzilor vocale cu mobilitate normală.

Noi am utilizat MR statistic semnificativ mai frecvent la pacienții cu noduli vocali (78,9% tratați prin MR și 21,1% tratați prin ML; $P < 0,001$), chisturi ale CV (75,0% tratați prin MR și 25,0% tratați prin ML ; $P < 0,05$), laringite cronice (22,2% tratați prin MR și 13,2% tratați prin ML ; $P < 0,01$), iar ML statistic semnificativ mai frecvent în paralizii bilaterale ale corzilor vocale (23,1% tratați prin MR și 76,9% tratați prin ML ; $P < 0,01$).

La etapa de evidență postoperatorie congestia CV în ambele grupuri de studiu se reduce și este absentă la examenul laringoscopic la 2 luni postoperator.

Frecvența acestui semn se reduce semnificativ și se egalează în ambele grupuri de studiu.

Frecvența acestui semn este similară în ambele grupuri de studiu la 2 săptămâni postoperator (8-38,1% bolnavi în grupuri de tratament prin MR și 3-37,5% bolnavi în grupul de tratament prin ML ; $P > 0,05$) și statistic semnificativ mai mare în grupul de pacienți tratați prin ML la 2 luni postoperator (0-0% bolnavi în grupul de tratament prin MR și 3-42,9% bolnavi în grupul de tratament prin ML; $P < 0,05$).

Insuficiența glotică postoperator la 2 săptămâni se reduce și dispăre complet la 2 luni postoperator.

Rigiditatea corzilor vocale s-a constat la 2 luni postoperator statistic semnificativ mai frecvent în grupul de pacienți tratați prin ML (0-0% bolnavi în grupul de tratament prin MR și 4-57,1% bolnavi în grupul de tratament prin ML; $P < 0,01$).

Discuții

Deși se știe că energia laser cauzează daune termale țesutului sănătos, incluzând stratul epitelial și a straturilor laminei proprii, iar tehnicile chirurgicale cu instrumente „reci” facilitează protejerea maximă a microstructurii stratificate a corzii vocale, decizia în alegerea uneia sau a altei metode chirurgicale este legată de preferințele și aptitudinile individuale ale chirurgului.

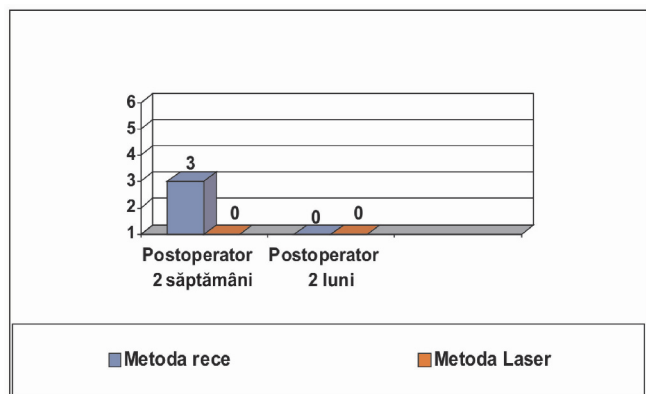


Figura 1. Congestia CV (abs) la pacienții cu afecțiuni benigne ale CV tratați prin diferite metode chirurgicale

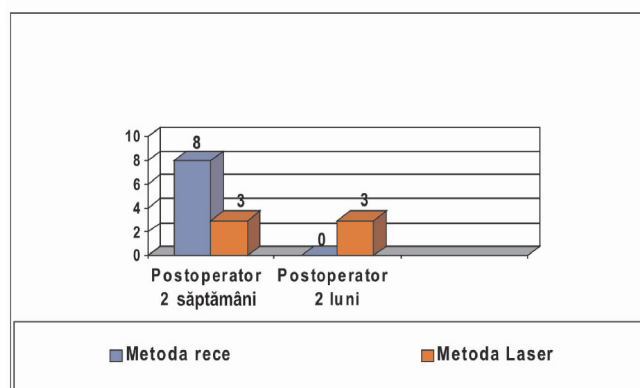


Figura 2. Vibrația diminuată a CV (abs) la pacienții cu afecțiuni benigne ale CV tratați prin diferite metode chirurgicale

Concluzii

Studiul clinic privind morbiditatea leziunilor benigne ale corzilor vocale a relevat că formațiunile polipoase, papilomatoza glotică și laringita cronică hipertrofică constituie circa 72% din totalul acestor leziuni.

Disecția exactă a straturilor superficiale a laminei propria se efectuează mai bine cu instrumente „reci”.

Laserul CO₂ este un component valoros a echipamentului laringologilor și rolul său va fi extins în viitoarea tehnologie performanta cu laser.

Bibliografie

1. ROMEO CALARASU, TRAIAN ATAMAN, VIOREL ZAINEA. Manual de patologie otorinolaringologica și chirurgie cervicofaciala. 2002. Bucuresti
2. TRAIAN ATAMAN. Examinarea Oto-rino-laringologica. Bucuresti 2003.
3. C.SARAFOLEANU. Endoscopia rigida de contact asociata cu chirurgia microscopica laringiana.
4. V.ZAINEA, R.CALARASU, R.HAINAROSIE. Analiza critica a tehnicii videoendoscopiei de contact. Al 31-lea Congres național de ORL și chirurgie cervicofaciala. Timisoara 3-6 mai 2006.
5. ПОГОСОВ ВС, АНТОИВ ВФ, БАНАРЬ ИМ Микроскопия и микрохирургия гортани и глотки., Штиинца, Кишинэу. 1989.

POLIPOZA RINOSINUZALĂ ASOCIATĂ CU ASTMUL BRONȘIC: ASPECTE MORFOPATOLOGICE

RHINOSINUSAL POLYPOSIS ASSOCIATED WITH BRONCHIAL ASTHMA: MORPHOPATHOLOGICAL ASPECTS

Ion Ababii¹, Elena Tudor³, Alexandru Sandul², Anatol Cernii²

¹ profesor universitar, academician al AȘM;

² doctor habilitat în medicină, profesor universitar;

³ doctor în medicină, conferențiar cercetător

USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Cercetarea de față a abordat în complex prin investigații histopatologice și electronoptice caracterele mucoasei din căile respiratorii superioare (mucoasa nazală, polipii nazali) și căile respiratorii inferioare (bronhii) la pacienți astmatici cu și fără de intoleranță la aspirină și la pacienți fără manifestări clinice bronhopulmonare.

Summary

This studies was realized by histopathological and electronoptical characters of mucosa from upper respiratory wais and under respiratory wais to bronchial asthma patients with and without aspirin intolerance and to patients without bronhopulmonary clinical manifestations.

Polipoza rinosinuzală (PRS), în special asociată cu astmul bronșic (AB) și intoleranța aspirinei și a altor antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), persistă în continuare printre problemele cu implicații clinice și sociale deosebite datorită evoluției severe cu tendințe de recidivare, cu dezvoltarea rapidă a dependenței hormonale și invalidizarea precoce a celui afectat ⁶.

În prezent nu există o părere unitară în ceea ce privește clasificarea polipilor după structura histologică, de asemenea în literatură sunt date unice referitor la examinările ultrastructurale ale mucoasei nazale și mucoasei sinusurilor paranasale în caz de PRS.

Scopul a fost examinarea histologică și ultrastructurală ale polipilor nazali, mucoasei nazale și bronhiale la pacienți cu polipoză rinosinuzală.

Material și metode

Examenului histopatologic și electrono optic s-a supus polipi nazali, mucoasa nazală și bronșice recoltate de la 86 de pacienți (47 bărbați, 39 femei) cu polipoză rinosinuzală: divizați în trei loturi: *lotul I* – 32 bolnavi cu PRS fără manifestări clinice bronhopulmonare; *lotul II* – 23 bolnavi cu PRS asociată de astm bronșic; *lotul III* – 31 bolnavi suferind de PRS ce asociază astm bronșic și intoleranță la aspirină.

Au fost investigate secțiuni histologice colorate cu hematoxină și eozin, precum și secțiuni colorate cu albastru de toluidin pentru evidențierea mastocitelor. Examinarea secțiunilor ultrafine a fost realizată la microscopul electronic JEM-1000SX cu tensiunea acceleratorie a acestuia de 60 sau 80 kV.

Rezultate

Examenul histopatologic a relevat ponderea deosebită a polipilor acoperiți cu epiteliu pseudostratificat ciliat (epiteliu de tip respirator), care aveau stroma conjunctivă edematoasă, abundent infiltrată cu eozinofile. S-a constatat, însă, existența unor particularități distincte pentru structura epitelului de înveliș și a stromei conjunctive.

Astfel epitelii de acoperire erau majoritar de tip respirator - 76%. Printre alte tipuri epiteliale care tapetează polipii erau și epitelii pluristratificat pavimentos nekeratinizat - 13%, apoi și epitelii intermediari - 11%. Pe unii polipi se găseau distincte două tipuri epiteliale. Epiteliul pseudostratificat ciliat care acoperea polipii nazali era cel mai des infiltrat cu eozinofile și alte tipuri de celule inflamatorii (limfocite, plasmocite, macrofage), iar în numeroase cazuri conținea defecte epiteliale prin descuamarea epitelocitelor.

În circa o treime de polipi acoperiți cu epiteliu respirator s-a pus în evidență fenomenul de hiperplazie a celulelor caliciforme, care produc secreții mucinoase, iar în unii polipi s-a remarcat hiperplazia celulelor bazale de epiteliu pluristratificat ciliat, în cadrul căruia numărul rândurilor nucleare se majora de 2-4 ori.

Epiteliul pluristratificat pavimentos nekeratinizat a avut pondere mai redusă în tapetarea polipilor nazali și era constituit din 10-16 rânduri celulare grupate în trei straturi: bazal, intermediar și superficial. În polipii acoperiți cu acest tip de epiteliu eozinofilele erau mai numeroase în stroma subepitelială și mai rare în profunzime. Descuamările epiteliale au fost mai puțin frecvente.

Epiteliul de tranziție era constituit din celule ale stratului bazal și celulele stratului superficial, reprezentat de un rând de celule cubice mucipare. Acest epiteliu conținea frecvent, în special în polipii dotați cu numeroase eozinofile în stromă, infiltrații de celule inflamatorii. De asemenea s-au pus în evidență arii de descuamare a epitelocitelor.

Glandele caracteristice polipilor glandulari au avut cele mai diverse aspecte de structură și localizare. Unii polipi aveau glande tipice pentru mucoasa nazală, adică mucinoase și muco-seroase de dimensiuni mici, la alții glandele se prezentau chistic dilatate cu epiteliu cubic și aplatizat. În ceea ce privește localizarea, glandele se întâlneau în regiunea subepitelială, în profunzime sau în ambele regiuni. Polipii se difereau de asemenea și prin variabilitatea numerică a glandelor. Polipii glandulari s-au atestat în toate loturile: în I în 56%, în lotul II - 39%, în lotul III - 48%.

Vasele sanguine au variat numeric atât în polipii glandulari, cât și în cei simpli: în piciorușul polipului vasele aveau pereții mai groși, iar mai spre suprafață aveau perete mai efilat prin dilatație foarte manifestă. Țesutul conjunctiv îmbracă ca un manșon vasele sanguine și era mai dens și abundent în piciorușul polipului, de asemenea era mai pronunțat în jurul arteriolelor și mai fin în perimetrul venulelor. Aceste aspecte structurale ale regiunii bazale au variat puțin în loturile comparate.

Circa jumătate din polipii investigați histologic (42%) au fost de textură fibroasă, conțineau țesut conjunctiv mai mult sau mai puțin dens în toată stroma și prezentau edem puțin pronunțat.

Uneori aceștia erau fibro-edematoși, ariile cu fibroză alternând cu edem clar. Polipii fibroși au fost mai frecvenți în loturile I și II, iar în lotul III s-au atestat numai în 4 cazuri. O altă jumătate de polipi erau tip net edematos, țesutul lor conjunctiv fiind vizualizat mai bine numai în jurul vaselor și sub epitelii de suprafață.

Rata polipilor edematoși a fost cea mai înaltă în lotul III 87%, de altfel tot în acest lot s-a observat o corelație inversă între polipii edematoși și cei fibroși, precum și cei vasculari, am pus în evidență câte un singur polip care a fost etichetat ca polip fibros și vascular (polip cu vase sanguine abundente).

Infiltrația inflamatorie era prezentă în cea mai mare parte a polipilor, mai abundentă fiind în jurul vaselor sanguine și sub epitelii de acoperire. În stroma unor polipi infiltrația a fost mai mult sau mai puțin uniformă.

De menționat că în polipi eozinofilele s-au prezentat sub aspectul de celule inflamatorii dominante, urmate numeric de limfocite și plasmocite. Mai rar s-au întâlnit neutrofile. În funcție de abundența eozinofilelor, polipii nazali au fost divizați în *non-eozinofilici* (5 - 40 eozinofile în câmpul de vedere al microscopului) și *eozinofilici* (peste 50 eozinofile în câmpul vizual).

Polipii non-eozinofilici (fig. 1) au fost mai numeroși în lotul I - 26 (81%) din 32, au fost decelați la o treime din pacienții lotului II și erau extrem de rari (la un singur pacient) în lotul III. În ultimul lot infiltrația cu eozinofile a polipilor nazali deseori a fost foarte abundentă: la 20 (65%) pacienți numărul de eozinofile în câmpul de vedere era de peste 100. De altfel infiltrațiile masive cu eozinofile au fost mai frecvente în polipii edematoși (fig. 2), mai rare în polipii fibroși. Intensitatea infiltrației cu eozinofile nu s-a corelat cu alte particularități histopatologice ale polipilor (epiteliul de acoperire, numărul vaselor sanguine, prezența sau absența glandelor).

Mastocitele vizualizate prin colorația cu albastru de toluidină au fost o prezență permanentă în polipii nazali, dar, de regulă, în număr redus: 1-5 mastocite într-un câmp vizual. Mastocitele erau ceva mai numeroase în ariile de acumulare a elementelor inflamatorii (eozinofile, limfocite, plasmocite), aveau dimensiuni mici și un aspect mai frecvent degranulat.

Examenul electrono optic, în polipii tapetați cu epiteliu pseudostratificat ciliat, distinge celule bazale, intercalare, ciliate, mucipare (caliciforme), celule cu microvili apicali. Celulele bazale conțineau nuclee cu puțină heterocromatină, doi-trei nucleoli, numeroase mitocondrii în citoplasmă, rare fascicule de filamente intermediare. Celulele ciliate de la suprafața epitelului și alte tipuri celulare conțineau organite alterate, în special mitocondri cu criste distruse, mitocondri vacuolizate, corpusculi mielini.

S-au mai pus în evidență cili tumefiați cu vezicule delimitate de plasmolemă (fig. 3). Între celule se decelau spații largi, eozinofile, limfocite, macrofagi și, mai rar, plasmocite. Epiteliul pluristratificat pavimentos, întâlnit la suprafața polipilor nazali, era constituit din celule cu numeroase fascicule de tonofilamente în citoplasmă.

Epiteliocitele deseori conțineau în citoplasmă organele alterate și corpusculi mielinici, iar spațiile intercelulare erau lărgite și includeau uneori eozinofile sau alte celule inflamatorii.

De menționat că alterările decelate în ultrastructura epiteliocitelor de acoperire a polipilor nazali erau mult mai pronunțate în polipii eozinofilici, îndeosebi ale pacienților din loturile II și III. Glandele din polipii glandulari erau constituite din epiteliocite cu granule secretorii dense de tip seros și/sau epiteliocite cu granule secretorii mucinoase, care erau ceva mai mari și aveau densitate redusă. În glande s-au decelat alterări celulare asemănătoare celor din epiteliul de acoperire a polipilor. De menționat, însă, că spațiile intercelulare erau rareori lărgite și nu conțineau celule inflamatorii, acestea fiind absente și în lumenul glandelor.

Stroma conjunctivă a polipilor nazali s-a prezentat electronoptic ca țesut conjunctiv lax cu rare fascicule de fibre colagene interpuse printre diferite tipuri de elemente celulare, mai abundente în jurul fibroblaștilor, în vecinătatea glandelor și a epiteliului de acoperire, îndeosebi sub epiteliul pavimentos. Din elementele inflamatorii mai frecvent erau prezente în câmpul de vedere al microscopului eozinofilele, în special în polipii eozinofilici. Aceste celule conțin granule specifice cu matrice opacă și corpuscul cristaloid ceva mai transparent. În eozinofilele degranulate, mai frecvente în lotul III, au fost semnalate numeroase granule specifice fără de substanță opacă. În astfel de granule, matricele se prezentau mult mai transparente, decât corpusculul cristaloid. Semne de degranulare aveau în special eozinofilele penetrante în epiteliile de acoperire, precum și eozinofilele aflate în contact cu alte celule de inflamație.

Întru caracterizarea histopatologică și electronoptică ale mucoasei nazale s-au recoltat probe biopsice din mucoasa cornetului nazal inferior, mucoasa nazală fiind tapetată la nivelul cornetului inferior cu epiteliu pseudostratificat ciliat. Ca și în polipi, erau prezente arii de descumare epitelială, mai frecvente în cazurile când mucoasa nazală era infiltrată abundant cu eozinofile (la pacienții din lotul III).

Infiltrația inflamatorie, în special cea eozinofilică, a fost ne semnificativă la pacienții lotului I, mai pronunțată în lotul II - 43% și 47% la pacienții din lotul III. Prin compararea mucoasei cornetului nazal inferior și a polipului nazal s-a constatat în toate loturile cercetate o infiltrație eozinofilică, precum și edem, mai puțin pronunțat în mucoasa nazală, comparativ cu polipul nazal. În cele trei cazuri menționate de infiltrație eozinofilică mai pronunțată a mucoasei, numărul eozinofilelor în câmpul de vedere a microscopului a fost în jur de 50, mult mai redus ca în polipii eozinofilici ai acestor pacienți. Mastocitele au fost rar întâlnite în mucoasa nazală.

Examenul electronoptic a decelat organele alterate, corpusculi mielinici în citoplasmă, cili tumefiați. Atare schimbări patologice au fost sporadice în mucoasa pacienților din lotul I, dar erau frecvent întâlnite la pacienții din loturile II și III. La ultimii, epiteliul de acoperire a fost frecvent infiltrat cu eozinofile și limfocite.

Examenul histopatologic și electronoptic ale mucoasei bronșice în toate loturile de pacienți, inclusiv în primul grup, epiteliul bronșic era constituit din numeroase celule ciliate, în număr mai redus - din celule calciforme, celule aciliate interpuse printre celulele ciliate, uneori celule endocrine cu granule opace mici, decelate numai în unele fragmente de epiteliu bronșic. Celulele calciforme și se caracterizează de prezența în citoplasmă a numeroase granule secretorii transparente, celulele ciliate se disting prin cili lungi, care au la bază o bandă apicală întunecată, prezența căreia se datorează corpusculilor bazali ai cililor.

Cu excepția unor microvili tumefiați, electronoptic în epiteliul ciliat al pacienților din lotul I nu s-au decelat modificări tisulare și celulare deosebite. În corionul conjunctiv al mucoasei puteau fi întâlnite rare celule inflamatorii, mai frecvent niște limfocite.

În mucoasa bronșică de la pacienții din loturile II și III am decelat alterări severe, sporirea numerică a celulelor calciforme, tendințe marcate de fragmentarea epiteliului cu apariția unor epiteliocite izolate în lumen, prezența celulelor inflamatorii, îndeosebi a eozinofilelor, în lumenul bronșic, de asemenea și în spațiul intercelular.

La pacienții acestor loturi s-au decelat și grupuri din 3-7 celule calciforme, contactând reciproc, microvili ramificați și cili fuzionați cu 2, 3 și 4 seturi microtubulare, învelite cu o singură plasmolemă. Eozinofilele, prezente în lumenul bronșic și în stroma conjunctivă tumefiată cu puține fibre colagene, erau de regulă degranulate și uneori foarte degranulate. Ele deseori aderau cu suprafețele laterale ale epiteliocitelor, de asemenea, contactau intim cu alte celule inflamatorii. Din granulele specifice ale eozinofilelor se remarcă eliberarea unei substanțe proteice opace spre spațiul pericelular din preajma cililor.

Discuții

Datele microscopice și ultrastructurale obținute pot favoriza cu date subtile la înțelegerea particularităților patologice ale polipozei nazale și astmului bronșic, dar permit, de asemenea, și abordarea clasificării polipilor nazali, care rămânea până mai recent o problemă controversată, datorită diversității și variațiilor microscopice inclusiv în același polip și de la o zonă la alta.

Astfel examinarea microscopică și electronoptică asupra polipilor nazali la pacienții cu PRS ce asociază sau nu manifestări clinice din partea CRI ne-a oferit argumente în favoarea clasificării histologice a polipilor nazali în *eozinofilici* și *non-eozinofilici*, care s-a arătat că este de valoare predictivă.

Comparativ cu polipii, mucoasa nazală este mai puțin edemată și infiltrată cu eozinofile, observându-se totuși un edem mai evident în caz de abundență a eozinofilelor. Numărul de eozinofile din secrețiile nazale semnificativ nu diferea la pacienții lotului II și III, deși polipii eozinofilici sunt mai frecvenți în lotul III. Această inconcordanță poate fi legată de o permeabilitate mai mare a epiteliului de la suprafața polipilor din lotul II sau/și prin aportul mare al eozinofilelor lansate în secreții din mucoasa rinossinuzală inflamată în perimetrul polipilor. Din datele noastre, numărul de eozinofile în mucoasa cornetului nazal inferior este mult mai redus decât în polipi, factor care poate interveni în cantitatea globală a eozinofilelor în secreții. Numărul redus de eozinofile în cornetul nazal inferior se poate argumenta prin cantitatea redusă de LTs în mucoasa nazală în comparație cu nivelele semnificativ

înalte ale LTs în polipi nazali⁵, care au proprietăți puternic chemotactice pentru eozinofile și pot fi responsabili pentru eozinofilia tisulară în PRS asociată cu astm bronșic și intoleranță la aspirină.

În bronhii eozinofilele de asemenea sunt mai abundente la astmatici, la aceștia, atât în bronhii, cât și în polipi, un mare număr de eozinofile apar în stare activă: sunt degranulate, cum se constată electronoptic. De asemenea, la astmaticii din lotul II, numărul sporit de eozinofile în polipii nazali și mucoasa bronșică este asociat cu concentrația sporită a Ig E totală în sânge și secreții. Aceste interrelații între eozinofile, mastocite și imunoglobuline se pot explica în linii generale prin prezența la suprafața eozinofilelor și mastocitelor a receptorilor pentru Ig E, prin secreția de mastocite a factorului chemotactic pentru eozinofile.

Asocierea eozinofiliei cu starea alergică este recunoscută, rămân, însă, obscure mecanismele concrete ale eozinofiliei sporite în polipii nazali ai astmaticilor din lotul III. Posibil, acest fenomen se datorează și factorului chemoatractant pentru eozinofile - eotoxinei, produsă de celulele țesutului conjunctiv în ariile de inflamație².

De menționat faptul, evidențiat în această lucrare, cum că în cazul infiltrației abundente cu eozinofile a polipilor nazali și mucoasei bronșice se constată edem mai pronunțat al mucoasei și leziuni celulare în epiteliul de la suprafața mucoasei. Edemul stromal e cauzat de permeabilitatea crescută a vaselor din polipi sub acțiunea eozinofilelor activate și histaminei bazofilelor, posibil și de factorii chemoatractanți pentru eozinofile, localizați în endoteliu, cum este eotoxina-2². Defectele epiteliale au fost mult mai frecvent observate în polipii cu infiltrație eozinofilică abundentă și mult mai frecvent în polipi comparativ cu mucoasa cornetului nazal inferior cu infiltrația eozinofilică mult mai redusă în toate cazurile cercetate. Evident, prezența cililor tumefiați printre cei cu aspect normal la suprafața epiteliului respiratoriu al polipilor nazali nu poate fi interpretată ca artefact, precum și fuziunea cililor din epiteliul bronșic la astmatici. În literatura de specialitate nu s-a găsit descrierea acestui fenomen de fuzionare care rezultă cu formarea cililor de grosime sporită, ce conțin 2, 3 sau 4 seturi microtubulare, înconjurate de o membrană comună. Alterările epiteliale, inclusiv apariția cililor tumefiați și fuzionați, descrisă în această lucrare, ar putea fi generate de acțiunea proteinei bazice majore, eliberate de eozinofilul activat⁴. În acest context, remarcăm datele noastre electronoptice cu privire la prezența în apropierea cililor epiteliului bronșic a produsului proteic opac, eliberat de eozinofil. În altă ordine de idei, se cere explicat faptul prezenței cililor fuzionați în bronhii la astmatici și absența acestora în polipii nazali. Dacă această fuziune e cauzată totuși de eozinofile și nu de alți factori, este necesar să se țină seamă, cum s-a constatat electronoptic, de prezența permanentă a eozinofilelor la suprafața apicală a celulelor ciliate din bronhii și absența acestora pe epiteliul polipilor nazali. Ținem să subliniem că acest fapt nu e legat de pasajul mult mai sporit al eozinofilelor prin epiteliul bronșic. Cum am pus în evidență, concentrația eozinofilelor în secrețiile bronhiale lotul II și lotul III nu diferă mult de concentrația acestora în secrețiile nazale.

Se poate afirma, deci, că eozinofilele rămân mult timp fixate la suprafața epiteliului bronșic și sunt eliminate rapid cu fluxul de secreții de pe epiteliul polipilor nazali, precum și al mucoasei învecinate. Eozinofilele pot fi mult timp reținute la suprafața epiteliului bronhial de mucus care este foarte vâscos și conține benzi de celule epiteliale descuamate (spiralele Curschmann) numeroase eozinofile și material cristalin alcătuit predominant din proteina bazică majoră derivată din granulele eozinofilelor activate (cristale Charcot-Leyden)⁴. Hipersecreția de mucus este cauzată la astmatici de hiperplazia celulelor caliciforme în epiteliul bronhial, a fost pusă în evidență în această lucrare, fiind cunoscută și anterior. Se consideră că sporirea numerică a celulelor mucipare în epiteliul bronhial este stimulată la astmatici de unele citokine, în special de IL-13 produsă de T helperi și mastocite, citokină implicată în stimularea producerii de plasmocite a Ig E³.

Din cercetările noastre, hiperplazia celulelor caliciforme poate fi prezentă în polipii nazali, cel puțin în o parte din aceștia, însă contribuția mucinei în formarea secrețiilor nazale nu e atât de mare ca în bronhii, întrucât mai există secrețiile glandelor seroase și, în caz de polipoză, transsudatul din polipii edematoși. În acest fel, se poate conchide că la astmatici expunerea cililor la acțiunea eozinofilelor și a altor factori nocivi este de o durată mult mai mare în bronhii, comparativ cu cavitatea nazală. Instalarea în bronhii a patologiei ciliare mult mai severe, la rândul său, contribuie la reținerea secreției vâscoase în bronhii, factor ce conduce la agravarea stării pacientului cu astm bronșic.

Rezultă că abundența de eozinofile este un factor hotărâtor în instalarea edemului stromal în polipi și chiar în alterarea epiteliului respiratoriu și creșterea permeabilității lui, de prezența excesivă a eozinofilelor atât în secrețiile nazale, cât și în secrețiile bronhoalveolare. După recrutarea guvernată, cum am menționat deja, de diverși factori (mediatori) ai inflamației, eozinofilele infiltrază mucoasa căilor respiratorii, sporesc permeabilitatea vasculară, produc edemul, alterează epiteliul de acoperire (dezasamblează joncțiunile intercelulare), sporesc permeabilitatea acestuia, în mare măsură, datorită mediatorilor săi numeroși, proteinei bazice majore și proteinei eozinofilice cationice¹. În sfârșit, tot eozinofilele pot fi incriminate în hiperplazia celulelor caliciforme ale epiteliului respiratoriu și hipersecreția de mucus, în tumefierea și fuziunea cililor la astmatici.

Din toate acestea se poate deduce că clasificarea histologică a polipilor nazali trebuie în primul rând să scoată în evidență faptul dacă polipul examinat este *eozinofilic* sau *non-eozinofilic*, deoarece numai aceste proprietăți ale polipilor nazali au o importanță clinică și predictivă. În caz de infiltrație eozinofilică sporită a polipului nazal, pacientul necesită o investigație pluridisciplinară (alergolog, imunolog, pneumolog).

Concluzii

Examinarea microscopică și electronoptică asupra polipilor nazali ne-a oferit argumente în favoarea clasificării histologice a polipilor nazali în *eozinofilici* și *non-eozinofilici*.

În mucoasa bronșică al pacienților cu polipoză rinosinuzală fără manifestări clinice bronhopulmonare s-au decelat microvili tumefiați iar în corionul conjunctiv al mucoasei rare celule inflamatorii, mai frecvent limfocite.

Bibliografie

1. BERNSTEIN IM. The molecular biology of nasal polyposis. // Curr. Allergy Asthma Rep., 2001, 1 (3): 262-67.
2. CAVERSACCIO M, HARTNELL A, CALNAN D, JOSE P, MASKAY I. et al. The role of chemokines in nasal polyyps. // Schweiz Med. Wochensh., 2000, 125 (Suppl. 5): 92-5.

3. LAOKILI J, PERRET E, WILLEMS T. et. al. IL – 13 alters mucociliary differentiation and ciliary beating of human respiratory epithelial cells. // J. Clin. Invest., 2001, 108 (12): 1817-24.
4. MIHALȚAN F, ULMEANU R, STOICESCU I. ș. a. Astmul. Ce este și cum îl tratăm. București, 1998, 130 p.
5. NIZANKOWSKA E, SZCZEKLIK A. Asthma and aspirin intolerance // Rev. Mal. Respir., 2000, 17 (1, pt. 2): 255-64.
6. SCHMID M, GODE U, SCHAFFER D, al. Arachidonic acid metabolism in nasal tissue and peripheral blood cells in aspirin intolerant asthmatics. // Acta Otolaryngol., 1999, 119 (2): 277-80.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРШНЕВОЙ СТАПЕДОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

RESULTS OF PISTON STAPEDOPLASTY IN THE PATIENTS WITH OTOSCLEROSIS

О.Н.Борисенко, А.Л.Бобров, Ю.А.Сушко, И.А.Сребняк, Н.С.Мищанчук, А.Е.Педаченко

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И.Коломийченко АМНУ» (Киев)

Summary

The aim of our study was to evaluate the functional results of stapes surgery and to compare the effectiveness of piston stapadoplasty in the patients with fenestral and combined (fenestral and cochlear) forms of otosclerosis. 260 consecutive ears in 227 patients affected by otosclerosis underwent surgery between 2001 and 2007 in the Kolomyichenko Otolaryngology Institute (Kiev) by one surgeon. There were 169 cases with combined otosclerosis and 91 cases with fenestral otosclerosis. All cases underwent similar small fenestra stapedotomy technique with using Teflon piston 0,6 mm. There were no significant difference in hearing results between two groups at either early or late post-operative assessment. Post-operative air-bone gap decreased in 95,9 and 97,8 % of cases. The conductive component of hearing thresholds continues to improve through the late postoperative period till next 6 months. The incidence of ears with a postoperative bone conduction worsening > 10 dB (sensorineural hearing loss) was noted in 1,8 % only in the patients with combined otosclerosis.

The piston stapedoplasty is safe and effective procedure for both otosclerosis forms.

Введение

Хирургия отосклероза начала свой путь еще в конце XIX века благодаря работам Kessel и Miot. Однако в связи с высоким риском послеоперационных осложнений своего массового распространения достигла только во второй половине XX столетия, когда появилась методика частичной стапедэктомии и фенестрации стремени (Rosen, Shea). В нашем институте благодаря усилиям проф. А.И.Коломийченко, В.А.Гукович, В.В.Щуровского хирургия отосклероза успешно развивается на протяжении последних 50 лет (А.И.Коломийченко и соавт., 1962). Фенестрация стремени сегодня является классическим приемом для хирургического лечения больных отосклерозом. Большой интерес представляет сравнение результатов поршневой стапедопластики у больных тимпанальной и смешанной формой отосклероза.

Целью исследования явилась оценка функциональных результатов стапедопластики в зависимости от формы отосклеротического процесса и оценка динамики изменения слуха после операции на протяжении первого года.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов 260 операции у 227 больных с тимпанальной и смешанной формой отосклероза, которые подверглись первичной операции в отделе микрохирургии уха и отонейрохирургии ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И.Коломийченко АМНУ» (Киев) в период с 2001 по 2007 годы. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от типа отосклеротического процесса: в первую группу вошли 169 (65 %) наблюдений со смешанной формой отосклероза и во вторую - 91 (35 %) наблюдение с тимпанальной формой отосклероза. Средний возраст пациентов составил 41,1 лет. Среди пациентов было 175 (67,3 %) женщин и 85 (32,7 %) мужчин. Соотношение по возрасту и полу в обеих группах было сопоставимым.

Функциональные результаты операций оценивали по данным тональной пороговой аудиометрии и речевой аудиометрии. Пороги слуха оценивали на частотах 250, 500, 1000, 2000 и 4000 Гц по воздушной и костно-тканевой проводимости, определяли прирост слуха и сокращение костно-воздушного интервала (КВИ) на этих частотах после операции через 1 нед., 1 мес., 3 мес., 6 мес. и 1 год. Также производилась оценка улучшения 50 и 100 %-ной разборчивости речи относительно дооперационных значений в двух группах.

Результаты

Обобщенные результаты поршневой стапедопластики представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты стапедопластики

| | Смешанная форма (n=169) | | Тимпанальная форма (n=91) | |
|---------------|-------------------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| КВИ < 10 дБ | 62 | 36,7 | 24 | 26,4 |
| КВИ < 20 дБ | 162 | 95,9 | 89 | 97,8 |
| Без изменений | 4 | 2,4 | 2 | 2,2 |
| СНТ и глухота | 3 | 1,8 | - | 0 |

Как следует из представленных данных поршневая стапедопластика у больных отосклерозом в 95,9 % наблюдений при смешанной форме и в 97,8 % наблюдений при тимпанальной форме приводит к улучшению слуха. При смешанной форме отосклероза имеется более высокий риск послеоперационных осложнений в виде сенсоневральной тугоухости и глухоты.

Послеоперационные пороги воздушной проводимости постепенно понижаются на 16-36 дБ, достигая своего минимума через 6 мес. после операции. Пороги костной проводимости на частотах 250 и 4000 Гц через неделю после операции повышаются в среднем на 4 дБ, а спустя 6 мес. понижаются на всех частотах на 4-14 дБ.

Обсуждение

Анализ литературы за последние 5 лет свидетельствует о том, что результаты стапедопластики существенно не зависят от материала из которого изготовлен протез, а также от его формы (С.Я.Косяков и соавт., 2008). Способ фенестрации пластинки стремени (ручная, с помощью микродрели или лазера) также не влияют на функциональный результат (Somers et al., 2006). Особенности операционной техники, при которой сохраняется сухожилие стремени мышцы, не сказывается на состоянии слуха после операции, однако пациенты отмечают лучшую переносимость громких звуков (Arnold et al., 2007). Герметизация отверстия калиброванной стапедотомии также не отражается на функциональных результатах операции (Caces, Braccini, 2007). Вместе с тем, отмечено, что результаты операции после стапедотомии значительно лучше, чем при стапедэктомии (М.Н.Мельников, 2007). Применение протеза с диаметром стержня 0,6 мм привело к лучшим функциональным результатам по сравнению с применением протеза диаметром 0,4 мм (Marchese et al., 2007). Оптимальным местом для фенестрации пластинки стремени является ее задне-нижний участок ближе к центру. В этом месте глубина преддверия составляет 2-3 мм и протез может быть введен на глубину 0,8-1 мм без риска повреждения структур преддверия (Thian-Yu Zhang et al., 2007). Большое значение имеет также и опыт хирурга. Стойкие результаты стапедопластики достигаются после проведения, по крайней мере, 70 операций, а осложнения чаще встречаются при проведении первых 20 операций (Yung et al., 2006).

Выводы

Улучшения слуха после поршневой стапедопластики можно достигнуть в 95,9-97,8 % наблюдений. После операции стапедопластики отмечается постепенное улучшение слуха в послеоперационном периоде, что сопровождалось снижением порогов воздушно-проведенных звуков во всем диапазоне исследуемых частот, как при тимпанальной, так и при смешанной форме отосклероза. Отмечалось также снижение тональных порогов костно-проведенных звуков. Наибольшее снижение порогов отмечается через 6 мес. после проведенной операции. При смешанной форме отосклероза в 1,8 % наблюдений после операции отмечается сенсоневральная тугоухость или глухота.

Литература

- КОЛОМИЙЧЕНКО АИ, ГУКОВИЧ ВА, ХАРШАК ЕМ, ЯШАН ИА. Операции на стремени при отосклерозе. К.: Госмедиздат, 1962. с. 284.
- КОСЯКОВ СЯ, ПАХИЛИНА ЕВ, ФЕДОСЕЕВ ВИ. Стапедопластика: одна технология, два типа протеза // Вестник оториноларингол., 2008; 1; 42-46.
- МЕЛЬНИКОВ МН. Оценка эффективности применения имплантов при стапедопластике // Вестник оториноларингол., 2007; 6; 40-42.
- ARNOLD A, BLASER B, HAUSLER R. Audiological long-term results following stapedotomy with stapedial tendon preservation // Adv Otorhinolaryngol., 2007; 65: 210-214.
- CACES F, BRACCINI F. Comparative study using AAO-HNS guidelines for conductive hearing loss and Glasgow Benefit Plot to evaluate results of stapes surgery for otosclerosis: results of 129 cases // Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2007; 128 (1-2): 47-53.
- MARCHESE MR, CIANFRONE F, PASSALI GC, PALUDETTI G. Hearing results after stapedotomy: role of the prosthesis diameter // Audiol Neurootol., 2007; 12 (4): 221-225.
- SOMERS T, VERCRUYSSSE JP, ZAROWSKI A, VERSTREKEN M, OFFECIERS E. Stapedotomy with microdrill or carbon dioxide laser: influence on inner ear function // Ann Otol Rhinol Laryngol., 2006; 115 (12): 880-885.
- YUNG MW, OATES J, VOWLER SL. The learning curve in stapes surgery and its implication to training // Laryngoscope, 2006; 116 (1): 67-71.

РОЛЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

ROLE OF ALLERGY IN THE START OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION

Т.В. Бурмистрова, В.С. Корвяков, А.А. Якшин

ФГУ «НКЦ оториноларингологии» Росздрова», г. Москва

Вопрос о роли аллергического воспаления в развитии экссудативного среднего отита (ЭСО) по-прежнему является актуальным и активно обсуждается отечественными и зарубежными отиатрами. С одной стороны, влияние аллергического воспаления на патогенез ЭСО полностью отвергается (11, 13). С другой стороны, приводятся многочисленные сведения о результатах обследования пациентов с ЭСО и моделированных опытным путем ситуациях, подтверждающих возможность подобного влияния (10, 12, 14, 16). Полученные в последние годы сведения о природе и механизме аллергического воспаления и расширившийся арсенал лабораторных тестов позволили точнее выявлять подобный вид реакций и повысили качество доказательной базы. Проанализировав приводимые в литературе сведения, мы сочли необходимым провести комплексное обследование пациентов с ЭСО с учетом лежащих в основе аллергического воспаления специфических условий, причин и процессов.

Цель исследования – определить возможные механизмы влияния аллергического воспаления на развитие экссудативного среднего отита.

Материалы и методы

Мы обследовали 60 пациентов с ЭСО (основная группа), 30 пациентов с острым средним отитом (ОСО – контрольная группа №1), 30 пациентов с аллергическим персистирующим ринитом (АПР – контрольная группа №2), 30 здоровых лиц (контрольная группа №3).

Всем пациентам основной и контрольных групп произвели:

- осмотр ЛОР органов рутинным способом и с помощью оптической техники: операционного микроскопа «ОРТОН» (Германия) и видеоэндоскопической стойки «KARL STORZ» (Германия) с эндоскопами 2,7 мм и 4,0 мм, 00 и 300;
- определение вентиляционной функции слуховых труб с помощью общепринятых проб Тойнби, Вальсальвы, Политцера и катетеризацией;
- аудиологическое обследование, включавшее тональную пороговую аудиометрию (аудиометр клинический «SIMENS» CD 50, Германия) и импедансную аудиометрию (клинический импедансный аудиометр «MAICO» MI 24, Германия);
- аллергологическое обследование, включавшее сбор аллергоанамнеза (по стандартной схеме), кожные скарификационные тесты (с врачом аллергологом) по общепринятой методике со стандартным набором ингаляционных аллергенов (ОАО «Биомед» им. И.И. Мечникова), определение наличия специфических IgE-антител в сыворотке крови на приборе UniCAP с помощью стандартного диагностикума (Pharmacia Diagnostics, Швеция);
- цитологическое исследование назального секрета и экссудата из барабанной полости пациентов, подвергнутых тимпанотомии, по стандартной методике, с окраской препаратов по Романовскому-Гимзе и последующим изучением их под микроскопом (ЛОМО «МИКМЕД-2») при 600-кратном увеличении;
- определение уровня иммуноглобулинов классов A, G (IgA, IgG), секреторного иммуноглобулина A (sIgA), свободного гемоглобина в назальном секрете и экссудате. Уровень IgA, IgG, sIgA определяли методом радиальной иммунодиффузии в агаре по Манчини при помощи стандартного набора реактивов «НПЦ Медицинская иммунология». Свободный гемоглобин определяли иммунометрическим методом набором реактивов НПО «Биомед» по методу, разработанному Кочетовой Ю.И. (7).

Кроме того, подвергли морфологическому исследованию, полученные путем биопсии, слизистую оболочку переднего конца нижней носовой раковины части пациентов с ЭСО и АПР и мукоперист барабанной полости пациентов с ЭСО. Препараты изготовляли общепринятым способом, с окраской гематоксилин-эозином и исследовали под микроскопом (ЛОМО «МИКМЕД-2») с увеличением 10x10 и 10x40 (с иммерсией).

Результаты и их обсуждение

В ходе исследований мы выяснили, что пациенты с ЭСО достоверно чаще имеют персистирующий ринит, чем пациенты с ОСО (81,6% и 10,0%, соответственно, $p < 0,01$). Данный факт изначально свидетельствует об актуальности исследования.

На наш взгляд, из всех предполагаемых вариантов влияния аллергического воспаления на развитие ЭСО можно обсуждать лишь следующие:

1. ЭСО есть местная аллергическая реакция. Хотя с аллергологической точки зрения данное предположение некорректно, так как мукоперист барабанной полости без связи со слизистой оболочкой носа не может быть «шоковым органом» в силу отсутствия на его клетках IgE-рецепторов (15).
2. ЭСО – результат тубарной дисфункции при обострении аллергического ринита.

Вышеописанные варианты развития ЭСО основаны на реализации IgE-опосредованных реакций. Приводим результаты исследований, свидетельствующих о реализации подобной реализации.

1. Из обследованных пациентов с ЭСО аллергический ринит имели 14 (23,3%).
2. В цитограммах назального секрета и экссудата из барабанной полости пациентов с ЭСО эозинофилы не превышали количества таковых в норме.
3. В назальном секрете и экссудате из барабанной полости обследованных пациентов с ЭСО уровень IgE был близок к 0.
4. Ни в одном из исследованных назальных секретов и экссудатов свободный гемоглобин не обнаружен.
5. Ни в одной из гистограмм мукопериоста барабанной полости и слизистой оболочки носа не обнаружено признаков аллергического воспаления.

Таким образом, мы не обнаружили у пациентов с ЭСО на момент заболевания признаков протекающего IgE-опосредованного воспаления ни в мукопериосте барабанной полости, ни в слизистой оболочке носа. Кроме того, косвенным подтверждением несостоятельности представления о развитии тубарной дисфункции у пациентов с ЭСО исключительно вследствие обострения хронического ринита, в том числе аллергического, может являться то, что нарушение вентиляционной функции слуховых труб выявлено лишь у 9 (15,8%) пациентов с обострением АПР. Ни у одного из них мы не обнаружили признаков экссудативного среднего отита.

Исходя из вышеперечисленных фактов, оба изначальных предположения можно считать несостоятельными. Таким образом, мы не можем говорить о прямом участии IgE-опосредованного аллергического воспаления в патогенезе ЭСО.

Мы также могли предположить у пациентов с ЭСО, имеющих персистирующий ринит, наличие хронического воспаления слизистой оболочки слуховой трубы, которое в совокупности с проявлениями острого серозного воспаления усугубляет нарушение ее вентиляционной функции. Мы не сочли возможным изучать у обследованных нами пациентов морфологические особенности слизистой оболочки слуховых труб и поэтому оценивали результаты исследований, позволявших косвенно судить о возможности подобных изменений. Анализ результатов исследований показал сомнительность данного предположения:

- у всех пациентов с АПР в стадии ремиссии вентиляционная функция слуховых труб была в норме;
- у пациентов с ЭСО, имевших хронический ринит, отсутствовали морфологические признаки хронического воспаления мукопериоста барабанной полости.

Анализируя результаты лабораторных исследований, мы заметили следующую закономерность: у пациентов с АПР имело место снижение показателей мукозального иммунитета слизистой оболочки носа. Подобные изменения были выявлены и у абсолютного большинства пациентов с ЭСО (88,3%), особенно у тех, кто имели АПР и другие формы хронического ринита. При этом снижение показателей мукозального иммунитета слизистой оболочки носа было выявлено лишь у 3 (5,0%) пациентов с ЭСО, также имевших хронический ринит. Следовательно, аллергический ринит наряду с другими формами хронического ринита может являться одной из причин снижения показателей мукозального иммунитета у пациентов с ЭСО.

Вывод:

IgE-опосредованные реакции, выявляемые у 23,3% пациентов с ЭСО, не оказывают прямого влияния на развитие заболевания, являясь лишь у части из них причиной хронического ринита и снижения показателей мукозального иммунитета.

Литература

1. БЕЛЯКОВ ИМ. Иммунная система слизистых / И.М. Беляков // Иммунология. – 1997. – №4. – С. 7-12.
2. БУСТОНОВ МО. Аллергические заболевания среднего уха: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / М.О. Бустонов. – Киев, 1991. – 16 с.
3. БЫКОВА ВП. Аллергическое воспаление / В.П. Быкова, Т.И. Захаренкова // Арх. пат. – 1983. – №11. – С. 29-36.
4. ГУЩИН ИС. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль / И.С. Гущин. – М.: Фармарус-Принт., 1998. – 251 с.
5. Иммунология и аллергология: алгоритмы диагностики и лечения / Под ред. Р.М. Хаитова. – М.: ГЭОРПАТ-МЕД, 2003. – 111 с.
6. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита: Пособие для врачей / Под ред. А.С. Лопатина. – СПб.: ООО «РИА-АМИ», 2003. – 48 с.
7. КОЧЕТОВА ЮИ. Свободный гемоглобин, как маркер аллергического ринита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Ю.И. Кочетова. – М., 2005. – 25 с.
8. ЛОЛОРАЛ Г. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Лолорал, Т. Фишер, Д. Альдман. – М.: Практика, 2000. – 806 с.
9. ПРЕОБРАЖЕНСКИЙ НА. Экссудативный средний отит / Н.А. Преображенский, И.И. Гольдман. – М.: Медицина, 1987. – 192 с.
10. BERNSTEIN M. The role of IgE-mediated hypersensitivity in otitis media with effusion / M. Bernstein, E. Ellis, P. Li // Otolaryng. Head. Neck. Surg. – 1981. – Vol.89, N5. – P. 874-878.
11. EAGLY W. Secretory otitis media / W. Eagly // Ann. of Otol., Rhinol., Laryngol. – 1946. N3. – P. 55.
12. LIM. D. IgE in chronic middle ear effusion / D. Lim, Y. Liu, J. Schram // Ann. of Otol., Rhinol., Laryngol. – 1976. – Vol.85. – P. 117-123.
13. MEIERHOFF WL. Panel discussion: pathogenesis of otitis media / W.L. Meierhoff, G.S. Giebink // Laryngoscope. – 1982. – Vol.92, N3. – P. 273-277.
14. PHILLIPS M. IgE and secretory otitis media / M. Phillips, N. Knight, H. Manning // Lancet. – 1974. – N2. – P. 1176-1179.
15. ROSENFELD R. New concept for steroid use in otitis media with effusion / R. Rosenfeld // Clin. Pediatr. (Phila) / - 1992. – Vol.31. – P. 615-621.
16. YAMASHITA T. Relation between nasal and middle ear allergy. Experimental study / T. Yamashita, N. Okazaki, T. Kumazawa // Ann. Otol. – 1980. – Vol.89, N3. – P. 147-152.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФОНИЯМИ

MICROBIAL STUDY OF PHARYNX OF PATIENTS WITH DYSPHONIAS

Е.Е. Корень, В.А. Косенко, Ю.Е. Степанова, О.И. Коноплев

ФГУ «СПб НИИ ЛОР Росмедтехнологий», Санкт-Петербург

Резюме

Определена общая обсемененность микроорганизмами и частота встречаемости их на слизистой оболочке глотки у больных с органическими и функциональными дисфониями. Охарактеризована количественно и качественно микрофлора слизистых в обследуемых группах. Результаты свидетельствуют о нарушении микробиоценоза слизистых глотки в исследуемых группах

Summary

Overall quantity of microorganisms and their relative prevalence on mucous membrane pharynx of patients with organic and functional dysphonias are determined. Microbial flora in studied group was characterized qualitatively and quantitatively. Obtained results showed that there were changers of microbiocenosis of mucous membranes in pharynx studied groups.

Развитие патологического процесса зависит от патогенности возбудителей заболевания, состояния иммунитета и местных защитных факторов слизистых оболочек и, как следствие, от количественного и качественного состава микробных ассоциаций, присутствующих на слизистой оболочке. Микробиологические показатели гортани у взрослых и детей с дисфониями описаны единичными авторами [2,3,6]. Однако анализ микробного обсеменения глотки при различных нарушениях голоса у взрослых остается пока не изученным.

Целью нашего исследования явилось изучение микробного пейзажа глотки при функциональных и органических дисфониях у взрослых.

Идентификация резидентных и условно-патогенных микроорганизмов осуществлялась общепринятыми методами, согласно методическим рекомендациям к приказу №535 МЗ РФ. Количественную оценку различных видов микроорганизмов, выросших при первичном посеве на плотных средах проводили по четырем степеням их роста:

1 степень — очень скудный рост (единичные колонии);

2 степень — скудный рост (10-25 колоний);

3 степень — умеренный рост (не менее 50 колоний);

4 степень — сплошной рост.

Отсутствие микрофлоры принимали за 0. Первая и вторая степени расценивались как носительство. Третья и четвертая степени микробного обсеменения свидетельствовали об этиологической роли данного микроорганизма.

Нами было обследовано 59 человек, которые были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения. В основную группу вошли 44 пациента, у которых были диагностированы органические заболевания гортани (узелки голосовых складок, полипы голосовых складок, хронический ларингит). В группу сравнения вошли 15 чел., у которых была диагностирована функциональная дисфония по гипотонусному типу. Следует отметить, что все больные на момент исследования не переносили острых и обострение хронических воспалительных процессов. Больные жаловались на быструю утомляемость голоса, охриплость различной степени выраженности, першение и дискомфорт в глотке. Результаты микробиологического исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Частота выявления микроорганизмов в глотке у пациентов в группе сравнения и основной группе

| Вид микроорганизма | Группа сравнения N=15 | | Основная группа N=22 | |
|------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| | Количество наблюдений | % к числу обследованных в группе | Количество наблюдений | % к числу обследованных в группе |
| Staphylococcus aureus | 2 | 13 | 7 | 16 |
| Streptococcus pyogenes | 0 | 0 | 2 | 5 |
| Klebsiella pneumoniae | 0 | 0 | 2 | 5 |
| Candida albicans | 1 | 7 | 0 | 0 |
| Streptococcus spp. | 4 | 27 | 24 | 55 |
| Streptococcus viridens | 7 | 47 | 15 | 34 |

| | | | | |
|----------------------------|----|-----|----|-----|
| Staphylococcus epidermidis | 1 | 7 | 2 | 5 |
| Micrococcus cat. | 7 | 47 | 22 | 50 |
| Neisseriae spp. | 2 | 13 | 2 | 5 |
| Haemophilus spp. | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Итого: | 24 | 161 | 75 | 177 |

Как видно из представленных в табл. результатах мазков из глотки в группе сравнения, также как и в основной группе наиболее часто встречались Streptococcus spp., Micrococcus cataralis и Streptococcus viridens.

При изучении микрофлоры слизистых глотки микроорганизмы чаще формировали ассоциации (от 2 до 4-х) с преобладанием 2-х компонентных для основной группы - 57% и для группы сравнения - 47%. В монокультуре микроорганизмы встречались в основной группе в 18%, а в группе сравнения в 13% случаев.

Как известно, при повышенной степени микробного обсеменения создаются благоприятные условия для возникновения и поддержания патологического процесса. Результаты количественного анализа бактериального обсеменения каждой группы были представлены четырьмя степенями обсеменения и выражены в процентах (рис. 1).

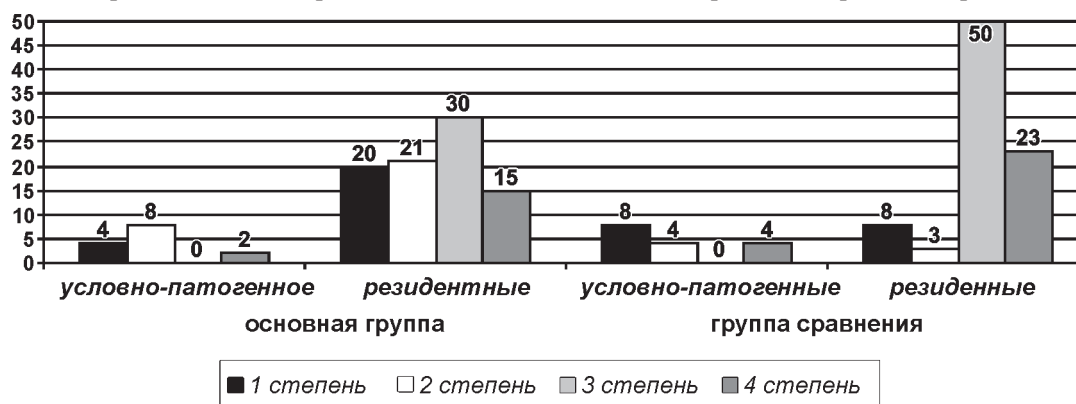


Рис. 1. Степени бактериального обсеменения глотки в основной группе и группе сравнения (%)

Как следует из рис.1 в обеих группах процент резидентных микроорганизмов превышал процент высевы условно-патогенных.

Общее бактериальное обсеменение глотки в основной группе представлено 14% условно-патогенной и 86% резидентной микрофлоры, а в группе сравнения - 16% и 84% (соответственно). Причем 3 и 4-я степень обсеменения в группе сравнения была выше - 50% и 23%, чем в основной группе - 30% и 15%.

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Микробный пейзаж глотки у пациентов с дисфониями представлен различными видами резидентной и условно-патогенной микрофлоры.
2. В обеих группах процент высевы резидентных микроорганизмов превышал процент высевы условно-патогенных.
3. Третья и четвертая степени микробного обсеменения глотки свидетельствует о нарушении биоценоза слизистой, что возможно может быть одним из звеньев патогенеза заболеваний голоса.

Литература

1. Бабич ЕМ. Микробные ценозы носоглотки / Е.М. Бабич, И.В. Елисева, В.И.Белозерский // Микробиол. журн.- 1999,- №3.-С.63-69
2. Демченко ЕД. Клиника и лечение хламидийного ларингита с применением амиксина / Е.Д.Демченко, Г.Ф.Иванченко, К.Ф.Прозоровская // Вестн.оторинолар.—2000.- №5.-С.58-60.
3. Демченко ЕД. Состояние микрофлоры гортани у больных с хроническим гиперпластическим ларингитом / Е.Д. Демченко, Г.Ф.Иванченко. Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всерос. конф.- Самара, 2003.-С.419-420.
4. Игнатова ИА. Микробиоценоз слизистой оболочки носа при аллергической риносинусопатии / И.А. Игнатова, О.А.Коленчукова, С.В.Смирнова // Журн. микробиол.-2007.-№1.-С.62-64.
5. Миронов АЮ. Условно-патогенные микроорганизмы при гнойно-воспалительных заболеваниях ЛОР-органов и менингитах / А.Ю.Миронов, К.И.Савицкий АА, Воробьев // Вест.оторинолар.- 2001.- №4, С.31-35.
6. Степанова ЮЕ. Микробиологическое исследование гортани у детей с дисфониями / Ю.Е.Степанова, В.А.Косенко // Рос. Оторинолар.-2004.-№6.-С.135-1
7. Brook I.The role of bacterial interference in otitis, sinusitis and tonsillitis / I.Brook // Otolaryngol. Head Neck Surg.-2005.- Vol.133.- № 1.-P.139-185.

TROMBOFLEBITA DE SINUS LATERAL – ASPECTE PARTICULARE CLINICO-TERAPEUTICE

V. Costinescu, Gina Stegaru, D. Palade, A. Avasiloaiei,

Cl. ORL, Sp. Sf. Spiridon, Iasi; Irina Jari, Cl. Radiologie, Sp. Sf. Spiridon, Iasi

Tromboflebita de sinus lateral este consecința unei infecții acute sau cronice acutizate a urechii medii, cu o mortalitate de 15% la ora actuală.

Tromboza sinusului lateral este urmarea unei eroziuni osoase prin colesteatom sau proces de osteită care întreține un abces perisinusal. Abcesul generează un proces de agregare a fibrinei, celulelor sanguine și plachetelor în peretele sinusului formându-se un trombus mural. Suprainfectarea trombusului mural realizează un trombus obliterant.

În literatura de specialitate sunt semnalati o serie de factori pre-trombotici care pot favoriza apariția unei tromboflebite mai ales în prezența unui focar infecțios (otomastoidita), dar care pot fi întâlniți și în alte accidente trombotice cerebrale:

- Rezistența la proteina C activată (R.P.Ca) cu mutația factorului V (Arg506Glu) denumit și factorul V Leiden
- Sindromul primitiv de Ac anti-fosfolipidici
- Maladie mieloproliferativă
- Sindromul nefrotic
- Administrarea de Solumedrol în doze mari.

În marea majoritate a cazurilor tabloul clinic cuprinde sindrom infecțios sever (febra 40-41°C, frison) sindrom de iritare meningo-encefalică cu tulburări ale atenției; otalgia, cefaleea și edemul mastoidian (semnul Griesinger ce traduce tromboza venei emisare mastoidiene) sunt de asemenea simptome evocatoare ale unei tromboflebite de sinus lateral.

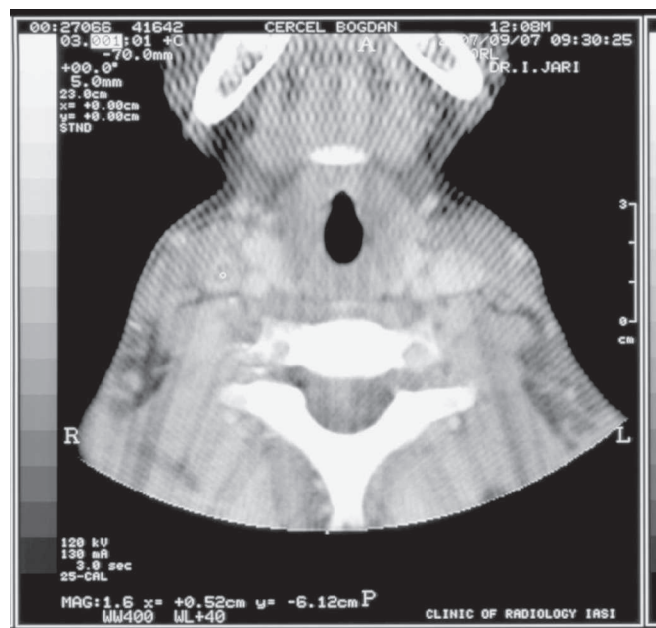
Extinderea procesului de tromboză la nivelul sinusurilor petros superior și inferior poate genera sindromul Gradenigo iar tromboza venei jugulare interne poate determina un sindrom de gaură ruptă posterioară (IX, X, XI). Excepțional de rar se poate întâlni tromboza sinusului longitudinal sau cavernos – prognostic sumbru.

Datorită utilizării necorespunzătoare a antibioticelor (doze insuficiente, perioadă scurtă de administrare, alegere nepotrivită și, nu în ultimul rând, ignorarea tratării la timp a focarului infecțios otic) asistăm la o serie de aspecte particulare ale tabloului clinic ce însoțesc tromboflebita de sinus lateral, și care pot genera greșeli majore de atitudine terapeutică cu consecințe foarte grave – exitusul bolnavului.

Dorim să prezentăm un caz - întâlnit la un pacient în vârstă de 12 ani care a prezentat un tablou clinic particular și care a necesitat o rezolvare terapeutică laborioasă.

Pacientul a fost inițial internat în Spitalul Boli Infecțioase pentru o formă relativ ușoară de meningită, cefalee discretă, leucocitoză. În cursul spitalizării acestei simptomatologii i se adaugă frison neînsoțit însă de creșterea temperaturii ci doar de o subfebrilitate (37,2°C-37,4°C) și otoree muco-purulentă dreaptă. La examenul interclinic se constată existența unei perforații mezotimpanale drepte (4/4mm), restul membranei timpanice infiltrată, discret congestionată; otoreea – fetidă și prezenta mici paete ca în otita colesteatomatoasă.

Dat fiind faptul că pacientul prezenta frison, cefalee, leucocitoză(17000 elemente/mm³) și otoree necaracteristică pentru o otită medie cronică supurată simplă se indică transferul pacientului în clinica ORL – cu suspiciune de tromboflebită de sinus lateral drept.



Examenul CT cranio-cerebral efectuat în urgență confirmă suspiciunea clinică și se practică evidare petromastoidiană dreaptă cu descoperirea sinusului lateral și craniectomie. Sinusul lateral prezenta leziuni evidente de tromboză și necroză pe o distanță de 10-11 cm, până în apropierea golului venei jugulare. Plaga operatorie se lasă deschisă – se remit fenomenele inflamatorii și se ameliorează starea generală (temperatură 36,30C-36,80C, dispariția frisonului, normalizarea numărului de leucocite).

După aproximativ 6-7 zile de tratament (antibiotapie complexă, trombolitice, antiinflamatorii) reapare sindromul cefalgic și câteva frisoane însoțite de ascensionarea curbei febrile (38,5°C-39°C) și leucocitoză (18230 elemente/mm³). Se suspicionează apariția unui abces cerebral. Examenul CT cranio-cervical coroborat cu examenul clinic indica și existența unei tromboflebite a venei jugulare interne drepte, motiv pentru care s-a practicat rezecția în totalitate a venei jugulare drepte (de deasupra unghiului Pirogoff până la golul venei jugulare – operația Grunert).

Deoarece în evoluția postoperatorie, în pofida evoluției favorabile, au mai apărut două frisoane însoțite de febră 38,0C-38,50C s-a suspiciat și eventualitatea unei septicemii sau septicopioemii; s-au recoltat hemoculturi repetate, s-au efectuat examene echografice abdominale, radiografii pulmonare care au infirmat existența acestor afecțiuni.

După 38 zile de spitalizare pacientul se externează vindecat.

Am dorit să evidențiem particularitățile acestui caz din urmatoarele considerente:

- Simptomatologia clinică relativ săracă și neelocventă prezentate la internare
- Surpriza intraoperatorie a leziunilor extrem de severe ale sinusului lateral
- Posibilitatea ca în cursul evoluției unei complicații endocraniene de tip meningită sau tromboflebită să apară și un abces cerebral care inițial să nu fie decelat la examenul CT
- Neglijarea tratării focarului infecțios primar – otic sau tratamentul incomplet al acestuia
- Costurile extrem de ridicate datorită antibioticoterapiei de ultimă generație și a spitalizării îndelungate
- Necesitatea existenței unei platforme de investigații paraclinice performante pentru decelarea și urmărirea evolutivă a unor asemenea complicații cu risc vital
- Necesitatea cunoașterii de către medicii specialiști a posibilității existenței unor forme particulare de complicații endocraniene și a rezolvării lor în timp util
- Necesitatea colaborării interdisciplinare perfecte între specialistul ORL, infecționist, medicul de terapie intensivă
- Instituirea unei antibioterapii inițiale fără antibiogramă urmând adaptarea ulterioară tratamentului în funcție de rezultatul acesteia.

TRATAMENTUL CONSERVATOR AL TONSILITEI CRONICE LA COPII

CONSERVATIV TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDRENS

L. Danilov, M. Maniuc

USMF „N. Testemițanu”, catedra otorinolaringologie

Summary

The tonsils are situated at the entrance of the respiratory and alimentary tracts and represent the first site of contact with a variety of microorganism and other antigenic substances present in food and inhaled air. The purpose of this article is to present the immunologic physiology of the tonsils and their role as active immunologic organs of the entire upper aerodigestive tract. In pediatric otorhinolaryngological clinic we treated 250 children with chronic tonsillitis since 1993 / 2007. In 80-85% of cases we obtain positive results after selection of treatment modalities.

Actualitatea temei

Inflamația cronică a tonsilelor palatine constitui una din cele mai frecvente patologii în domeniul otorinolaringologiei. Anual sunt elaborate noi metode de tratament cu diferite preparate medicale. Cu toate acestea, afectarea tonsilelor este în continuare o maladie de mare incidență atât la copii cât și la maturi (15-40% din populație) (4).

Problematika tonsilitei cronice a depășit limitele științei otorinolaringologice. Această patologie fiind tot mai des preocupată de către reprezentanții medicinei teoretice și clinice de diferite specialități ca pediatria, reumatologia, nefrologia, imunologia, alergologia etc. (3). Procesele inflamatorii prezente în țesutul limfatic tonsilar favorizează dezvoltarea complicațiilor sistemice în organism și înrăutățesc patogenia lor (1; 5).

Situate la întretărirea căilor aero-digestive, tonsilele palatine acționează ca un organ limfoid dinamic mai mult decât ca unul static și se supune sistemului integral de reglare unitară imunoneuroendocrină. Ele percep și transmit informație despre componența antigenă a mediului ambiant și formează ulterior în componența sa un pul de celule înzestrate cu memorie imunologică, care adaptează macroorganismul la o variantă optimă a răspunsului imun. Acesta este un mecanism perfect și important a funcției umane – funcția de apărare, care-i asigură integritatea structurală și funcțională individuală și-l protejează de agresiunea antigenelor străini (2;7).

În epoca contemporană, posibilitățile de agresiune polietologică la nivelul mucoasei respiratorii sunt în continuă creștere și amplificare, având în vedere modificarea florei microbiene și nesensibilitatea ei la acțiunea antibacteriană. Tonsilele palatine sunt obligate să facă eforturi deosebite de adaptare și de apărare(6).

Referindu-ne la problema etiopatogeniei tonsilitei cronice ne întrebăm: în ce măsură dereglările imunologice locale corelează cu procesele imune sistemice și care sunt fenomenele ce stau la baza reacției imunității în zona dezvoltării unui proces inflamator izolat? Rezolvarea acestor probleme este importantă cel puțin din două puncte de vedere: pe deoparte ele vor completa viziunea patogeniei tonsilitei cronice, iar pe de altă parte ele ar da impuls nou tratamentului patogenetic servind totodată drept bază la formarea unui prognostic mai just (2;7).

Părerea unor cercetători, că procesele patologice în organele limfoide secundare au o importanță minoră în comparație cu cele ce ating direct imunitatea sistemică, necesită o expunere mai detaliată – ele pot fi întradevăr minore la copii cu tonsilită cronică compensată iar extirparea lor rămâne nedorită deoarece la acești copii s-au păstrat rezervele funcționale imune și în acest caz se indică tratament conservator; pe de altă parte extirparea tonsilelor palatine este posibilă s-au chiar necesară la cei cu tonsilită cronică decompensată cu posibilități de reacție imună locală de fapt epuizate. După cum vedem, nu e vorba de importanța minoră s-au majoră a amigdalelor palatine ci de posibilitățile rezistenței locale și pierderea acestei funcții.

Reieșind din cele expuse, astăzi medicii demonstrează o prudență explicabilă privitor la efectuarea tonsilectomiei, mai ales la copii, când funcția lor fiziologică este maximă.

Scopul cercetării

Argumentarea tacticii de terapie conservatoare complexă a copiilor ce suferă de tonsilită cronică compensată pentru păstrarea tonsilelor palatine ca organ important în imunitatea locală și sistemică.

Materiale și metode

În secția otorinolaringologică a SCR de copii „E. Coțaga” tratamentul conservator se aplică copiilor care suferă de tonsilită cronică compensată s-au pacienților cu tonsilită cronică decompensată ce refuză să fie operați s-au suferă de alte afecțiuni care determină contraindicația către tonsilectomie. În ultimii 15 ani în clinică au fost tratați și luați la evidență 280 de copii ce suferă de tonsilită cronică compensată.

Tratamentul conservator este complex - local și general. În primul rând este necesar să se înlăture focarul de infecție în tonsilele palatine, convingându-ne că lipsește alt focar de infecție învecinat. Această procedură se face cu ajutorul unei seringi cu ac special sau a instalației de vacuum, care constă din mâner, două tuburi incluse unul în altul. Unul se unește la o sursă de vacuum, prin altul se aplică sub presiune soluții antiseptice de tratament. În dependență de forma și mărimea amigdalei palatine la capătul tuburilor se înșurubează capete ovale efectuate din ftoroplast de diferite dimensiuni ce se aplică direct pe tonsilă. În așa fel se aspiră masele cazeoase din lacune, care se spală concomitent cu soluții antiseptice ca furacilină, eucalipt, propolis etc. După părerea noastră, această metodă are unele priorități. În primul rând, ea durează doar 10 -15 secunde la fiecare tonsilă, fapt important la copii, care deseori sunt neliniștiți. În al doilea rând, nu se traumează mucoasele criptelor, care se spală bine concomitent. În urma acestor proceduri se mărește circulația sangvină și limfogenă în tonsile, fapt ce contribuie la mărirea circulației celulelor imunocompetente din tonsile în sânge și invers. După lavajul criptelor suprafața tonsilelor se prelucrează cu soluție de lugol, iodinol etc, de asemenea se aplică aerolizant – verde, inhalant, galgarisme cu soluție „Nucină”. Având în vedere schimbările imunologice ce apar în caz de inflamație cronică în tonsilele palatine în clinică se aplică preparate imunostimulatoare ca Ribomunil, IRS – 19, imudon, care permit de a stimula mecanismele de apărare specifice și nespecifice a sistemului imun al aparatului respirator.

În afara asanării tonsilelor și imunostimulare, copiilor li se administrează desensibilizante, complex de vitamine, se exclud din alimentație orice preparate alimentare ce pot favoriza dezvoltarea reacțiilor alergice. Fizioprocedurile se aplică numai după asanarea focarului de infecție în tonsile. Durata tratamentului în mediu este de 8 – 10 zile, repetându-se de două ori pe an.

După efectuarea tratamentului are loc o ameliorare clinică a stării de sănătate a copiilor, care se manifestă prin dispariția s-au micșorarea numărului de angine, dispariția subfebrilității, nu deranjează mirosul din cavitatea bucală, crește pofta de mâncare. La examinare se evidențiază micșorarea amigdalelor palatine în volum, dispariția s-au micșorarea masele cazeoase din lacune, simptomele Gize, Zac și Preobrajenski se atenuază, ganglionilor limfatici submandibulari se micșorează.

Concluzie

Experiența acumulată arată, că tratamentul conservator complex a amigdalei cronice compensate la copii este eficientă în majoritatea cazurilor.

Rezultate pozitive în dinamică au fost obținute în 80 -85% cazuri. Numai când merge vorba de neeficacitatea tratamentului conservator a amigdalei cronice compensate (repetarea anginelor și prezența semnelor caracteristice a inflamației cronice a amigdalelor palatine) este necesar de a indica tonsilectomia. Aceasta ne permite s-ă scădem numărul de intervenții chirurgicale și să păstrăm integritatea inelului limfatic faringian atât de necesar la copii.

Utilizarea noilor metode de apreciere a reacțiilor imunitare locale și sistemice, și corelațiilor acestor procese cu evoluția clinică a maladiei ne va permite pe viitor să aflăm mai detaliat unele aspecte de etiopatogenie a tonsilitei cronice și perfecționarea noilor

metode de tratament conservator complex pentru stimularea proceselor de sanare și vindecare a focarelor de inflamație locală. Ca urmare, s-ar vedea în mod clar o diferență între rezultatul căpătat de obicei și cel posibil în urma stimulării imune locale s-au generale, care posibil va asigura o evoluție mai rapidă s-au mai completă a proceselor reparatorii. Stimularea proceselor antiinflamatorii și reparative în caz de tonsilită cronică este posibilă, dar necesită cercetări de standardizare a preparatelor imunostimulatoare, precum și descoperirea mecanismelor ce stau la baza fenomenelor celulare ale acestei stimulări.

Bibliografie

1. Ababii I, Popa VI. Otorinolaringologie (pentru medicii de familie), Chișinău 2002.
2. Ababii I, Șroit I, Gladun E, Ghidirim Gh. Stimularea imunității locale în tratamentul procesului inflamator, Chișinău, 2004, p.99 -100.
3. Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK, Bernard BS, Rockette HE, Kurs-Lasky M (2002). "Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children". *Pediatrics* 110 (1 Pt 1): 7-15.
4. Stewart G, Friedman Ellen M, Sulek Marcelle. Quality of Life and Health Status in Pediatric Tonsil and Adenoid Disease, Arch Otolaryngol. Head Neck Surg., Vol 126, p.45 - 48 jan.2000.
5. Wolfensberger M, Mund M. "[Evidence based indications for tonsillectomy]. *Ther Umsch* (2004) 61 (5): 325-8.
6. Быкова ВП. Морфофункциональная организация небных миндалин как лимфоэпителиального органа, Вестн. Оторинол., 1998. N.1 с. 41- 45.
7. Маккаев МН. Клинико-патогенетические основы и эффективность сочетанной терапии хронического аденонозиллита у детей. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 2008

VARIANTELE OTITELOR MEDII ACUTE LA COPIII

DIFFERENT VARIANTS OF ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN

Svetlana Diacova, Ion Ababii, Mihail Maniuc, Serghei Parii, Anghelina Chiaburu

Catedra Otorinolaringologie, USMF «N. Testemițanu», Chișinău

Summary

On the base of analysis of clinical, functional and laboratorial exams of infants suffering from acute otitis media we describe 4 variants of AOM. Family doctor can diagnose only acute variant of OMA. Prolonged, recurrent and silent variants of OMA, lack of therapy effect during 3 days, are indications for consultation of doctor ORL.

Rezumat

Pe baza supravegherii și examinării copiilor mici cu OMA am descris 4 forme de OMA. Numai forma acută de OMA poate fi diagnosticată și tratată de către medicul de familie. Formele prelungită, recidivantă și latentă la copii, lipsa efectului după tratamentul pe parcursul a 3 zile, sunt indicații pentru consultația medicului ORL.

Actualitatea

Otita medie constituie boala cu cea mai mare răspândire în copilăria mică. 2,3,6. Diagnosticul OMA la copiii de vârstă mică este dificil - decurge relativ asimptomatic în 40 – 60 % de cazuri, anume la copiii în primii ani de viață. Lipsa diagnosticului oportun și a tratamentului adecvat a OMA duce la dezvoltarea complicațiilor – mastoidita, sepsis, meningita, etc. 2, 5, 7, 8, evoluția în alte forme de otita medie (otita medie exudativă, otita medie recidivantă, otita medie adezivă) 1, 5, se poate dezvolta otita medie cronică supurată cu riscul dezvoltării complicațiilor intracraniene. 5,7 Diferite condiții de fon, particularitățile de reactivitate determină varietatea largă a evoluției clinice ale inflamației urechii medii la copiii. Formele diverse ale OMA necesită concepție diferențiată în tratamentul acestor copii.

Scopul lucrării

Prezentei lucrări este de a descrie variantele otitelor medii acute la copii.

Material și metode

Sub supravegherea noastră în Clinica Pediatrică a catedrei Otorinolaringologie s-au aflat 935 copii cu diferite forme de OMA. Predominau copiii de vârstă mică (sub 3 ani) - 61 %, 28 % de copii erau din grupa preșcolară (4 - 7 ani), 11 % - între 7 și 14 ani. În Clinică pacienții au fost examinați corespunzător «Schemei examinării otologice a copilului», elaborată de noi, care include

datele anamnezei, otoscopiei și pneumatice, otomicroscopiei, timpanometriei și înregistrării reflexului stapedian, audiometriei, rezultatele investigațiilor cito- și histologice a materialului intraoperator, rezultate funcționale în dinamică.

Rezultate și discuții

Analiza datelor anamnestică în diferite grupe de vârstă a demonstrat o diferență mare în manifestările subiective ale bolii. Așa dar, copiii cu vârstă de 3 ani și mai mare au prezentat acuze caracteristice pentru OMA: otalgie, scădere de auz, zgomote auriculare, cefalee. Copiii de vârstă până la 3 ani în majoritate cazurilor au avut schimbări în comportament, care au fost notate de părinți: neliniștea copilului, agitație, dereglări în atenție și somn, reacția inadecvată la adresare, tulburări gastro-intestinale (inapetența, la copiii primului an de viață - vomă, diaree).

Datele otomicroscopiei au fost diverse: prezența perforației a membranei timpanice și eliminări au fost notate numai la 8 % de cazuri, schimbări de culoare, transparență, strălucire și poziție a membranei timpanice de diferite grade au fost constatate la toți pacienții, dar în 68% cazuri aceste semne au fost neesențiale și rezultatele evaluării au fost problematice. Otoscopia pneumatică a demonstrat o sensibilitate mare: în toate cazurile a fost remarcată imobilitatea membranei timpanice.

Rezultatele impedansmetriei au fost esențiale pentru diagnosticul otitei medii. Tipul B de timpanograma s-a înregistrat în 87 %, tipul C2 - în 13 %. Reflexul acustic lipsea la toți pacienții. La examinarea auzului s-a constatat hipoacuzie de tip transmisie la 89% pacienți, mixtă - la 6 %.

Pe baza analizei evoluției clinice au fost stabilite 4 forme de OMA:

Otita medie acută, 2. Otita medie acută, evoluția prelungită (subacută), 3. Otita medie acută recidivantă, 4. Otita medie acută, forma latentă. Prima formă (acută) a fost diagnosticată la 12 % din copiii supravegheați, a 2-a formă (prelungită) - la 21 %, a 3-a formă (recidivantă) - la 28 %, a 4-a formă (latentă) - la 39 % din pacienți. Otita medie acută se caracterizează prin manifestări clinice generale ale infecției acute și semne locale caracteristice pentru inflamația urechii medii. Această formă de otita medie se dezvoltă la copiii de orice vârstă cu reactivitatea organismului normală și decurge pe parcursul a 3 - 6 săptămâni. Otita medie acută, evoluția prelungită se dezvoltă la copiii de vârstă până la 3 ani cu reactivitatea relativ scăzută, pe fond de tratament inadecvat, se caracterizează prin semne generale și locale clasice, cu durata bolii mai mult de 6 săptămâni. Otita medie acută recidivantă prezintă recidive de otita medie acută 3 și mai multe ori pe parcursul a 6 luni sau 4 și mai multe ori pe parcursul a 12 luni. Această formă se observă la copiii cu infecții frecvente ale căilor respiratorii superioare, patologie hipertrofică în nazofaringe și faringe, procese alergice. Otita medie acută, forma latentă mai frecvent se înregistrează la copiii de vârstă până la 1 an, cu tulburări respiratorii și gastro-intestinale pronunțate. Manifestările generale ale infecției prevalează în acest caz, semnele locale sunt îndoielnice. Toate aceste forme de OMA se caracterizează prin semne generale de infecție acută ale căilor respiratorii superioare. Manifestările subiective depind de vârstă copilului. Fiecare din aceste forme clasice evoluează în trei faze succesive: 1. preperforativă, 2. perforativă, 3. de recuperare. Dar în majoritatea cazurilor otita medie se oprește în prima fază - preperforativă și trece într-o fază de recuperare.

Algoritmul de diagnostic prevedea studierea datelor anamnestică cu scop de a forma grupe de risc în dezvoltarea otitelor medii. Prima etapă include studierea datelor pneumo- și otomicroscopiei, ce permite aprecierea exactă a formelor manifestate ale inflamației urechii medii. Aceste metode vor facilita depistarea copiilor cărora le este necesară o examinare otologică mai aprofundată. La a doua etapă, aplicarea metodei impedansmetriei cu evidența tuturor indicilor principali ale complianței electroacustice permite determinarea exactă a prezenței inflamației urechii medii și caracterul ei. Examenul audiologic permite aprecierea influenței procesului patologic nefavorabil asupra auzului și în diagnosticul diferențial al tipurilor hipoacuziei.

Conform cercetărilor noastre forma latentă și prelungită ale inflamației urechii medii predomină la copiii de vârstă până la 3 ani. Diagnosticul acestor forme se bazează pe rezultate impedansmetriei și examenului audiologic. Fiecare formă a inflamației urechii medii se caracterizează printr-un complex de indici otomicroscopici, parametri elector-acustici și electrofiziologici.

Concluzie

Aplicarea algoritmului de diagnostic ne permite diagnostica diferențială inoportună și tratamentul adecvat. Numai forma acută de OMA poate fi diagnosticată și tratată de către medicul de familie. Vârstă copilului până la 3 ani, semne clinice și paraclinice îndoielnice, lipsa efectului după tratamentul clasic pe parcursul a 3 zile, formele prelungită, recidivantă și latentă la copii necesită consultația medicului ORL.

Bibliografie

1. Ababii I, Diacova S. Evoluția otitelor medii la copii. Buletin de perinatologie, Chisinau, 2001, Nr 2, p. 37 -40.
2. Ababii I, Diacova S. Diagnosis of silent otitis media in infants in the first year of life. Central and East European Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. Warsaw, Poland, 1998, vol. III, No 1/9, p.173 - 177.
3. Bluestone CD, Klein JO (Eds), BC Decker, Hamilton, Otitis Media in Infants and Children, 4th ed, Ontario 2007.
4. Bluestone CD. Clinical course, complications and sequelae of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:S37.
5. Clinical Practice Guideline. Acute otitis media. US Department of Health and Human Services. USA. 2004.
6. Turner D, Leibovitz E, Aran A, et al. Acute otitis media in infants younger than 2 months of age: microbiology, clinical presentation and therapeutic approach. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21:669.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

PERINATAL PATOLOGY AND THE NEUROSENSORY DEAFFNESS

Г.М. Джанумова, Г.Д. Тарасова, А.В. Будкевич

ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава», КДП ДКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

По данным Второй международной конференции по скринингу новорожденных, диагностике и раннему вмешательству (2nd International Conference on Newborn Hearing Screening Diagnosis and Intervention, 2002), частота нарушений слуха наблюдается у 3 из 1000 новорожденных, что в два раза больше, чем частота синдрома Дауна и в десять раз больше, чем частота фенилкетонурии у новорожденных.

При этом из всех новорожденных с нарушением слуха лишь 50 % детей принадлежат к группам риска, остальные 50 % - это нормально рожденные дети, у которых в анамнезе не было выявлено отягощающих факторов. Поэтому раннее выявление нарушений слуха дает возможность решить эту проблему в социальном плане.

Известно, что одним из ведущих факторов в патогенезе НСТ являются сосудистые нарушения [1, 4]. Ухудшение микроциркуляции во внутреннем ухе или более грубые нарушения в виде кровоизлияния во внутреннее ухо, спазма или тромбоза лабиринтной артерии приводят к гипоксии и метаболическому ацидозу волосковых клеток спирального органа и их последующим дегенеративно-атрофическим изменениям. В ранние сроки поражения нейроэпителий может находиться в состоянии угнетения или парабриоза, а изменения носить функциональный характер. Именно в этой стадии, проявляющейся капиллярным стазом в сосудистой полоске, набуханием ядер волосковых клеток, метаболическими нарушениями, эффективно применение терапии, направленной на улучшение микроциркуляции и увеличение доставки кислорода к внутреннему уху [2, 5, 6].

Работами, проведенными В.А. Жеребцовой и А.Ф. Индюхиным (1998) показано, что уровень когерентности фоновой ЭЭГ по рассмотренным парам монополярных отведений во всех частотных диапазонах достоверно ниже у детей с сенсорной деривацией по сравнению с их нормально слышащими сверстниками [3].

Основным методом исследования синхронности электрической активности различных участков коры в настоящее время является когерентный анализ. Он позволяет выявлять эффекты когнитивных задач даже в случаях, когда в спектре мощности ЭЭГ значимые изменения отсутствуют (Beaumont, Rugg, 1979; Ford et al., 1986a – по Шишкину С.Л. и Каплану А.Ю). Когерентность - это связь электрических сигналов одной точки мозга с другой [7, 8].

В связи с этим целью исследования явилось - установить особенности биоэлектрической активности головного мозга и церебральной гемодинамики у детей с НСТ, обусловленной перинатальной патологией.

Материалы и методы

Были обследованы дети в возрасте от 3 до 12 лет, страдающие вторичной НСТ 2 - 4 степени по международной классификации. Все больные осмотрены неврологом и отоларингологом, был тщательно собран анамнез, особенно о перинатальном периоде. Были использованы аудиологические и неврологические методы обследования. Аудиологическое обследование включало ТПА, АИ, ВОАЭ, КА. Из неврологических методов обследования были использованы - регистрация элетроэнцефалограммы (ЭЭГ) со спектральным и когерентным анализом, с топографическим картированием на компьютерном комплексе МБН – нейрокоттограф, а также реоэнцефалографическое (РЕГ) обследование церебральной гемодинамики с компьютерной обработкой. Обследовано 28 ребенка в возрасте от 3 до 12 лет с НСТ 2-4 степени, имеющих отягощенный перинатальный анамнез.

Результаты

В период пренатального развития наиболее часто у обследованных пациентов имели место: угроза выкидыша, анемия, гестоз. В интранатальном - длительный безводный период, вторичная слабость родовой деятельности, кефалогематома, обвитие пуповины вокруг шеи. При этом не характерной была низкая оценка по шкале Апгар (не ниже 7 баллов).

В постнатальном периоде 85,7 % детей наблюдали по поводу перинатального поражения ЦНС (гипоксического, травматического, ишемического генеза) и у 78,6 % больных были выявлены различной степени выраженности изменения на нейросонограмме (НСГ) - расширение межполушарной щели, вентрикуломегалия, псевдокисты, реже внутри желудочковые кровоизлияния (ВЖК).

Нарушения церебральной гемодинамики выявлены у всех обследуемых больных, преимущественно в вертебро-базиллярном бассейне в основном на уровне сосудов мелкого калибра.

Проведенный спектральный анализ с последующим топографическим картированием обнаружил изменение мощностных характеристик у 21 (91 %) ребенка в виде расширения зоны представительства пика в диапазоне альфа волн, его полимодальности, смещения в сторону замедления.

При проведении когерентного анализа ЭЭГ изменения внутримозговой интеграции выявлены у 26 (92,8 %) больных. При исследовании уровня интегративных процессов головного мозга по межполушарным связям у пациентов с нарушением слуха выявлено снижение уровня когерентности в межвисочных парах у 17 (60,7 %) больных.

Обсуждение

Таким образом, компьютерный анализ ЭЭГ больных с НСТ показывает неспецифичность изменений биоэлектрической активности (БСГА) головного мозга, однако, обращает на себя внимание снижение уровня когерентности в межвисочных отведениях.

Выводы

Полученные в исследовании результаты свидетельствуют о том, что детей с НСТ, имеющих отягощенный перинатальный анамнез, имеют место изменения БЭА головного мозга, особенности внутримозговой интеграции, характеризующейся снижением уровня когерентности в межвисочных отведениях, а также нарушением церебральной гемодинамики в основном в вертебро-базиллярном бассейне.

В связи с чем, актуальной является разработка и внедрение в клиническую практику у таких больных углубленного неврологического обследования и использование комплексной терапии, включающей препараты вазоактивного и ноотропного действия, которые являются патогенетически обоснованными.

Литература

1. Гринштейн АБ, Шнайдер НА, Буренков ГИ, Кромм ОК. Церебральная гемодинамика при нейросенсорной тугоухости // Матер. XVI съезда оторинолар. РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий»: Сб. статей.- Сочи, 2001.- С.198-202.
2. Дамулин ИВ. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические и терапевтические аспекты // РМЖ, 2006, т. 14, № 9, с. 658-664.
3. Жеребцова ВА, Индюхин АФ. Пространственная организация биоэлектрической активности мозга у детей с сенсорной депривацией в сравнении со здоровыми сверстниками. // Вестник новых медицинских технологий – 1998 – т.V, № 1.
4. Крюков АИ. Ангиогенная кохлеовестибулопатия // Медицина, 2006, с. 256.
5. Овчинников ЮМ, Морозова СВ. Введение в отоневрологию // М., Академия, 2006, с. 220.
6. Преображенский НА. Тугоухость // М., Медицина, 1978, с. 440.
7. Тарасова ИВ, Вольф НВ, Разумникова ОМ. Изменения когерентности ЭЭГ при выполнении образной и креативной задачи у мужчин и женщин // Бюллетень со РАМН, 2007, № 1 (123), с. 117-122.
8. Шишкин СЛ, Каплан АЮ. Некоторые топографические особенности синхронизации степени изменения альфа ритма на ЭЭГ человека // Физиология человека 1999;25(6):5-14.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСФОНИЕЙ ПО ГИПОТОНУСНОМУ ТИПУ

MEDICAMENT TREATMENT OF NEUROVEGETATIVE DISORDERS OF PATIENTS WITH HYPOFUNCTIONAL DYSPHONIAS.

А.Ю. Юрков¹, Т.И. Шустова², Ю.Е. Степанова³

¹кандидат мед. наук, ст. н. сотрудник ОФП голоса и речи НИИЛОР,

²доктор биол. наук, гл. н. сотрудник ОФП верхних дыхательных путей НИИЛОР,

³доктор мед. наук, руководитель ОФП голоса и речи НИИЛОР

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росздрава»

Резюме

Обследовано 45 пациентов (30 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 20 до 74 лет, находившихся на лечении в фониатрическом отделении НИИ ЛОР. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности медикаментозного лечения с применением вегетотропных лекарственных средств при функциональных дисфониях по гипотонусному типу. Эти лечебные мероприятия могут проводиться совместно с традиционными методами лечения или в случае их малой эффективности.

Summary

Forty five patients (30 females and 15 males) of 20 to 74 ages, who were medically treated at the Phoniatic Department of the Saint Petersburg Research Institute of ENT and Speech, were investigated. The obtained results demonstrate that medicament treatment with vegetotropic medicines can be efficiently employed for cure of hypofunctional dysphonias. This treatment can be conducted jointly with conventional medical procedures.

На основании многолетних исследований, проводимых в Санкт-Петербургском НИИ ЛОР, сделаны заключения о влиянии функционального состояния нервной системы и, в частности, ее вегетативного отдела на деятельность голосового аппарата человека, страдающего фонастенией [2, 3], на заживление поврежденных тканей и формирование рубцового стеноза гортани [4], а также на развитие гиперпластического процесса при её полипозных и опухолевых заболеваниях [5 - 7].

В связи с этим для разработки оптимальных способов профилактики заболеваний, этиопатогенетического лечения и реабилитации таких больных в объем стандартного клинического обследования необходимо включать функциональную диагностику состояния ВНС и, дополнительно к общей схеме лечения, проводить мероприятия, направленные на коррекцию нейровегетативных расстройств [1].

Цель настоящего исследования - повышение эффективности лечения больных с функциональными дисфониями по гипотонусному типу на основе патогенетической терапии нейровегетативных расстройств.

Обследовано 45 пациента (30 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 20 до 74 лет, находившихся на лечении в фониатрическом отделении НИИ ЛОР. Обследование включало анамнестический анализ, объективное исследование ЛОР - органов по общепринятым методикам, видеостробиоскопию гортани, цитологическое исследование мазков-перепечатков со слизистой оболочки гортани и определение функционального состояния ВНС.

В процессе обследования все пациенты жаловались на быструю утомляемость голоса, часто на щекотание, першение, царапание, жжение, ощущение сухости в глотке, многие больные отмечали охриплость. Сроки заболевания были разными: от 1 месяца до 20 лет. При видеостробиоскопии гортани ее слизистая оболочка у всех больных была розового цвета, а слизистая оболочка голосовых складок - светло-серого или розового. Голосовая щель имела полуовальную форму по всей длине голосовых складок, амплитуда колебаний была маленькая, но смещение слизистой оболочки по свободному краю голосовых складок было хорошо выражено.

Исследование функционального состояния ВНС проводили натощак, в 10 часов утра, соблюдая условия полного комфорта. Оценивали вегетативный тонус (ВТ), вегетативную реактивность (ВР) и вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) с помощью прибора «ВНС-Спектр».

При исследовании функционального состояния ВНС вегетативная дистония наблюдалась у 64% больных, вегетативная дисфункция - у 46%, что свидетельствовало о нарушениях деятельности эфферентного звена регуляции трофического состояния и функциональной активности исполнительных тканей и органов. Необходимо подчеркнуть, что недостаточное ВОД отмечалось в 37% случаев, избыточное - в 9%, а при адекватном ВОД в 46% случаев имела место вегетативная гиперреактивность и в 38% - гипертония, указывающие на состояние напряжения компенсаторно-приспособительных регуляторных механизмов.

Анализ мазков-перепечатков со слизистой оболочки гортани выявил различия в цитологической картине. При адекватном ВОД патологических изменений не обнаружено. При неадекватном ВОД отмечались признаки дистрофии многослойного плоского эпителия. Эпителиальные клетки располагались поодиночке, объединялись в группы по 3 - 4 элемента или образовывали небольшие пласты пролиферирующего эпителия. Клеточные ядра были либо округлыми с крупноглыбчатым строением хроматина, либо гиперхромными, уплощенными. В пластах среди неизмененных эпителиоцитов присутствовали клетки с выраженными изменениями: вакуолизацией ядер и цитоплазмы, гиперхроматозом и пикнозом ядер иногда с явлениями кариорексиса, дегенеративными изменениями цитоплазмы вплоть до состояния некробиоза (Рис .1). Многие одиночные клетки имели те же изменения, встречались голаядерные формы.

Отличительной особенностью мазков, взятых у больных с вегетативной гиперреактивностью, было наличие большого количества пластов многослойного плоского эпителия без признаков ороговения или дегенеративных изменений. В пластах преобладали клетки поверхностного слоя, однако встречались пролифераты с более мелкими базофильными клетками, сходными с малодифференцированными элементами глубоких слоев. Они содержали крупные ядра, иногда с массивными ядрышками. Из других клеточных элементов в полях зрения присутствовали единичные нейтрофильные лейкоциты.

На основании результатов обследования всем больным был поставлен диагноз: «функциональная дисфония по гипотонусному типу» и назначено традиционное лечение - вливание в гортань растительного масла с адреналином и курс фонопедических упражнений. После лечения у 35 больных тонус голосовых складок нормализовался, а сами пациенты отмечали «улучшение» голоса и снижение утомляемости при голосовых нагрузках.

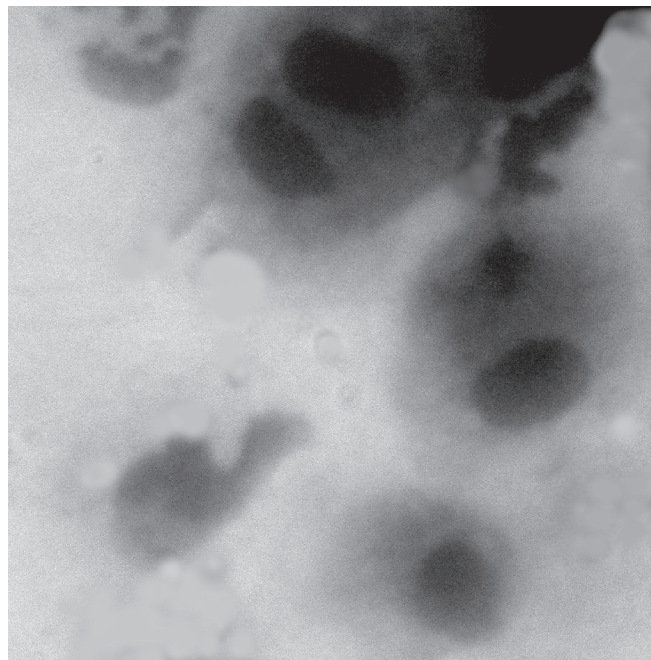


Рис. 1. Дегенеративно-дистрофические изменения эпителия слизистой оболочки гортани у 6-ой П., 41 год, а.к. №51265. Мазок-перепечаток. Обработка красителем-фиксатором Май-Грюнвальда с докраской по методу Романовского. Об. 60, ок. 10.

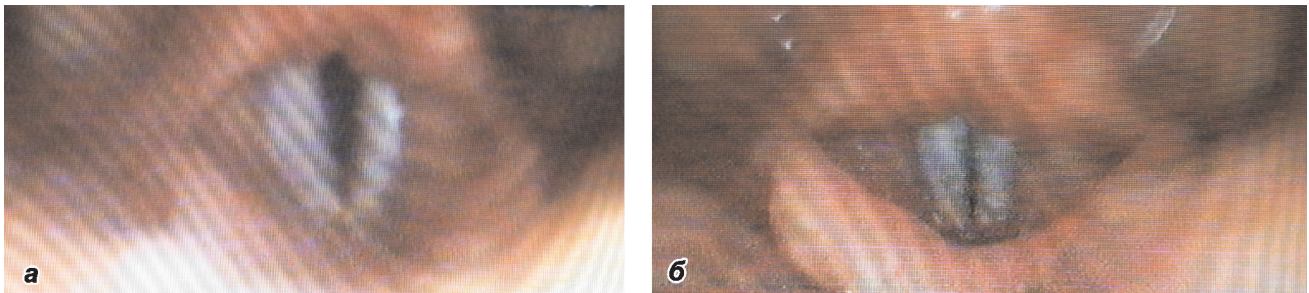


Рис. 2. Видеозэндоскопическая картина гортани у б-й А., 38 лет, и.б.№.9816/62. а – до лечения, б – после лечения

Среди больных с вегетативной дисфункцией, для которых лечение оказалось малоэффективным, недостаточное ВОД наблюдалось у 9 человек, избыточное – у одного. Такие пациенты были обследованы у невролога с получением рекомендаций по лечению нейровегетативных расстройств с помощью медикаментозного воздействия.

Пациенты с недостаточным вегетативным обеспечением деятельности получали глутаминовую кислоту по 1 таблетке (1г) 2 раза в день течение 4-х недель или фенибут по 1 таблетке (0,25г) 3 раза в день - 3 недели. Параллельно всем пациентам проводили общеукрепляющее лечение: кальция глюконат 10% по 5 мл в/в через день (8 инъекций), настойка лимонника по 10 капель 1 раз в сутки (14 дней), фенкарол по 1 таблетке (0,025г) два раза в сутки (8 дней). Больному с избыточным вегетативным обеспечением деятельности был назначен феназепам по 1 таблетке (0,5мг) 2 раза в день в течение 2-х недель. В результате лечения у 4-х больных вегетативные параметры нормализовались, а у 5 произошло повышение вегетативной реактивности и смена недостаточного ВОД на избыточное.

После проведенного медикаментозного лечения, направленного на коррекцию функционального состояния ВНС, эти больные так же отмечали «улучшение» голоса, при этом чувство щекотания, першения, царапания, жжения, ощущения сухости в глотке значительно уменьшилось или исчезло полностью. Тонус голосовых складок нормализовался у 6 пациентов, а у 3-х фонационная щель значительно уменьшилась (рис.2).

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности медикаментозного лечения с применением вегетотропных лекарственных средств при функциональных дисфониях по гипотонусному типу. Эти лечебные мероприятия могут проводиться совместно с традиционными методами лечения или в случае их малой эффективности.

Литература

1. Науменко НН. Нейровегетативный дистрофический процесс у больных с патологией верхних дыхательных путей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - СПб., 2006. - 33 с.
2. Райкин РИ. К вопросу о роли нервных факторов в патологии голоса // Сб. тр. Ленингр. НИИ по бол. уха, горла, носа и речи. - Л.: Медицина, 1972. - Т. XVI. - С.297 -303.
3. Шамшева ТЕ. Особенности нарушения голосовой функции профессиональных певцов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1966. - 22с.
4. Швалев НВ. Роль вегетативной иннервации в заживлении поврежденных тканей гортани и формировании ее рубцового стеноза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 1997. - 24с.
5. Юрков АЮ, Шустова ТИ, Степанова ЮЕ. Функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных с полипами голосовых складок // Вестн. оторинолар. - 2000. - №3. - С.52 - 54.
6. Юрков АЮ, Шустова ТИ. Особенности развития полиповидных образований голосовых складок у больных с различным функциональным состоянием вегетативной нервной системы // Рос. оторинолар. - 2003. - №4(7). - С. 15 - 18.
7. Юрков АЮ, Шустова ТИ. Функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных с папилломатозом гортани // Там же - 2004. - №2(9). - С. 137 - 140.

ТРОФИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГОРТАНИ ПРИ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ

TROPHIC CONDITION OF A MUCOUS MEMBRANE OF VOCAL CORDS IN THE PAPILLOMATOSIS

А.Ю. Юрков¹, Т.И. Шустова², Н.Н. Науменко³

¹кандидат мед. наук, ст. н. сотрудник ОФП голоса и речи НИИЛОР,

²доктор биол. наук, гл. н. сотрудник ОФП верхних дыхательных путей НИИЛОР,

³доктор мед. наук, руководитель ОФП верхних дыхательных путей НИИЛОР

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росздрава»

Резюме

Обследовано 20 пациентов (6 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 21 до 54 лет, лечившихся в фониатрическом отделении СПб НИИ ЛОР.

Полученные данные дают основание полагать, что у всех больных патологические морфофункциональные изменения слизистой оболочки голосовых складок сочетались с неадекватным вегетативным обеспечением деятельности.

Summary

20 patients (6 men and 14 women) in the age of from 21 till 54 years treated in phoniatic department of SPb scientific research institute of ear, nose, throat and speech diseases were surveyed.

Obtained data give us the basis to believe, that at all patients pathological morphofunctional changes of a mucous membrane of vocal cords were combined with inadequate vegetative maintenance of functioning.

Вопросам этиологии, патогенеза, клиники и лечения папилломатоза гортани посвящены многочисленные научные труды, но причины этого заболевания до конца не раскрыты^{1,2,4}. Вместе с тем экспериментальные исследования и клинические наблюдения свидетельствуют, что в сложном комплексе явлений, которые протекают в организме и приводят к возникновению и развитию опухоли, важное значение имеют особенности тканевой иннервации. Существует мнение, что независимо от того, является ли раздражителем вирус или какой-либо иной внешний фактор, папилломы гортани возникают в том случае, когда раздражитель приводит к нарушению деятельности центральной нервной системы⁴. Кроме того, установлено, что при развитии соматических заболеваний составной частью фазы предболезни часто являются нейровегетативные расстройства, а в дальнейшем от состояния вегетативной нервной системы (ВНС) во многом зависит течение и исход патологического процесса^{3,5,6}. По данным предыдущих исследований⁸ неадекватное вегетативное обеспечение деятельности на тканевом уровне выражается в измененной функциональной активности вегетативных нервных волокон, обеспечивающих и контролирующих трофическое состояние структурных элементов гортани, в том числе её слизистой оболочки. Вышедшая из под контроля ткань может подвергаться в одних случаях дистрофическим и атрофическим изменениям, а в других случаях нарушения могут идти по иному пути – в сторону патологической пролиферации тканевых элементов в очаге с нарушенной иннервацией⁷.

Целью настоящего исследования явилось изучение трофического состояния слизистой оболочки гортани у больных с папилломатозом, включающее объективное исследование гортани с помощью видеостробоскопа фирмы «АТМОС», определение функционального состояния ВНС, гистологическое исследование удаленных опухолей и цитологический анализ мазков со слизистой оболочки пораженных участков гортани. Обследовано 20 пациентов (6 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 21 до 54 лет, лечившихся в фониатрическом отделении СПб НИИ ЛОР.

Из анамнеза выяснено, что среди обследованных пациентов было 4 человек, которые болели с детства, а патологические образования гортани многократно подвергались хирургическому удалению с последующим гистологическим диагнозом: «папиллома гортани». У остальных 16 пациентов опухоли были обнаружены впервые. При клиническом обследовании больных, поступивших в фониатрическое отделение НИИ ЛОР с жалобами на охриплость голоса, было выявлено, что слизистая оболочка голосовых складок имела бледно-розовый цвет, иногда с выраженным сосудистым рисунком. Опухоли располагались в виде единичных, мелких, реже крупных, сосочковых разрастаний по краям голосовых складок, ближе к передней комиссуре, распространяясь в подскладочный отдел гортани. При видеостробоскопическом исследовании амплитуда колебаний голосовых складок в области поражения отсутствовала, а на участке, свободном от опухоли, была значительно уменьшена. Слизистая волна также отсутствовала. Голосовая щель была неправильной формы и зависела от размеров и формы опухоли. Хирургическое удаление патологического образования проводили при прямой опорной микроларингоскопии, в условиях общей анестезии, с предварительной премедикацией.

Сопоставление данных физиологического исследования состояния ВНС и морфологического анализа структуры опухолей показало, что между ними существует определенная взаимосвязь, и привело к естественному разделению больных на три группы.

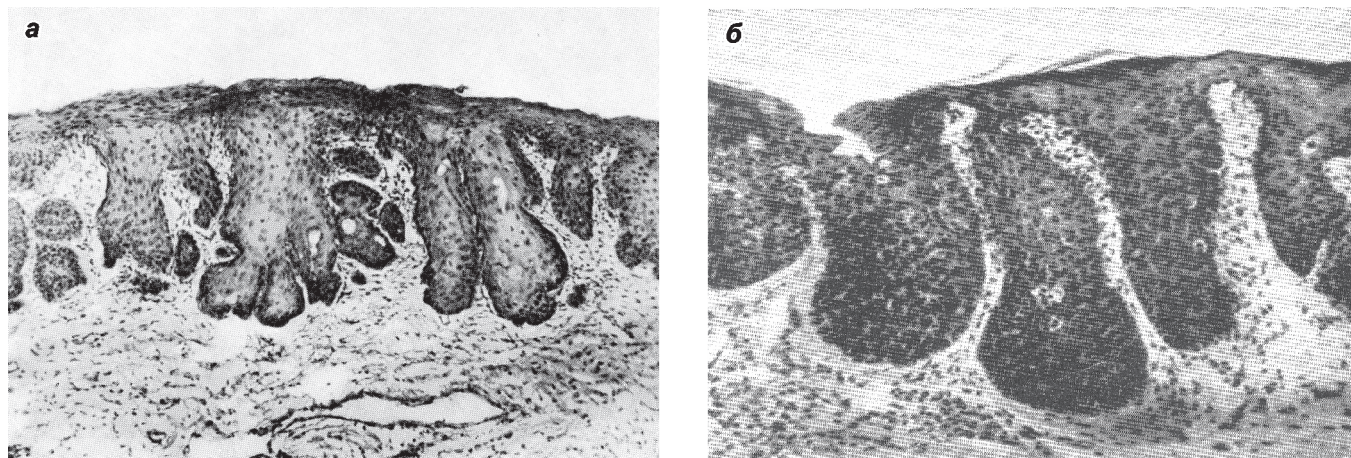


Рис 1. Гистологическая структура папилломы а) гиперплазия эпителия и паракератоз (Об. 8, ок. 10), б) дисплазия эпителия (Об.20, ок. 10). Окраска гематоксилином и эозином

У 11 человек первой группы функциональное состояние ВНС характеризовалось вегетативной эйтонией в сочетании с недостаточным вегетативным обеспечением деятельности (ВОД) за счет сниженной вегетативной реактивности (ВР). При микроскопическом исследовании папилломы были обнаружены клетки многослойного плоского эпителия в состоянии митотического деления. В целом митозов было немного, они встречались, главным образом, в базальном слое. На поверхности эпителия они наблюдались не часто, однако у 1-го больного и в поверхностных слоях отмечалась повышенная митотическая активность. В большинстве случаев гиперплазия эпителия сочеталась с ороговением и явлениями паракератоза. У 2-х пациентов была отмечена дисплазия эпителия. Строма опухолей состояла из плотной соединительной ткани с небольшим количеством клеток и сосудов (рис.1а).

Во второй группе больных (5 человек) отмечался сниженный общий вегетативный тонус, гипореактивность и недостаточное вегетативное обеспечение деятельности. Удаленные у них папилломы отличались следующими особенностями микроскопического строения: в эпителии таких папиллом встречалось больше митозов, а строма их, хотя и была представлена плотной соединительной тканью, содержала большое количество кровеносных сосудов, что чаще бывает у детей и подростков. Помимо этого в соединительной ткани чаще отмечались явления склероза и хронической воспалительной инфильтрации.

В третьей группе (4 пациента) функциональное состояние ВНС характеризовалось избыточным ВОД за счет гиперреактивности при нормальном вегетативном тоне. Основным отличием микроскопического строения папиллом у этих больных была выраженная дисплазия эпителия (рис.1б).

При цитологическом исследовании в препаратах обнаружены пролифераты крупно- и мелкоклеточного типа – пласты клеток многослойного плоского эпителия из различных его слоев, клетки цилиндрического эпителия, многочисленные безъядерные формы («чешуйки»), голаядерные элементы, а также скопления клеток с резким пикнозом ядер и повышенной эозинофилией цитоплазмы.

Таким образом, у всех больных патологические морфофункциональные изменения слизистой оболочки голосовых складок сочетались с неадекватным вегетативным обеспечением деятельности.

Это позволяет полагать, что среди эндогенных факторов развития папилломатоза голосовых складок находятся и нарушения адаптационно-трофической функции ВНС, направленной на обеспечение адекватного тканевого и клеточного метаболизма. Дисфункция ВНС является одним из условий, способствующих патологическим изменениям трофического состояния слизистой оболочки гортани при действии повреждающих факторов внешней и внутренней среды. В связи с этим при назначении лечебных мероприятий возникает необходимость учитывать нейродистрофический компонент заболевания.

Литература

1. БАКУМОВ ВН, ЛЫСОЧЕНКО НН, НАБАТОВА ЕА, и др. Наш опыт лечения респираторного папилломатоза // Рос. оторинолар. - 2002. - №1. - С. 17 - 18.
2. ВАСИЛЕНКО ЮС. Голос. Фониатрические аспекты. - М.: Энергоиздат, 2002. - 480с.
3. ВЕЙН АМ, СОЛОВЬЕВА АД. Патологические вегетативные синдромы (клинико-физиологическая характеристика) // Физиология вегетативной нервной системы / Ред.: Н.П. Бехтерева и др. - Л.: Наука, 1981. - С.668 - 698.
4. ВОЗНЕСЕНСКАЯ ИА. Папилломы гортани. - Медгиз, 1958. - 124с.
5. МАРЧЕНКО ВН, ЛОТОЦКИЙ АЮ, ЛОВИЦКИЙ СВ. Участие нервной системы в формировании воспаления бронхов и легких // Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия / Ред. Г.Б. Федосеев. - СПб.: Нордмед - Издат, 1998. - С.410 - 428
6. САМОТОКИН МВ. Вегетативный статус детей с гиперплазией глоточной миндалины // Новости оторинолар. и логопат. - 1999. - N1(17). - С.71 - 74.
7. САРКИСОВ ДС. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций: Руководство / АМН СССР. - М.: Медицина, 1987. - 448с.
8. ЮРКОВ АЮ, ШУСТОВА ТИ, СТЕПАНОВА ЮЕ. Функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных с полипами голосовых складок // Вестник оторинолар. - 2000. - №3. - С.52 - 54.

SFORĂITUL SI APNEEA ÎN SOMN

SNORING AND SLEEP APNEEA

D.V. Mârțu¹, C.M. Mârțu², Luminița Rădulescu³

¹Prof. Dr. Clinica ORL, UMF "Gr. T. Popa", Iași,

²Student MG, UMF "Gr. T. Popa", Iași,

³Sef lucr. Dr. Clinica ORL, UMF "Gr. T. Popa", Iași

Rezumat

Sforăitul reprezintă un zgomot rezonant, produs în timpul somnului în căile respiratorii superioare. Dintotdeauna au existat persoane care sforăie, dar relativ recent acest simptom, a fost corelat cu problemele serioase, cardio-pulmonare și neurologice generate de întreruperea fluxului aerian în timpul somnului. Parafrazând un scriitor francez, putem demasca somnul ca o aventură sinistă, în care ne adâncim în fiecare seară, cu o îndrăzneală care este rezultatul ignoranței pericolului.

După numeroase statistici sforăie 40% dintre bărbați și 26% dintre femeile între 55 și 84 ani. Este dificil de evaluat însă procentajul exact, deoarece de multe ori nu există martori (persoane singure).

Summary

Snoring represents a resonant noise produced during sleep in the superior air ways. Snoring people has always existed, but relatively recently this symptom was correlated with serious problems, cardio-pulmonary or neurological generated by disrupting the air flux during sleep. Paraphrasing a French author, we can unmask sleep as a sinister adventure, in which we get deeper every night, with a dear that is the result of ignoring the danger.

After numerous statistics 40% of men and 26% of women snores between 55 and 84 years old. It is difficult to evaluate the correct percentage because many times there are no witnesses (lonely people).

Introducere

Sforăitul a existat ca problemă la limita dintre medicină și disconfort psihosocial din cele mai vechi timpuri. Bolle (2) pe 2320 copii între 4 și 14 ani constata că cei care sforăie reprezentau un procentaj de 25%.

De multe ori problemele din cuplu sunt datorate sforăitului, partenerul neputând să-și satisfacă nevoia de somn datorită zgomotului produs de un conviv zgomot ce poate depăși peste 60 dB. Sforăitul se însoțește de perioade de apnee, ceea ce determină o odihnă precară în timpul nopții. Istoria reține, „sforăitori” celebri – tiranul Dionisos din Heraclea – un obez care în timpul zilei trebuia să fie înțepat pentru a fi trezit din somnolență datorată deficitului de somn nocturn. Însuși declinul lui Napoleon este atribuit după unii cercetători, imposibilității de concentrare corespunzătoare datorită proastei calități a somnului din timpul nopții. Prin termenul de apnee definim oprirea fluxului aerian la nivelul orificiului bucal și narinar. Pentru ca apneea să fie patologică, durata acesteia trebuie să depășească 10 secunde. Prin hipopnee înțelegem scăderea cu 50% a amplitudinii respiratorii sau cu mai puțin de 50%, la care să fie asociată o desaturare cu oxigen de cel puțin 3% sau cu o trezire evidentă, minim 10 secunde. Numărul de perioade de apnee variază de la individ la individ putându-se ajunge la peste 600 pe noapte.

Francesei (2) pe 2518 subiecți între 6-92 ani, investigați timp de 1 an a evidențiat apnee de somn la 1,2% dintre aceștia.

În timpul opririi respirației se produce o desaturare a oxigenului din sângele arterial. Cu cât pauza respiratorie este mai lungă iar frecvența acesteia mai mare cu atât desaturarea cu oxigen a sângelui este mai mare. La cei cu apnee de somn moderată scade până la 90% iar la cei cu apnee de somn severă poate ajunge sub 70%.

Este evident că acest fapt are consecințe negative asupra funcționării creierului și a sistemului cardio-vascular. În timp pacienții cu apnee de somn dezvoltă aritmii cardiace ajungându-se la tahicardie ventriculară. Apneea din timpul somnului crește riscul infarctului miocardic. La pacienții cu apnee de somn întâlnim deasemenea o creștere a presiunii arteriale pulmonare ce duce la o hipertensiune arterială pulmonară permanentă.

Material si metodă

Materialul de studiu este reprezentat de 33 cazuri diagnosticate cu apnee de somn (peste 10 perioade de apnee pe ora de somn) pe un interval de 5 ani în Clinica ORL a Spitalului de Recuperare. Dintre aceștia 23 pacienți au fost tratați chirurgical, intervențiile având drept scop redimensionarea căilor aeriene superioare în segmentele afectate.

S-au efectuat 23 velofaringoplastii, 15 corecții ale deviației de sept, 12 amigdalectomii, 8 turbinectomii.

Rezultate

În aprecierea rezultatelor ne-am orientat după declarațiile pacienților și a familiilor acestora, deoarece nu am avut la dispoziție un polisomnograf care să ne ofere elemente obiective.

Pacienții au fost invitați să răspundă la următorul chestionar:

1. In urma intervenției chirurgicale somnul dumneavoastră este mai bun?
 - în mare măsură
 - în mică măsură
 - nu am observat vreo ameliorare
2. In urma intervenției chirurgicale intensitatea sforăitului s-a diminuat?
 - în mare măsură
 - în mică măsură
 - nu am observat vreo ameliorare
3. In timpul zilei vă simțiți odihnit?
 - în mare măsură
 - în mică măsură
 - nu am observat vreo ameliorare

In urma completării acestui chestionar am obținut următoarele rezultate: somnul s-a ameliorat în mare măsură la 13 din cei 23 pacienți și în mai mică măsură la 6 pacienți, iar 4 pacienți nu au obținut nici o ameliorare.

Sforăitul s-a diminuat considerabil la 10 pacienți, la 11 în mai mică măsură, iar în 2 cazuri rezultatele nu sunt interpretabile. Senzația de bine, de absență a oboselii a fost resimțită în mare măsură de 14 pacienți.

Discuții

Sforăitul poate fi simplu – caz în care nu deranjează însoțitorii și social – situație în care însoțitorii sau colocarii sunt deranjați.

Apneea de somn poate fi:

1. centrală – prin oprirea completă a activității mușchilor respiratorii, prin abolirea impulsurilor excitative pentru mușchii intercostali ai diafragmei cu încetarea mișcărilor respiratorii și a fluxului de aer,
2. obstructivă – prin întreruperea fluxului de aer, dar cu persistența mișcărilor toraco-abdominale, în acest caz întreruperea fluxului de aer se datorează colapsului căilor aeriene superioare și
3. mixtă – care începe ca apnee centrală și se termină ca apnee obstructivă.

In majoritatea cazurilor apneea este de tip obiectiv; apneea de tip central fiind de cauză neurologică.

Regiunile anatomice implicate în apnee sunt fosele nazale, vălul palatin, rinofaringele. Fosele nazale au un rol important, dar este de reținut că îndepărtarea unui obstacol la trecerea aerului la nivelul foselor nazale nu vindecă sforăitul – dar neglijarea acestui obstacol reprezintă o cauză de eșec al chirurgiei velofaringiene.

Vălul palatin reprezintă o adevărată “cortină a teatrului bucal” și ca orice decor este adesea neobservat, în favoarea actorilor care joacă în avanscenă. Alături de funcții benefice ale vălului în deglutiție și fonație există și rolul nefast al acestuia în sforăit.

In timpul somnului normal se produc o serie de modificări fiziologice. Astfel scade tensiunea arterială și ritmul cardiac la nivelul aparatului cardiovascular, crește irigarea cu sânge la nivelul sistemului nervos central, scade frecvența respiratorie și ventilația pe minut în perioada de somn la nivelul pulmonului, caracterizată prin mișcări oculare lente ce ocupă 75-80% din timpul de somn și crește frecvența respiratorie care devine neregulată, în faza de mișcări oculare rapide, crește secreția gastrică și scade mobilitatea esofagiană la nivel gastrointestinal, scade temperatura corpului la nivelul termoreglării, iar din punct de vedere endocrin hormonii de creștere au un nivel maxim.

Pentru a se produce ronhopatia este necesar un vibrator – acesta este reprezentat în principal de vălul moale, iar ca accesoriu pereții flasci ai orofaringelui și sufleria pulmonară care îl pune în vibrație. Sediul obstrucției poate fi la nivelul fiecăruia din cele 3 segmente rino, oro sau hipofaringe sau poate fi cumulat.

Vălul poate fi pletoric și este cazul unui eventual pacient obez de peste 50 ani cu o mucoasă faringiană inflamată, sau poate fi subțire, sărac în fibre musculare, lueta fiind lungă și fină, mucoasa având un aspect normal.

Cauzele apneei de somn pot fi locale și acestea sunt congenitale (retrognatie, microglosie, macroglosie, malformațiile linguale obstructive sau mixte, sindromul Pierre Robin) sau dobândite – orofaringiene (hipertrofia adenoamigdaliană, velară, a bazei limbii provocată de inflamație, cancer, leiomiom tiroidă ectopică). Stenozele anatomice ale căilor aeriene superioare prin anomalii osoase mandibulare sau ale planului vertebral (Morb Pott cervical, fracturi de yahis vicios consolidate) sunt de asemenea cauze ale sforăitului.

Cauzele generale pot fi hormonale (hipotiroidia, acromegalia, insuficiența luteală), metabolice (obezitatea, alcoolul), geriatrie (îmbătrânirea produce relaxare musculară).

Examenul clinic începe cu anamneza. Se dă atenție vârstei (incidența și gravitatea cresc progresiv cu vârsta), sexului (incidența mai mică la sexul feminin), antecedentelor – obezitate, boli pulmonare, hipertrofie amigdaliană).

Simptomatologia diurnă este reprezentată de tendința de a adormi (ziua) – care variază de la tendința de a adormi în momentele de inactivitate fizică, până la a adormi în momentele de activitate intensă. Statistici efectuate în Germania și Suedia arată că între 25-30% din accidente rutiere sunt provocate de persoane ce suferă de apnee de somn care adorm la volan. Alte simptome sunt reprezentate de cefalee (care este matinală și se datorează vasodilatației cerebrale), tulburări intelectuale (scăderea atenției, a memoriei, apatie, iritabilitate, a eficacității intelectuale, depresie, schimbări de personalitate ce pot duce la concedieri). Tulburările sexuale se traduc prin scăderea libidoului, prin scăderea testosteronului plasmatic la 25-30%.

Simptomatologia nocturnă este reprezentată de sforăit. Acesta crește în intensitate în decubit dorsal și după ingestia de alcool. Pacientul prezintă de asemenea apnee ce determină alterări ale stadiilor somnului (stadiile III și IV sunt scurte, iar stadiile I și II sunt prelungite), cu treziri frecvente în cursul nopții. Dacă durata apneei este mare se pot produce crize de asfixiere. Pacienții pot

prezenta de asemenea hipersudurație nocturnă, coșmaruri, somnambulism, poliurie și enurezis prin creșterea peptidului atrial natriuretic.

Alte simptome mai puțin frecvente sunt reprezentate de reflux gastro-esofagian, parestezii faringiene, hipertensiune arterială, policitemie, hipoacuzie (posibil prin traumă sonoră) (4).

Examenul clinic poate evidenția un obez cu gât scurt și gros micrognat sau retrognat. Bucofaringoscopia poate evidenția macroglosie, hipertrofie amigdaliană, văl moale flasc, tumori maligne, vegetații adenoidale, hipertrofia amigdalei linguale, mucoasa hiperemica, adenopatie cervicală.

Diagnosticul paraclinic beneficiază azi de polisomnografia standardnocturnă (3). Aceasta include înregistrarea și analiza următorilor parametri: EEG, EKG, electrocardiograma, electromiograma, fluxul de aer oronazal, efortul peretelui toracic, intensitatea sforăitului (microfon), saturație cu oxihemoglobină. Durata înregistrării va fi de minimum 6 ore.

Odată fixat diagnosticul, pacientul poate beneficia fie de mască cu presiune pozitivă, pe care o va purta în timpul nopții, fie de tratament chirurgical (7).

Este indicat de asemenea să respecte un regim igienodietetic, ce presupune: controlul greutatei corporale, evitarea condimentelor, a alcoolului, tutunului, somniferelor.

Tratamentul chirurgical are următoarele principii:

- lărgirea faringelui în toate dimensiunile
- scurtarea vălului palatin
- punerea în tensiune a țesuturilor moi subiacente.

Lărgirea faringelui presupune efectuarea adenoidectomiei la copil și de asemenea a amigdalectomiei, dacă există o hipertrofie amigdaliană. Este important ca disecția să se facă atent, cu respectarea pilierilor și să se facă ablația îngrijită a părții mijlocii a amigdalei – cu rol în retracția părții joase a faringelui.

Un al doilea obiectiv constă în rezecția părții inferioare a vălului. O rezecție insuficientă este inefficientă, o rezecție exagerată va determina refluxul alimentelor și lichidelor pe nas.

Mușchiul tensor al vălului va fi păstrat, aceasta fiind o condiție pentru a evita o insuficiență velară și a conserva o fonatie bună.

Vălul va fi scurtat, subțiat, avansat – manevre ce beneficiază de chirurgia laser (6,8). Am folosit această metodă la 4 din cazurile noastre.

Faringoplastia urmărește eliberarea vălului spre înainte, lărgirea spațiului velofaringian și sutura mucoasei.

Eliberarea vălului spre înainte se face prin secționarea pilierului posterior (atenție la carotida internă). Lărgirea spațiului velofaringian se realizează prin crearea unei ancoșe în marginea pilierului anterior la care se suturează pilierul posterior.

Complicațiile pot fi majore, de la insuficiență velară și stenoze până la decese (Harman 2 decese pe 132 faringoplastii) și minore (dureri postoperatorii, reflux lichidian, tulburări de gust). În cazurile noastre nu am avut nici o complicație majoră. Dintre complicațiile minore menționăm un pacient ce a avut o hemoragie la 3 ore postoperator și 6 pacienți la care durerea a fost mai accentuată.

Lărgirea faringelui se efectuează de asemenea și prin hemiamigdalectomia linguală laser, baziglosectomia cu hioidopexie, avansare mandibulară fără modificarea articulației, avansare mandibulară și maxilară.

Există însă și cazuri în care orice tratament se dovedește inefficient și atunci există indicația unei traheotomii temporare sau definitive.

Bibliografie

1. R.H.B. Gooddey, D. Sprecious – Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Diagnostic and Management – J. Can. Dent. Assoc. 2001; 67 (II), 652-658
2. AM Li, DFY Chan, TF Fok – Childhood obstructive sleep apnea: an update. Hong Kong Med. J. 2004. 10. 406-413
3. W. J. Nowack – Polysomnography: Overview and Clinical Application. Am. J. Neurology 2004.6.10
4. P. Demeter, A. Pap. – The relation ship between gastroesophageal reflux disease and obstructive sleep apnea – J. Gastroenterology, 2004, September, 39 (9), 815 -820
5. T. Vesse, BA Kroker Tonsillectomy as a treatment of obstructive sleep apnea in adults with tonsillar hypertrophy – Laryngoscope 2000, September 110 (9), 1556 -1559
6. RC Keru, DL Kutler. Laser assisted uvulopalatoplasty and tonsillectomy for the management of obstructive sleep apnea syndrome – Laryngoscope 2003 Jul 113 (7) 1175-1181
7. D.I.Loube; P.C. Gay – Indications for positive Airway Pressure Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea Patients – Chestionar 1999; 115:863-6
8. R.P. Walker. M.M. Grigg Damberger- Laser assisted uvulopalatoplasty for the treatment of mild, moderate, and severe obstructive sleep apnea – Laryngoscope 1999 January 109 (1) 79-85

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МУТАЦИОННОЙ ДИСФОНИЕЙ

BIOFEEDBACK IN COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH MUTATION DYSPHONIA

О.С. Орлова*, Е.М.Зеленкин**, П.А. Эстрова***

*главный научный сотрудник, доктор пед. наук, проф.,

**главный научный сотрудник, доктор мед. наук,

***логопед, канд.пед.наук

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава», г. Москва

Summary

The main purpose of the rehabilitation is to achieve the best acoustical result in shortest period of time. Biofeedback (BFB) is the method which help to do this. BFB enable to improve process of restoration of a voice.

We studied 315 patients age from 11 to 18 years with dysphonia.

We have created a differential technique BFB visual, hearing and tactil.

Мутация является одним из критических периодов в развитии и формировании детского голоса. Патологический механизм фонации во время мутации заключается в дискоординации слаженного механизма голосообразования. С одной стороны, закрепившийся стереотип фальцетного звучания, а, с другой стороны, изменения, связанные с быстрым ростом гортани и голосовых складок, приводят к нестабильности звучания. Несформированность слухового самоконтроля затягивает процесс стабилизации звучания нового взрослого голоса. Именно поэтому в фониатрической практике большое значение уделяется функциональным тренировкам, предполагающим развитие дыхания, системы резонирования и голосообразования. Основная цель реабилитации – достижение оптимального акустического результата в минимально короткий срок. Проведение занятий с подростками нередко бывает неэффективными, так как подростки болезненно реагируют на критические замечания в свой адрес.

Биологическая обратная связь - это комплекс процедур, в ходе которых тренирующемуся через специальные приборы подается информация о состоянии физиологических процессов с целью сознательного обучения управлению функциями, которые неконтролируемы в обычных условиях. У обучающегося появляется возможность осознанно производить произвольное управление процессами, которые не поддаются контролю в обычных условиях, ускоряется ослабление патологических устойчивых связей голосообразования и формируется слуховой самоконтроль. В этой связи поиск новых совершенных средств является актуальной проблемой фониатрии.

Различают однопараметрическую и многопараметрическую обратную связь, которые позволяют использовать слуховой, зрительный или кинестетический канал восприятия и контроля. Изучая индивидуальные психологические особенности можно определить ведущий канал сенсорного восприятия с помощью специальных тестов (движения глазного яблока, поведенческие реакции, уровень притязания и самоконтроля).

Нами была разработана дифференцированная методика применения БОС в зависимости от этапа коррекционной работы и личностных индивидуальных особенностей пациентов с учетом ведущего сенсорного канала.

Под нашим наблюдением находилось 315 подростков в возрасте от 11 до 18 лет, которым была применена дифференцированная биологическая обратная связь.

Изучая индивидуальные психологические особенности у пациентов с мутацией нами было установлено, что у 61% обследованных доминирующим был зрительный, у 29% - слуховой канал, у - 10% кинестетический канал.

Для подростков с доминирующим визуальным каналом на разных этапах коррекционного воздействия мы использовали аппараты «Triflo-II», «Vocal-2», «Doctor Speech», компьютерную программу « Видимая речь».

При проведении слуховой обратной связи применяли магнитофон, «Мастер Саунд», «Монолог». Эти приборы позволяли через слуховой канал повысить самоконтроль тренирующегося за собственной речью и голосом.

Нами разработаны дифференцированные программы по использованию аппарата « Монолог», который объединяет корректофон, заглушающий речь белым шумом; аппарат «Эхо», позволяющий воспроизводить речь отставлено с задержкой; звукоусиливающий аппарат и метроном, способствующий формированию темпо-ритмической стороны речи.

Вначале занятий рекомендовали звукоглушение, затем звукоусиление, для снятия излишнего напряжения – «эхо» эффект, для закрепления сформированных навыков – метроном при произнесении различного речевого материала. Ход занятий записывался на магнитофон, а затем прослушивался подростком совместно с логопедом и самостоятельно. Применение «Мастер Саунд» усиливало терапевтический эффект.

Для подростков с кинестетическим ведущим каналом в комплексную терапию включали низкочастотную вибротерапию, грудной клетки, а также верботональную методику с помощью аппарата « Верботон Г-20».

Это позволяло значительно сократить сроки функциональных тренировок.

Курс занятий варьировался от 2-х недель до месяца. У всех пациентов отмечалась нормализация голоса и значительное улучшение речи.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения биологической обратной связи в период мутации и необходимости дальнейшего внедрения в широкую фониатрическую и логопедическую практику.

Литература

1. ВАСИЛЕНКО ЮС. Голос. Фониатрические аспекты / Ю.С.Василенко. – М.: Энергоиздат, 2002. с. 480.
2. ВАСИЛЕНКО ЮС, ОРЛОВА ОС, УЛАНОВ СЕ. Нарушения голоса в период мутации. Особенности фонопедической работы: Метод. рекомендации. – М. 1984. с. 14.
3. ВИЛЬСОН ДК. Нарушения голоса у детей / Д.К. Вильсон. М.: Медицина, 1990. с. 446.
4. Детская оториноларингология: Руководство для врачей/ Под ред. М.Р.Богомилского, В.Р.Чистяковой. .В двух томах. Т. I. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. с. 660.
5. ОРЛОВА ОС, ЭСТРОВА ПА. Применение биологической обратной связи при восстановлении голоса в период мутации. // Материалы юбилейной Всероссийской конференции с международным участием «Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии» Москва 29-30 сентября. М. с. 56.
6. РАДЦИГ ЕЮ. Нарушения голоса у детей и подростков. Этиология, клиника, диагностика и лечение: автореф. дис...на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук.
7. РАДЦИГ ЕЮ, ОРЛОВА ОС. Новые возможности организации фониатрической помощи детскому населению // Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии / Материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием – М., 2005. – с. 57.
8. РАХМЕЛЕВИЧ АГ, ЧАПЛИН ВЛ. Мутация голоса / А.Г.Рахмелевич, В.А.Чаплин // Заболевания гортани у детей. – М. 1982. – с. 97-100.
9. ARONSON AE. Clinical voice disorders. 3rd edition: Thieme New York, 1990, p. 396
10. GREENE M, MATHIENSON L. The voice and its disorders. / 5th Edit.— London and New Jersey: Whurr Publishers, 1995.p. 425
11. FUCHS M, BEHRENDT W, et al Prediction of the onset of voice mutation in singers of professional Boes' choirs: invrstigation of members of the Thomaner choir, Leipzig.// Folia Phoniatr. Logop.- 1999.-vol.55.-6.-p. 261-271
12. SATALOFF R. Professional voice: the science and art of clinical care.-1997.-p.1069

НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА В ПЕРИОД МУТАЦИИ

THE VOICE DISORDERS IN THE MUTATION PERIOD

О.С.Орлова¹, П.А.Эстрова², Е.Ю.Радциг³, О.Ю.Федорова⁴

¹главный научный сотрудник, доктор пед. наук, проф.

²логопед, канд. пед. наук ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава»

³доктор пед. наук, доцент РГМУ

⁴старший преподаватель, канд.пед.наук МГГУ им. М.А.Шолохова

Summary

The voice mutation is a very interesting problem. The different voice disorders increasing year by year. We have some difficulties in voice disorders diagnostic, especially on early stage. We studied 315 patients age from 11 to 18 years with different mutation dysphonia. The ENT-doctor and logophonoteacher together can to estimate of children voice quality based on recording dates (endovideodates made by ENT or voice recordings made by logophonoteacher). In all case of abnormal voice logophonoteacher send patients to ENT department for endo/stroboscopic examination. Our experience help in early diagnostic voice disorders and complex treatment different voice disorders in teenagers.

МУТАЦИЯ – физиологический процесс, однако именно в этот период чаще всего приходится сталкиваться с различными нарушениями голоса у подростков. Своевременная диагностика голосовых расстройств является актуальной проблемой фониатрии и логопедии. Перед нами стояли задачи:

1. Выявить группу риска подростков с нарушениями голоса в период мутации на основе скрининговых методов оценки, диспансеризации и обращаемости.

2. Провести комплексное исследование функционального состояния голосового аппарата у подростков в период мутации с использованием инструментальных методов.

Объектом исследования явилась группа из 315 детей (129 мальчиков, 186 девочек) в возрасте от 11 до 18 лет. После слуховой оценки голоса логопедом подростки при необходимости направлялись к ЛОР врачу.

Для изучения объективных показателей функционального состояния голосового аппарата использовали логопедическое обследование, изучение интенсивности, высоты звучания, спектральный акустический анализ голоса, «определение голосового поля», время максимальной фонации, данные клинических исследований (ларингоскопии, микроларингоскопии, видеоларингостробоскопии, покадровую ларингоскопию). Исследования осуществляли в динамике (при поступлении и выписке, до и после дозированной голосовой нагрузки). Применение покадровой ларингоскопии и переводение информации в цифровой формат давало возможность консультирования ребенка специалистами посредством Интернета (методика Е.Ю.Радциг, О.С.Орловой).

В анкетировании принимали участие **учащиеся** 7-11-х классов. Было установлено, что ученики 7-х классов не считали голос значимым фактором.

Оценивая голос одноклассников, респонденты называли такие признаки голоса в период мутации как охриплость, нестабильность силы, напряженность, сдавленность звучания. Только 10-15% опрошенных в разных классах могли определить у себя нарушения тембра. Часто эта оценка оказывалась необъективной, так подростки в 8-9 классах в 15% определяли свой голос как нарушенный, при этом не могли назвать патологических качеств. В других случаях – 8% выделяли такие характеристики собственного голоса как охриплый, грубый, низкий, однако при этом считали его соответствующим норме.

Среди причин, которые влияют на качество голоса, подростки называли различные заболевания верхних дыхательных путей – от 25% до 42% в разных классах. Они отмечали появление охриплости и назализации при болезни, утомляемость голоса, возрастающую от нагрузок. Только 20% учащихся 7-х классов связывали голосовое нарушение с перенапряжением и форсированием голоса, в то время как 80% учащихся 11-х классов считали эту причину важной. Респонденты отмечали, что при крике, длительных голосовых нагрузках голос меняется, становится тише.

Выявлены различия в оценках девочек и мальчиков. Девочки раньше, чем мальчики начинали реагировать на изменения голоса и отмечали понижение и изменение тональности у мальчиков в пубертатном периоде чаще, по сравнению с одноклассниками мужского пола.

При исследовании было установлено, что начало мутации в основном проявлялось у мальчиков 8-х и 9-х классов, лишь в единичных случаях – у учащихся 7-х классов. В 10-11 классе был выявлен лишь незначительный процент юношей, у которых голос остался прежним по звучанию или продолжались мутационные проявления.

Нарушения голоса в период мутации часто были обусловлены социальными и психологическими факторами. Изучение семейных отношений показало, что большинство подростков, имеющих нарушения голоса, воспитывалось в неполных семьях, в 10% случаев – это были поздние дети, с гиперопекой взрослых. В 25% случаев отношения с родителями не носили доверительного характера, в семье часто возникали различные конфликты.

Таким образом, по результатам анкетирования мы могли выделить группу детей, которые требовали более глубокого изучения для выявления у них особенностей мутационных изменений голоса. Наиболее осведомленными о голосе и его особенностях оказались дети, которые занимались музыкой, вокалом или посещали драматические кружки и студии.

Анализ анкет старших школьников, у которых завершился процесс смены голоса, показал, что для большинства (68% – юношей и 52% – девушек) он прошел незаметно, и они затруднялись назвать сроки, когда это было.

32% юношей и 48% девушек испытывали неприятные ощущения, связанные с повышенной утомляемостью голоса, его охриплостью и нестабильностью, першением и навязчивым откашливанием.

Изучение вредных привычек у подростков выявило, что 41% мальчиков и 18% девочек имели никотиновую зависимость. Большинство не верили, что постановка голоса даст положительный результат именно в связи с курением.

Таким образом, проведя анкетирование школьников, мы выявили «группу риска», которую направили для углубленного клинического и психолого-педагогического обследования к ЛОР-врачу и фониатру, что составляет 31,2% от обследованных подростков. Было установлено, что более гладко мутация протекает у девушек, однако дисфонии выявлялись более часто у них, а не у юношей.

Углубленное медико-психолого-педагогическое обследование было проведено у подростков «группы риска» и самостоятельно обратившихся к лор-врачу, всего было обследовано 150 человек. Из них *предмутационная стадия* диагностирована у 25 человек, *собственно мутационная стадия* – у 105 подростков, *постмутационная стадия* – у 20 человек.

Изучение причин стойких нарушений голоса выявило полиэтиологичность мутационных дисфоний. Наиболее часто голосовые расстройства были обусловлены психоэмоциональной неподготовленностью подростков к смене голоса, конституциональными нарушениями в строении голосового аппарата, перенапряжением голоса, перенесенными воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, расстройствами эндокринной системы, сенсорными нарушениями, семейными конфликтами и другими стрессогенными факторами.

При эндоскопическом исследовании гортани выделено несколько групп подростков: 1 группа, – в которой диагностировали типичную мутацию; 2 группа – мутацию, сочетающуюся с острым ларингитом; 3 группа – мутацию, сочетающуюся с узелками голосовых складок; 4 группа – психогенную афонию на фоне мутации и 5 группа – спастическую дисфонию на фоне мутации.

При ларингоскопии у всех обследованных **1 группы** выявлялись типичные физиологические изменения: гипермированные, отечные голосовые складки, незначительное скопление слизи, недосмыкание голосовых складок во время фонации в задних отделах («мутационный треугольник»), вследствие чего в голосе подростков происходили характерные изменения тембра звучания. Как правило, «воспалительная реакция» значительно снижалась при понижении тональности

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 клинико-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 aceeași 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.

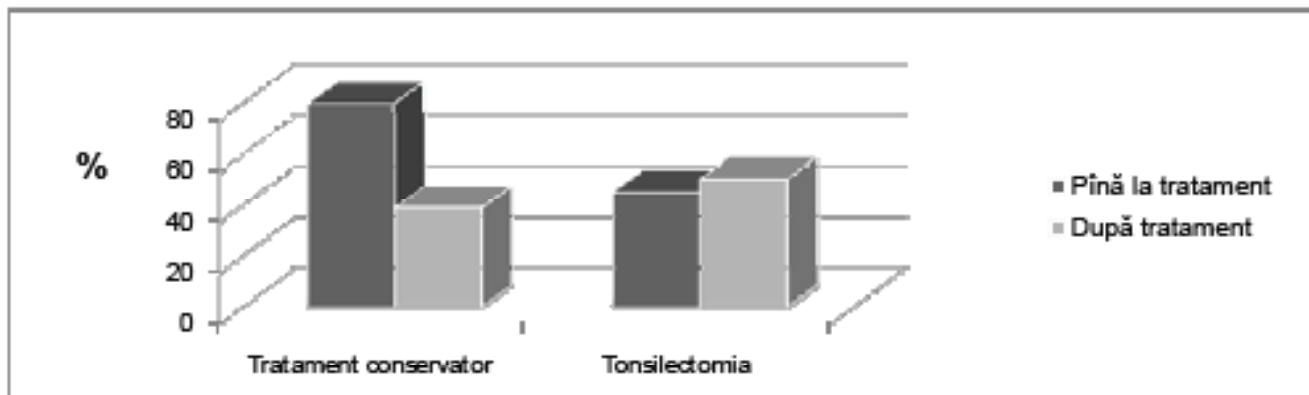


Figura 1. Morbiditatea populației prin gripă în dependență de metoda de tratament a tonsilitei cronice

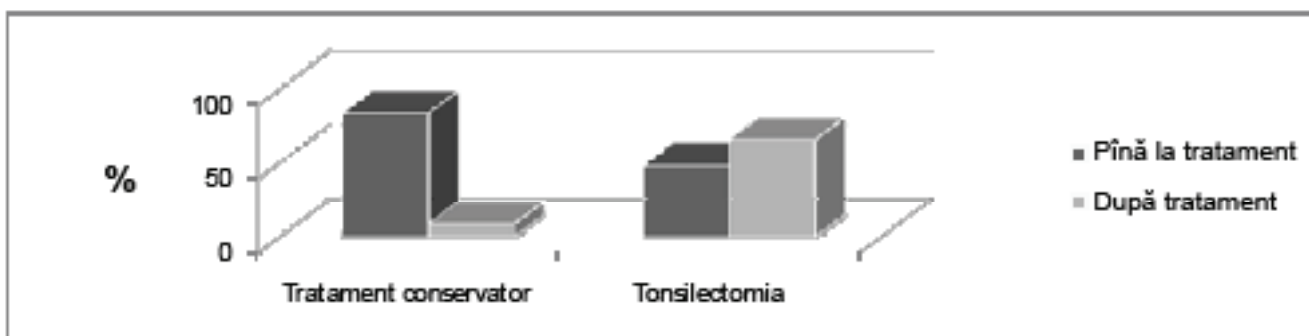


Figura 2. Morbiditatea populației prin catar respirator în dependență de metoda de tratament a tonsilitei cronice

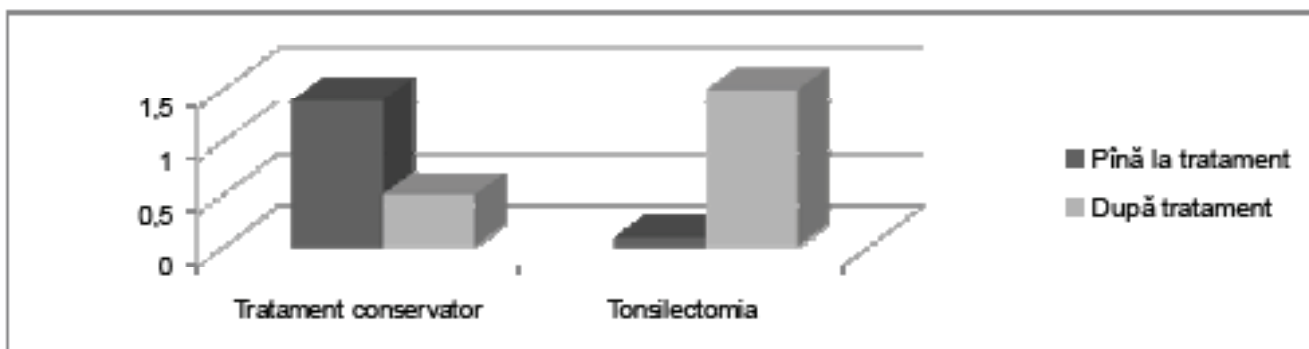


Figura 3. Morbiditatea populației prin rinită acută și cronică în dependență de metoda de tratament a tonsilitei cronice

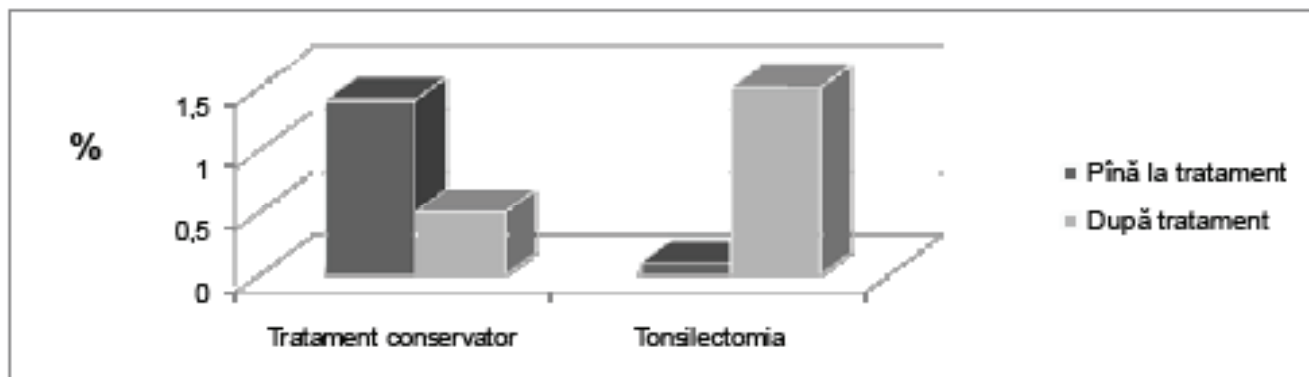


Figura 4. Morbiditatea populației prin sinuzită în dependență de metoda de tratament a tonsilitei cronice

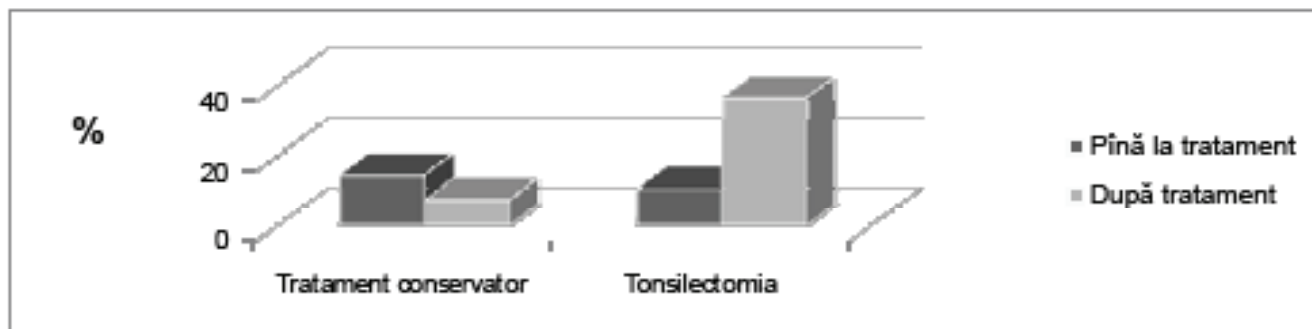


Figura 5. Morbiditatea populației prin faringită în dependență cu metoda de tratament a tonsilitei cronice

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

Necătuind 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 având 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 întâlnesc unele abateri de la această apreciere. De pildă – unii autori afirmă că orice inflamație a faringelui poate fi numită angină, alții la cuvântul angina adaugă și cuvântul acută.

Clasificarea Internațională a maladiilor din anul 1975, varianta rusă, folosește cuvântul 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 cuvântul 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, provocând diverse complicații și având 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 sârmă 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 tonsilelor 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.
-

TONSILOFARINGITA

VI. Popa, D. Ababii, T. Mologhin, O. Ivasi, I. Gafenco, A. Bragaru, V. Mărgineanu

Actualitatea studiului

Una din cele mai dificile probleme a otorinolaringologiei în special și a medicinei în general este tonsilita. Necatînd la faptul că tonsilita atît cea acută cît și cea cronică are o istorie de mii de ani și pînă astăzi ea are multe lacune. Cu anii ce trec tot mai acut se simte necesitatea studierii diferitelor aspecte a patologiei în cauză. Dacă angina (tonsilita acută) și tonsilita cronică întru măsura mai amplă sau mai puțin amplă se studiază și se studiază apoi tonsilofaringita nu se studiază și nu s-a studiat în special în fosta URSS. Dar medicii practicieni, mai ales acei care activează în policlinici se întîlnesc cu acești bolnavi. Patologia faringiană în general și tonsilofaringita în special este foarte actuală în deosebi astăzi, deoarece structura și caracterul morbidității populației se schimbă spre creșterea numărului de bolnavi cu boli cronice care au un caracter etiologic și patogen complex. Etiologia și patogenia tonsilofaringitelor nu se poate studia și analiza în afara legăturilor complexe anatomo-functionale dintre starea organismului și a tonsilelor palatine. Se știe că aparatul imun al organismului constituie un sistem complex și din ele fac parte și amigdalele palatine. Deci dereglările din tonsilele palatine pot duce la afectarea a altor organe și sisteme și invers patologiele acute și cronice ale altor organe și sisteme pot fi cauza tonsilofaringitelor.

În practica cotidiană ne întîlnim foarte des cînd la unul și același bolnav depistăm concomitent date clinice ale tonsilitei cronice și a faringitei cronice. În astfel de cazuri este foarte dificil de precizat care este cauza și care sunt consecințele a acestor afecțiuni.

Tonsilita acută (angina) ca și cea cronică se atîrna către afecțiuni a căilor aero-digestive foarte răspîndită. Cu acești bolnavi se ocupa nu numai otorinolaringologii dar și medicii de familie, pediatrii, infecționiștii, reumatologii, cardiologii, și alții.

Stabilirea corectă a diagnosticului de tonsilo-faringită se complică prin faptul că lipsește terminologia specială și oficială standard de tonsilo-faringită în statisticele oficiale. Aceasta terminologie tonsilofaringita pe larg se folosește în alte țări (B. Пальчун, Т. Полякова, А. Поливода, 2008)

Cauzele tonsilofaringitelor acute de cele mai multe ori sunt infecțiile virale, care ulterior se schimbă, se complică cu cea bacteriană. La apariția și dezvoltarea tonsilofaringitelor acute și cronice participă mai mulți factori exogeni și endogeni, printre ei putem numi:

- Bolile acute și cronice ale căilor aero-digestive (rinitele, rinosinusitele, vegetațiile adenoide, caria dentară, stomatitele, gingivitele, etc.)

- Afecțiunile gastrointestinale (refluxul gastroesofagian, colecistitele, disbacteriozele, ulcerul gastric, gastritele, enteritele)
- Patologia cardio-vasculară și pulmonară
- Diabetul zaharat
- Dereglările tiroidiene
- Tulburări a sistemului nervos central
- Insuficiența imună secundară și SIDA
- Carența de vitamine și avitaminozele
- Afectarea metabolismului mineral
- Factori nocivi la locul de muncă și trai
- Schimbări nefavorabile a mediului înconjurător
- Poluarea atmosferică, umiditatea sporită
- Fumatul, alcoolul
- Factorii alergici
- Nerespectarea regulilor sanitare-igienice
- Stările stresante cronice condiționate de mai mulți factori: sociali, materiali, familiari, etc.
- Factori anatomo-topografici
- Predispoziție ereditară.

Reesind din cele mai sus ne-am pus ca scop studierea nu numai a anamnezei dar și a datelor faringoscopiei în concordanță cu etiologia și patogenia tonsilofaringitei.

Sarcinile lucrării:

1. Studiarea bibliografiei contemporane la tema tonsilofaringita.
2. Explicarea mecanismelor de dezvoltare a tonsilo-faringitelor, reieșind din datele bibliografice precum și datele experienței noastre.
3. Stabilirea relațiilor dintre aceste afecțiuni.
4. Determinarea semnelor subiective a tonsilofaringitelor.

Pentru îndeplinirea scopului și sarcinilor trasate a fost studiată bibliografia contemporană referitor la patologia în cauză. În același timp au fost examinați 51 de pacienți cu diferite afecțiuni ORL inclusiv cu tonsilite și faringite. Dintre acestea 34 au fost femei și 17 bărbați. Vârsta lor era de la 19 pînă la 73 ani. Acești bolnavi se aflau în secțiile de reumatologie și alergologie a IMSP, SCR.

Scopul examinărilor bolnavilor a fost de a depista patologiele ORL. Majoritatea absolută a bolnavilor prezentau următoarele acuze:

- Senzație de "disconfort" în gât – 43
- Senzație de "nod" în gît – 38

- Uscăciune în gât – 37
- Senzație de “înădușeala” la alimentație și respirație – 29
- Senzație de “zgârieturi” în gât – 28
- Slăbiciune generală – 25
- Angine în copilărie – 21
- Alergie la unele alimente și medicamente -18
- Respirație nazală îngreuiată – 24
- Eliminări din nas – 17
- Vocea răgușită – 11
- Hipoacuzie – 15
- Hiposmie – 7
- Artralгии – 23
- Subfebrilitate - 9
- Cefalee – 19
- Insomnie – 15
- Alte plângeri – 14

Din cele 18 plângeri expuse mai sus 7 se referă exclusiv la patologia faringiană, 6 din ele sunt de caracter general și sunt prezente în mai multe afecțiuni a organelor ORL, 5 se întâlnesc mai frecvent la bolnavii cu afecțiuni ale nasului și a sinusurilor paranasale, laringelui și a urechii. Analizând aceste plângeri putem constata că pe primul plan se situează acuzele bolnavilor care sunt caracteristice tonsilitelor și faringitelor. Însă având în vedere faptul că este foarte dificil de afirmat care din aceste plângeri sunt caracteristice tonsilitelor și care faringitelor am hotărât se efectuăm faringoscopie.

Examenul faringoscopic:

S-au depistat următoarele semne obiective:

- Simptomul Ghize – 23
- Simptomul Zak – 25
- Simptomul Preobrajenski – 18
- Puroi în lacune – 38
- Dopuri de cozeuri în lacune – 42
- Hiperemia mucoasei peretelui posterior a mezofaringelui – 45
- Hiperemia mucoasei pereților laterali a mezofaringelui – 17
- Mucozitățile pe suprafața mucoasei peretelui posterior a mezofaringelui

Examenul endoscopic a nasului, laringelui, și a urechilor:

A stabilit:

- Deviație de sept nazal – 19
- Eliminări în fosele nazale – 17
- Obstrucție nazală – 11
- Hiperemia epiglotei și a aretinoizelor – 9
- Aspirația membranei timpanice – 7
- Lipsa reperelor anatomice a mucoasei timpanului – 5

Datele examenului endoscopic otorinolaringologic a arătat că la acești bolnavi pe primul loc se află semnele obiective a tonsilitelor și a faringitelor. În același timp este dificil de a face o concluzie definitivă asupra rolului fiecăruia din acestea simptome în diagnosticarea a tonsilitei sau a faringitei, de aceea am hotărât să le includem în noțiunea tonsilofaringită.

Discuții

Tonsilita și faringita prezintă patologii foarte frecvente.

Etiologia lor este complexă și diferită. Dacă pentru tonsilita acută și cronică cauza principală este infecția, pentru faringită acută la fel este infecția, iar pentru cea cronică etiologia este de cele mai multe ori prezentată de acțiunea diverșilor factori nocivi a mediului înconjurător.

Interconexiunile dintre aceste afecțiuni poartă un caracter complex. În unele cazuri tonsilită este cauza faringitei, în altele de exemplu faringita virală poate provoca o tonsilita acută sau cronică.

Mucoasa faringelui, nervii, vasele sanguine și limfatice sunt comune pentru tot faringele fapt ce lămurște afectarea frecventă a faringelui pe de o parte, iar pe de alta parte este foarte dificil de concretizat care din diagnosticul suspectat la examinarea bolnavului este corect. De acest fapt va depinde rezultatul tratamentului. Dacă bolnavul suferă de tonsilita cronică și sunt semne obiective de faringita cronică se pune un semn de întrebare în ceea ce privește efectuarea tonsiloectomiei. În aceste cazuri trebuie de efectuat un tratament medical al tonsilitei cronice și de supravegheat bolnavul în dinamică.

Așadar tonsilitele precum și faringitele au un mecanism de dezvoltare foarte complex și multifactorial. Iar legăturile între acestea afecțiuni pot fi directe și indirecte.

În primul caz tonsilita este cauza faringitei, legătura indirectă dintre aceste boli poate fi lămurită în felul următor: faringita prin dereglări imune locale și generale poate provoca o tonsilita acută sau cronică. Determinarea mecanismelor de dezvoltare a tonsilitelor și a faringitelor constituie problema cheie în prescrierea metodei adecvate de tratament.

Concluzii

1. Tonsilita cronică prezintă o problemă dificilă a medicinei în general și a otorinolaringologiei în special.
2. Faringitele sunt afecțiuni cu o frecvență înaltă, cu o etiologie și o patogenie complexă.
3. Aceste doua afecțiuni: tonsilita cronică și faringita cronică de cele mai dese ori persistă împreună la unul și același bolnav.
4. Este foarte dificil de apreciat care din aceste afecțiuni la bolnavul concret este cauza bolii și care sunt legăturile etiologice și patogenice dintre ele.
5. Atunci când nu se stabilește care din aceste boli este primară și care este secundară credem că este cazul de a scrie diagnosticul: tonsilofaringita și de efectuat de la început un tratament conservator.

Bibliografie

1. ПОПА ВА. Хронический тонзиллит, Кишинев, Штиинца 1984, с. 254.
2. BECKER W, NAUMANN H, PFALTZ C. *Precis d'ORL*. Flammarion Medicine- sciences 4, rue Casimir-Delavigne. Paris 1986, p. 334-376.
3. SARAFOLEANU D, LAZEANU M. *Breviar clinic de otorinolaringologie*. Editura Academiei republicii Socialiste Romane. Bucuresti, 1987, pag 301.
4. СМЕРДОВ Г, ШАБАШОВ К. Иммунокорректирующая терапия больных хроническим тонзиллитом. Вестник оториноларингологии N 1, 1988, с. 34-37
5. POPA V, ANDRIUTA V, HODONOAGA N, Ghid otorinolaringologic, Editura Chișinău 1994, p. 288
6. SARAFOLEANU D, SARAFOLEANU S. *Compendiu ORL*, Editura Nationala 1997/
7. LEGENT F, FLEURY P, NARCY P, BEAUVILLAIN C. *ORL Pathologie cervico-faciale 5 edition* Masson, Paris 1999, p. 268-281
8. ЗАБОЛОТНЫЙ Д, МЕЛЬНИКОВ О. Теоритические аспекты хронического тонзиллита, Киев Здоров'я 1999, с. 143.
9. МЕЛЬНИКОВ О, ЗАБОЛОТНЫЙ Д, КИШУК В, ШМАТКО В. Иммунодиагностика хронического тонзиллита.
10. АВАВИ I, ПОПА V. *Otorinolaringologie pentru medici de familie*, Chișinău 2002, p. 56-105.
11. ЛУЧШЕВА Ю, ИСТРАТОВ В, ЖУКОВИЧКИЙ В. Микробиологические аспекты рациональной антибиотикотерапии в раннем периоде при хроническом гайморозтмоидите и тонзиллите, Вестник оториноларингологии, N1 2004 с. 44-48.
12. ХАСАНОВ С, АСРОРОВ А, ВОХЧЕДОВ У. Распространенность хронического тонзиллита в семье и его профилактика, Вестник оториноларингологии, N4 2006, с. 38-40
13. ПАЛЬЧУК В, ПОЛЬКОВА Т, ПОЛИВОДА А. Опыт применения лекарственново средство вокаро при остром и обострении хронического тонзиллофарингита у взрослых. Вестник оториноларингологии N1, 2008, с.57-58.
14. ДАНИЛОВ ЛА. Прогнозирование воспалительного процесса верхних дыхательных путей у часто болеющих детей на основании оценки функционального состояния системного и местного иммунитета. Диссертация кандидата медицинских наук, Москва 1992, с.137.

TRATAMENTUL RINO-SINUZITELOR ACUTE

VI. Popa, Ofelia Ivasi, Lilia Damaschin

U.S.M.F. „Nicolae Testițanu” – Catedra O.R.L., Clinica Universitară

Summary

The rhinosinusal diseases are one of the most frequently affections superior respiratory tract. It was made a clinical study at group of 100 patients for determined the efficacy of Marimer, Rhinostop and Sinupret in the treatment of rhinosinusal diseases.

Rezumat

Afecțiunile rinosinusale sunt unele dintre cele mai frecvente afecțiuni ale tractului aero-digestiv superior. A fost efectuat un studiu clinic pe un lot de 100 de pacienți cu scopul de a determina eficacitatea preparatelor Marimer, Rhinostop și Sinupret în tratamentul afecțiunilor rinosinusale.

Actualitatea problemei

Infecțiile căilor respiratorii superioare reprezintă 80 – 90% din numărul total al infecțiilor respiratorii. Ele apar mai frecvent la copii datorită dimensiunilor anatomice înguste ale cavităților nazale și paranasale, proceselor de adaptare lentă a copiilor la mediul înconjurător și imaturității imune a copiilor. Copiii de vârstă preșcolară suportă anual aproximativ 5 – 7 infecții ale căilor respiratorii superioare.

Rinosinuzita acută este un proces inflamator al mucoasei nazale, cu tendință de expansiune și în regiunea sinusurilor paranazale. Agenții patogeni pot fi de origine virală (adenovirusi, parainfluenza, influenza, rinovirusi) sau bacteriană (streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis).

Tabloul clinic se caracterizează în faza de debut prin rinoree seroasă, senzația de obstrucție nazală, inapetență, cefalee difuză și indispoziție pronunțată, iar uneori hipoacuzie bilaterală.

Treptat starea generală se agravează, rinoreea devine sero-mucoasă, senzația de obstrucție nazală se accentuează, iar la rinoscopia anterioară mucoasa este congestionată și edemațiată. După 4 – 6 zile de la debutul bolii rinoreea devine muco-purulentă și există pericolul dezvoltării sinuzitei maxilo-atmoidale acute. Este foarte importantă diferențierea rinosinuzitelor acute virale de cele bacteriene.

Criteriile de diagnostic diferențial între rinosinuzita acută virală și rinosinuzita acută bacteriană sunt:

- majoritatea rinosinuzitelor virale necomplicate durează de la 5 până la 10 zile.
- rinosinuzita acută este de origine bacteriană dacă maladia mai mult de 10 zile, iar uneori până la 30 de zile
- în caz de infecție bacteriană pe parcursul primelor 3 – 4 zile apare febra, iar secrețiile nazale devin purulente.

Complicațiile ce pot să apară sunt:

- locale (epistaxis, anosmie)
- regionale (sinuzite, otite, conjunctivite, dacriocistite, angine, faringo-laringite)
- la distanță (traheite, bronșite, pneumonii)

Tratamentul are ca scop restabilirea respirației nazale, combaterea infecției și prevenirea complicațiilor.

Preparatele vasoconstrictoare nazale înlătură edemul și sunt eficiente în tratarea simptomelor obstrucției nazale, dar folosirea nerațională a lor provoacă efecte secundare nedorite, ca: dependență, cefalee, oscilații ale tensiunii arteriale. De aceea, în ultimul timp sunt propuse diferite remedii pentru tratamentul rino-sinuzitelor acute. Dintre acestea fac parte Marimer, Rhinostop și Sinupret.

Preparatul „Marimer” este o alternativă la decongestivele nazale care prezintă efecte secundare. Acțiunile oligoelementelor conținute în preparatul „Marimer” se manifestă prin asanarea, umidificarea și protejarea mucoasei nazale de agresorii mediului extern, stimulând mecanismele de apărare ale organismului. Cuprul, Magneziul, Manganul, Fierul, Seleniul și Zincul din componența preparatului „Marimer” au proprietăți antiinfecțioase, antivirale, antiinflamatorii, antialergice și antioxidante. Soluția de apă de mare conținută de „Marimer” este izotomică și sterilă și acționează fără a agresa mucoasa nazală.

În cazul pacienților cu rino-sinuzită acută, pentru combaterea infecției sunt necesare medicamente cu acțiune antipiretică și antihistaminică.

Alt preparat care se folosește actualmente în tratamentul rinosinuzitelor acute este Rhinostop-ul. El conține paracetamol, clorhidrat de pseudoefedrină și maleat de clorfenamină.

Paracetamolul are un efect analgezic, antipiretic și antiinflamator ușor pronunțat.

Pseudoefedrina produce vasoconstricții bazală prin acțiune simpatomimetică, cu decongestionarea mucoasei nazale, a sinusurilor paranazale și inhibarea secrețiilor, având drept consecință ameliorarea respirației nazale.

Clorfenamina este un antihistaminic cu acțiune selectivă asupra receptorilor H1, previne vasodilatarea cauzată de histamină și scade permeabilitatea capilarelor, ceea ce contribuie la reducerea edemului mucoasei.

Folosirea antibioticelor în paralel cu terapia simptomatică trebuie efectuată doar în cazurile înrăutățirii progresive a simptomatologiei, sau dacă boala durează mai mult de 10 zile. În majoritatea cazurilor nu apare necesitatea administrării de antibiotice la pacienții cu rino-sinuzită acută.

Fito-preparatul „Sinupret”, care conține cinci plante medicinale (Gentiana lutea, Primula veris, Rennex acetosa, Sambucus nigra, Verbena officinalis), are o eficacitate înaltă în tratamentul rino-sinuzitei acute. Extractele din componența acestui fito-preparat au proprietăți secretolitice, antiinflamatorii, antivirale și imuno-modulatorii. Aceasta permite preparatului „Sinupret” să acționeze nu numai asupra simptomelor, ci și direct în mecanismele patogenice ale rino-sinuzitei.

Scopul lucrării

Este de a studia eficacitatea preparatelor Marimer, Rhinostop și Sinupret în tratamentul rino-sinuzitei acute.

Sarcinile lucrării

1. Stabilirea diagnosticului de rino-sinuzită acută și selectarea pacienților pentru tratament.
2. Determinarea semnelor subiective și obiective ale rinosinuzitei acute înainte și după tratament.
3. Aprecierea eficacității preparatelor Marimer, Rhinostop și Sinupret folosite concomitent în cazul pacienților cu rino-sinuzită acută.
4. Supravegherea pacienților în dinamică pe o perioadă de 1 an.

Material și metode

În perioada 2007 – 2008 a fost efectuat un studiu pe un lot de 100 pacienți cu simptome caracteristice de rino-sinuzită acută. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 2 și 40 de ani, dintre care 59% au fost de genul masculin și 41% de genul feminin.

În momentul adresării la medic bolnavii prezentau următoarele acuze:

- secreție nazofaringiană (78%)
- respirație nazală dificilă și senzația de obstrucție nazală (81%)
- cefalee difuză și dureri în regiunea feței (67%)
- edem periorbital nedureros (16%)
- tuse uscată sau productivă, pe parcursul zilei sau nocturnă (59%)

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 faringosopic 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 алергология” MIA Moskova 2002, pag 18
7. DRANNIC GN. Клиническая иммунология и алергология” 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.

Având în vedere că folosirea mediilor de transport este mai puțin oportună, dat fiind potențialul de oxidare al acestora, prelucrarea secrețiilor s-a făcut imediat după recoltare.

Rezultate

În 31 cazuri otita a fost microbiană în 4 cazuri s-a diagnosticat o micoză iar în 6 cazuri a existat asociere între germeni microbieni și fungi.

Din cele 31 cazuri de otită externă, la 14 cazuri s-a pus în evidență staphylococcus aureus, în 10 cazuri proteus, în 5 cazuri bacilul piocianic, iar în 2 cazuri escherichia colli.

Din cei 41 pacienți, 22 au prezentat complicații. Acestea au fost reprezentate de furunculoza de conduct – 8 cazuri, celulita auriculară – 7 cazuri, pericondita cartilagiilor urechii – 5 cazuri, adenopatie retroauriculară 2 cazuri.

Tratamentul pentru toate cele 41 cazuri a fost local, la care s-a adăugat și un tratament antibiotic general în cazurile la care au apărut complicații.

La pacienții cu proteus și piocianic, am administrat local: fluoroquinolona, la cei cu stafilococ polimixina sau gentamicină. În cazul infecțiilor fungice am folosit clotrimazol 1%.

Tratamentul general antibiotic a constat în administrarea pe cale generală de antistafilococice (ciprofloxacina sau oxacilina).

Evoluția sub tratament a fost bună într-un interval de 7-14 zile, simptomatologia ameliorându-se până la dispariție la toți cei 41 pacienți.

Discuții

Structura particulară a conductului auditiv extern contribuie la dezvoltarea otitelor externe. Conductul auditiv extern este singurul fund de sac căptușit cu piele din întregul organism, care în plus mai este și cald, neaerat, umed, dovedindu-se un excelent mediu pentru dezvoltarea bacteriilor și fungilor. Pielea de la acest nivel este subțire fiind ușor de lezat. Evacuarea derbiurilor, secrețiilor și corpurilor străine este împiedicată de curburile conductului și de îngustarea conductului la joncțiunea dintre porțiunea cartilaginooasă și osoasă, ca și de prezența parului în special la persoanele în vârstă.

Mijloacele de apărare ale conductului auditiv sunt reprezentate de: 1. secreția de cerumen (ce conține lizozim și alte substanțe ce inhibă creșterea bacteriană. Cerumenul este totodată hidrofob; 2. migrația epitelială care împinge spre înafară debrisurile.

În anumite condiții flora microbiană normală de la nivelul conductului este înlocuită de flora patogenă. Aceasta determină apariția simptomelor de otită externă.

Am remarcat în cazurile de otită externă cu etiologie bacteriană o simptomatologie mai intensă decât în otita externă fungică, fapt subliniat și de alți autori. Senturia împarte evoluția clinică a Otitei externe în 3 stadii: preinflamator, inflamator acut și inflamator cronic. La rândul său stadiul inflamator poate fi puțin sever, mediu sau sever.

Stadiul preinflamator se caracterizează prin prurit, edem și senzație de ureche plină. Pe măsură ce infecția progresează aceste simptome se intensifică și conductul devine edemațiat și dureros, și apare o secreție purulentă. În stadiul de infecție severă lumenul conductului este obliterat complet.

Acesta a fost stadiul în care s-au prezentat cei 41 pacienți. Cheia succesului a fost reprezentată de toaleta regulată și meticuloasă a conductului urmată de administrarea locală de soluții cu antibiotic. Am evitat spălătura auriculară. Am folosit de asemenea, uneori, o meșă subțire introdusă în conductul edemațiat pe care am aplicat soluțiile antibiotice, permițând contactul mai îndelungat al antibioticului cu tegumentul infectat.

În cazurile complicate cu infecții de vecinătate (furuncul de conduct, pericondrită, celulită, adenita) am administrat concomitent antibiotic pe cale generală și antialgice. Acești Selesnick recomandă antibioterapia pe cale generală în 3 situații; dacă otita externă este persistentă, dacă pacientul e imunodeficient, sau dacă infecția s-a extins. La pacienții la care s-a diagnosticat o otomicoză am folosit pentru schimbarea PH-ului soluția de acid acetic 2%, după care am utilizat ca antimicotic clotrimazolul. Deoarece infecția poate persista asimptomatic pacienții au fost reevaluați periodic.

La 3 cazuri am prescris antifungic sistemic (fluconazol oral timp de 7 zile), cu evoluție favorabilă.

Evoluția otitelor externe este determinată de calitatea imunologică, de terenul și de condițiile de mediu cu referiri speciale la cei care lucrează în mediu cu umiditate ridicată sau la salvamari, surferi, în general cei ce practică sporturi acvatice. Este, de asemenea, de luat în considerare nivelul socio-economic scăzut, viața în colectivități, fumatul pasiv.

În cazuistica noastră din cele 10 cazuri în care s-a individualizat existența unei micoze, la 8 pacienți care epitelul conductului auditiv extern a fost în contact cu apa perioade îndelungate.

Comparând datele noastre privind etiologia otitelor externe cu cele din literatură constatăm:

- din cele 41 cazuri de otită externă – în 31 cazuri etiologia a fost bacteriană (75%) iar în 10 cazuri (25%) fungică. Comparativ cu datele din literatură care dau un procentaj pentru otomicoze de 10-12%, procentajul din cazuistica noastră a fost mai mare. Probabil aceasta se datorează și condițiilor socio-economice și de igienă.

În cazul otitelor cu etiologie bacteriană din cazuistica noastră cea mai mare incidență a avut-o staphylococcus aureus cu 31% din cazuri, urmat de proteus și de piocianic.

Roland pe un studiu cu 2039 subiecți cu Otită externă, identifică pseudomonas aeruginosa ca fiind germele cu ce a mai mare frecvență, urmat de streptococul epidermidis și pe ultimul loc stafilococul auriu. Cu o frecvență mai mică au fost întâlniți germeni din grupul micobacterium.

Prevenția include măsuri profilactice și de igienă. Astfel, acidifierea cu o soluție topică de acid acetic 2% și uscarea cu foenu după contactul cu apa reprezintă un bun mijloc de prevenire a otitelor externe.

Am efectuat aceste studii pentru a ne informa asupra germenilor cu care ne întâlnim mai frecvent în etiologia otitelor externe din zona noastră geografică și mai ales pentru a oferi medicului practician opțiuni în alegerea cât mai corectă a tratamentului adecvat, în condițiile în care rezultatul unei antibiogramme chiar în serviciile cu posibilități este dat în 48 ore.

Bibliografie

1. SANDER. R. Diagnosis and treatment of otitis externa – Ann. Otol. Rhinol Laryngol Suppl 1999; 176; 1-23.
2. SHEA Cr. Demuntologic diseases of the external auditive canal. Otolaryngology Clin North Am 1966, 29: 783-94.
3. LUCETE FE. Fungal infection of the external ear. Otolaryngology Clin. North Am 1993;26,995-1006).
4. MIRZA N. Otitis externa. Management in the primary care office. Postgrad med. 1996.99 153-4 157-8.
5. SENTURIA B.H., MARCUS M.D. Diseases of the external ear 2 nd – ed. New York: Grune & Stratton 1980.
6. Selesnick Otitis externa: management of the Recalcitrant case, Am. J. Old 1994, 15; 408.
7. R. SANDER. Otitis externa: A Practical Guide to Treatment and Prevention – An Familiy Physician 2001 vol. 63 No.5 pg. 927-936).
8. KAUR R MITTAL N. Otomycosis; a clinica mycologic study Ear Nose Throat J. 2000, 79, 606-9.
9. ROLAND PS, STROMAN DW. Microbiology of acute otitis externa. Laryngoscope 2002 112 1166-77.

AMIGDALITA CRONICĂ ASOCIATĂ CU ARTRITA REACTIVĂ

THE CHRONIC AMYGDALITE ASSOCIATED WITH REACTIVE ATHRITIS

A. Sandul, L. Groppa, C. Andronachi

Catedra Otorinolaringologie USMF "N.Testemițanu"

Summary

The hystocompatibility system of HLA has an important role in the appearance and the evolution of different pathologies. This data is necessary for elaborating new criteria of diagnosis for determinig the groups of people, who are predisposed to these illnesses and improving the principles of treatment for the patients with different forms of chronic amygdalite associated with the reactive arthritis.

Rezumat

Sistemului de histocompatibilitate HLA are un rol important în apariția și evoluția diferitor patologii. Aceste date sunt necesare pentru elaborarea noilor criterii de diagnostic pentru aprecierea grupelor de persoane predispușe la aceste boli și a perfecționa principiile de tratament ale pacienților cu diferite forme de amigdalită cronică asociată cu artrita reactivă.

Actualitatea temei

Amigdalita cronică și rolul ei în dezvoltarea patologiei diferitor organe și sisteme rămâne o problemă actuală și în ziua de azi. Deseori consecințele amigdalitei cronice sunt numeroasele complicații cardio-vasculare, articulare, renale ș.a., care duc la pierderea de lungă durată a capacității de muncă și invaliditate.

În prezent, necătând la numeroasele examinări, îndreptate spre diagnosticarea formelor de amigdalită , rămân nerezolvate un șir de întrebări cu privire la patogeneza și tratamentul amigdalitei cronice și patologiilor asociate ei.

Insuficiența eficacității măsurilor de tratament este condiționată într-o anumită măsură de subaprecierea rolului imunogenetic al aspectului etiologic și patogenic al patologiei.

În ultimii ani s-au obținut rezultate evidente în studierea corelației dintre boală și antigenii complexului major de histocompatibilitate – HLA(Human Leucocyte Antigens). Antigenele HLA sunt antigene de suprafață ale celulelor umane, care conferă individualitatea biologică a fiecărui organism, fiind variabile de la un subiect la altul. Ele reprezintă cel mai polimorf sistem genetic al omului, o adevărată „carte de identitate” a individului. Sistemul HLA, fiind situat pe brațul scurt al cromosomului 6 somatic, codifică moleculele ce prezintă antigene pentru receptorul limfocitului T. La baza acestui complex este fenomenul de predispunere la diferite maladii.

În prezent, sunt numeroase lucrări consacrate studierii rolului sistemului HLA în apariția și evoluția diferitor patologii. Aceste date sunt necesare pentru a perfecționa principiile de tratament ale pacienților cu diferite forme de amigdalită cronică asociată cu alte patologii, elaborarea noilor criterii de diagnostic pentru aprecierea grupelor de persoane predispușe la diferite boli.

Așadar, în abordul curativ, prezența genelor complexului HLA sunt un indiciu pentru necesitatea unei terapii agresive cât mai precoce. El se implică major în patogenia bolii, codificând evoluția, pronosticul și efectele terapiei.

Discuții

Problema amigdalitei cronice an de an este tot mai actuală nu doar în domeniul medicinei, dar și în context social. În ultimii ani, datorită studierii diferitor forme de amigdalită cronică au apărut noi metode de diferențiere mai sigură a formei compensate și

decompensate a amigdalitei, de asemenea de a depista forma non-anginoasă, care poate duce la apariția numeroaselor complicații la distanță, cel mai des întâlnită fiind artrita reactivă poststreptococică.

Începând cu secolul al 18-lea, s-a descoperit o largă varietate de sindroame clinice asociate cu febra scarlet. Crea și Mortimer au descris „artrita scarlatinoasă” în concordanță cu tradițiile lor, ca fiind o artrită asociată cu febra scarlet la copii, majoritatea cărora au fost diagnostica și cu un început de febră reumatică acută sau la care s-a descoperit evoluția patologiei reumatice a cordului pe parcursul anilor. Deci, „artrita scarlatinoasă” a fost plasată în spectrul FRA. Ca entitate clinică homogenă față de febra reumatică acută și de alte forme de artrită reactivă a fost propusă denumirea de artrită reactivă poststreptococică.

Femeile și bărbații, bătrânii și copiii ce suferă de amigdalită cronică și artrită reactivă poststreptococică sunt afectați deopotrivă. Vârsta celor afectați de artrită reactivă poststreptococică tinde să fie una bilunara, cu o maximă în limita vârstei de 8-14 ani și alta în limita vârstei de 21-37 ani. Artrita reactivă are o singură maximă în limita vârstei de 27-34 ani. Distribuția geografică a cazurilor de amigdalită cronică asociată cu artrită reactivă poststreptococică pare a demonstra o prevalență mai mult eronată decât adevărată. Informație insuficientă este prezentă în ceea ce privește complexul de histocompatibilitate - HLA.

Din literatură se poate sublinia posibilitatea ca un set de pacienți cu amigdalită cronică și artrită reactivă poststreptococică care au HLA-B27-pozitiv tind să sufere de sacroileită. Oricum, asociația cu HLA DRB*01, A28, A2,B12, A2B7, B35 Cw4 necesită o analiză mai profundă.

Au fost subliniate cazuri ce asociază artrita reactivă poststreptococică cu amigdalita cronică provocată de streptococii din grupa A, B, C sau G. Proteina-M serologică a fost „non-reumatogenă” determinată în toate cazurile, chiar și la cei la care era depistat streptococul din grupa A. Aceasta, de asemenea, poate fi comparată cu descoperirile unui chestionar referitor la culturile faringiene la copiii cu faringita acută, la care în mai mult de 50% s-a depistat streptococul din grupa A, iar la restul grupa C sau G. Trebuie de accentuat că copiii sănătoși sunt mai des purtători de streptococi hemolitici în faringe, în comparație cu adulții.

Afectarea articulară este de obicei nemigratoare și afectează mai frecvent articulațiile mari, în special cele ale părții inferioare ale corpului. Monoartritele, oligoartritele și poliartritele sunt reprezentate deopotrivă.

Tabel 1. Indicii clinici și de laborator în amigdalita cronică asociată cu artrita reactivă poststreptococică

| Caracteristici | Artrita reactivă poststreptococică |
|---|------------------------------------|
| Antecedente de amigdalită streptococică gr.A | da |
| Perioada dintre amigdalită și afectare articulară | <2 săptămâni |
| Artrita migratoare | nu |
| Afectarea articulațiilor distale | da |
| Afectarea articulațiilor axiale | da |
| Afectarea cordului | da |
| Pericardită | rar |
| Miocardită/valvulită | 6% |
| Asociația cu alelele HLA-DRB1 | DRB1*01 |

Concluzii

Analiza imunogenetică are un rol primordial în selectarea tacticii corecte de tratament (chirurgical sau conservativ) a amigdalitei cornice.

Tipizarea bolnavilor după sistemul HLA poate fi utilă în prognozarea eficacității efectuării tratamentului conservativ sau amigdalectomiei la bolnavii cu amigdalită cronică asociată cu sindrom articular.

Bibliografie

- AHMED S, AYOUB EM, SCORNIK JC, WANG C-Y, SHE J-X. Poststreptococcal reactive arthritis. Clinical characteristics and association with HLA-DR alleles. *Arthritis Rheum* 1998;41:1096-102.
- GUNNARSSON RK, HOLM SE, SODERSTROM M. The prevalence of beta-haemolytic streptococci in throat specimens from healthy children and adults. Implications for the clinical value of throat cultures. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:149-55.
- HAIDAN A, TALAY SR, ROHDE M, SRIPRAKASH KS, CURRIE BJ, CHHATWAL GS. Pharyngeal carriage of group C and group G streptococci and acute rheumatic fever in an Aboriginal population. *Lancet* 2000;356:1167-9.
- HIGHTON J, PRIEST D. Reactive arthritis: characteristics in southern New Zealand. *NZ Med J* 1996;109:93-5.
- ZAMAN MM, ROUF MA, HAQUE S et al. Does rheumatic fever occur usually between the ages of 5 and 15 years? *Int J Cardiol*.1998;66:17-21.

ПРОБЛЕМА АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ С ЛОР ПАТОЛОГИЕЙ

THE PROBLEM OF ALLERGY IN PEDIATRIC ENT

Г.Д. Тарасова

ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава», Москва

Распространенность аллергии, особенно среди детского населения, создает дополнительные трудности ведения пациентов. Одной из проблем стал высокий уровень заболеваемости аллергическим ринитом (АР), который в России по данным многоцентрового исследования составляет в зависимости от города от 10 до 35 %. Причем имеет место гиподиагностика, так как лишь 0,3 % детей, у которых был выявлен АР в результате проведенного изучения, состояли на диспансерном учете⁴. Чаще АР диагностируют к 6-7 годам.

Важно помнить, что любая форма АР может сочетаться с другой аллергопатологией (бронхиальной астмой (БА), atopическим дерматитом, крапивницей и др.) и с заболеваниями ЛОР-органов (синуситом, аденоидитом, тубоотитом и др.). Известно, что длительное течение АР нередко осложняется синуситом и инфекционным ринитом.

По данным WHO ARIA (2001) у 85 % больных БА имеют место симптомы АР. Это послужило основанием для международной концепции АР и БА – «единая дыхательная система, единое заболевание».

Определяющим для качественного ведения пациента с АР является своевременная и достоверная диагностика. Она должна отвечать следующим требованиям: выполняться в раннем детском возрасте, быть доступной, неинвазивной, наиболее достоверной и информативной. Большое значение имеют правильно собранные данные анамнеза. Широкие возможности в диагностике аллергических заболеваний верхних дыхательных путей позволяет осуществлять прибор UniCAP 100E (Pharmacia Diagnostics), который признан как Международный «Золотой стандарт» диагностики аллергических и аутоиммунных заболеваний. Одним из тестов, выполняемых с его помощью является **Фадиа топ** – качественный тест на наличие или отсутствие аллергии (по принципу «да/нет»), в состав которого входят наиболее распространенные аллергены, ответственные за atopические заболевания. **Фадиа топ детский** — предназначен для детей раннего возраста.

Наименее инвазивная и достаточно информативная диагностика проводится по назальному секрету: эксфолиативный цитологический анализ назального секрета, определение уровня свободного гемоглобина и эозинофильного катионного протеина в назальном секрете^{2,3}.

Так как воспалительный аллергический процесс, протекающий при АР непосредственно в слизистой оболочке полости носа, приводит к снижению местного мукозального иммунитета и развитию осложнений таких как: инфекционный ринит и аденоидит, бактериальный синусит и тубоотит.

Поэтому, назначая эффективную и адекватную терапию АР, осуществляют профилактику развития его осложнений, а также – развитие БА.

Особое внимание у детей, страдающих аллергией, необходимо при выборе метода анестезии. При этом целесообразно основываться на данных анамнеза, аллергологического обследования и результатов аппликационных проб.

Важное значение имеет организация условий пребывания пациентов с аллергией в стационаре. При этом организуют особую процедурную комнату, а также особым образом оборудуют палаты: с учетом наличия аллергенов в краске, половом покрытии, а также используют особые постельные принадлежности защищающие больного от контакта с клещами. Кроме того, осуществляют профилактические мероприятия с целью предотвращения размножения клещей, микрофлоры и плесневых грибов, а также поддержания влажности и снижения запыленности воздуха. Эти элиминационные мероприятия снижают потребность в назначении некоторых лекарственных препаратов, что в свою очередь снижает затраты на лечение¹.

Врач-оториноларинголог должен быть знаком с правилами поведения больных, страдающих аллергией, и внедрять образовательные программы в жизнь пациентов, даже во время нахождения их в стационаре, а в еще большей степени при амбулаторном их ведении.

Литература

1. ЖЕЛТИКОВА-ВОСТРОКНУТОВА ТМ, МОКРОНОСОВА МА, АНТРОПОВА АБ, ТАРАСОВА ГД. Принципы организации помещений с пониженной концентрацией бытовых аллергенов // Пособие для врачей.- М., 2004.с.14.
2. МОКРОНОСОВА МА, КОЧЕТОВА ЮИ, ТАРАСОВА ГД, МАЦ АН. Оценка эффективности фармакотерапии аллергического ринита по снижению концентрации свободного гемоглобина в назальном секрете Медицинская иммунология. – 2006.т 8 № 5-6, с. 689-696.
3. ПРОТАСОВ ПГ, МОКРОНОСОВА МА, ТАРАСОВА ГД, БЕЙЛИНА ВВ, КАЗНАЧЕЕВА ЕИ. Эксфолиативный цитологический анализ в дифференциальной диагностике заболеваний ЛОР-органов // Усовершенствованная медицинская технология, М., 2006, с.31.
4. ТАРАСОВА ГД. Ринит аллергический – ответ специфический. Лечащий врач, 2007, № 4, с. 10-15.

РЕЗУЛЬТАТЫ АКУСТИЧЕСКОЙ ИМПЕДАНСОМЕТРИИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

RESULTS OF THE ACOUSTIC AUDIOMETRY AND THE TACTICS OF TREATMENT OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION

Г.Д. Тарасова, Б.В. Красильников

ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава», Москва

Summary

Otitis media with effusion need different methods of therapy depend on results of acoustic audiometry, especially of Pressure.

В настоящее время при обследовании пациента с патологией среднего уха оториноларинголог использует доступные теперь методы и аппаратуру: пневматический отоскоп, отовидеоскоп, акустическую импедансометрию (АИ) с рефлексометрией. Однако, даже при установлении точного диагноза врач не всегда может правильно выработать тактику лечения. В ряде случаев нерациональная терапия или её отсутствие при остром воспалении среднего уха, а также частые простудные заболевания и длительное нарушение носового дыхания ведут к развитию таких заболеваний, нередко принимающих хроническое течение как экссудативный средний отит (ЭСО) и тугоухость².

Цель - разработать адекватную терапию при патологии среднего уха на основании результатов инструментального обследования.

Критериями включения в группу исследования были пациенты в возрасте с 3 до 50 лет с наличием отклонений от нормы по результатам АИ. При этом учитывали не только тип тимпаногаммы (ТГ), но и показатели Compliance и Pressure⁴. Всем пациентам осуществляли отовидеоскопию и аудиологическое исследование (тональную пороговую или компьютерную аудиометрию).

Критериями исключения были возраст младше 3-х и старше 50 лет, наличие перфорации барабанной перепонки и психического или соматического состояния, создающего трудности при обследовании и постановке диагноза.

В обследование были включены 64 пациента, лиц мужского пола было 36, а женского – 28.

Пациенты детского возраста (3-14 лет) относились к группе ЧБД, то есть имели 4 и более эпизодов ОРВИ в год. Ранее 28 (84,9 %) из них был установлен диагноз аденоидов 2-3 степени и предложено оперативное лечение, то есть аденотомия. Больные старше 14 лет (11 чел.) имели жалобы на ощущения дискомфорта в глубине уха, шум или снижение слуха.

Результаты обследования

При проведении общего оториноларингологического осмотра 58 больных имели затруднение носового дыхания той или иной степени выраженности. Лишь у 2 оно было обусловлено выраженной деформацией перегородки носа. У остальных 56 человек помимо нарушения носового дыхания были отмечены выделения из носа, чаще вязкие слизистые или слизисто-гнойные, или наличие корок в полости носа. Это было основанием для проведения им микробиологического и экфолиативного цитологического исследований назального секрета.

По результатам риноскопии, пальпации и перкуссии проекций околоносовых пазух рентгенологическое исследование не было показано ни одному из больных.

Результаты исследования микрофлоры полости носа показали у 49 больных доминирование условно патогенных микроорганизмов: *S. aureus*, *S. epidermidis* и *Streptococci spp.* Кроме того, у 3 пациентов был выявлен рост *Str. pneumoniae*, у 2 - *Pseudomonas aeruginosa* и ещё у 2 - *Klebsiella spp.* Рост этих бактерий характеризовали как обильный, то есть их численность соответствовала более 10⁶ КОЕ/см.

Риноцитогаммы свидетельствовали у 54 человек о течении воспалительного процесса в полости носа повышенным уровнем нейтрофилов и слущенного плоского эпителия.

При отоскопии у всех пациентов были обнаружены те или иные отклонения от нормального вида барабанной перепонки. У 10 пациентов она имела вид истонченной, у 7 – за ней определялись пузырьки воздуха, у 12 барабанная перепонка выбухала и у 5 – была втянута. Кроме того, у ряда пациентов имели место рубцы и белые пятна в её структуре.

Всем больным с целью сравнения выполнили эндовидеоскопию, с помощью которой выявлено выбухание барабанной перепонки у 19 больных (причем 14 из них были дети), у 16 взрослых она была истончена, а у 29 имела другие отклонения от нормы (отсутствие и извращение светового рефлекса, сосудистую инъекцию, рубцы, втянутость и др.).

АИ, выполненная всем пациентам, зарегистрировала преимущественно ТГ типа С у 30, типа В у 24 (преимущественно в детском возрасте) и у 9 имел место тип As (J. Jerger, 1970). Значения комплианса пациентов с ТГ типа В находились в пределах 0,01-0,17 мл, при выявлении ТГ типа С его значения колебались от 0,35 до 0,55 и при ТГ типа As они соответствовали цифрам – 0,58-0,75. Наибольший интерес представляют полученные значения пика давления.

Результаты акустической рефлексометрии установили отсутствие рефлекса лишь у 14 пациентов с ТГ типа В, у остальных 50 пациентов акустический рефлекс был сохранен.

После оценки состояния слуха с помощью разговорной и шепотной речи подозрение на его снижение было лишь у 22 пациентов, все они были направлены на аудиометрию (14 человек - на компьютерную, а 8 - на ТПА). В результате этого исследования у 20 пациентов было выявлено снижение слуха: у 14 - кондуктивная форма тугоухости 1-П степени и у 6 - смешанная форма - 1-П степени.

Таким образом, 42 пациентам был установлен диагноз ЭСО (причем у 38 процесс был двусторонний) у 20 из них с тугоухостью 1-П степени, а остальным 22 больным - тубоотит.

Полученные результаты обследования показали наличие у большинства пациентов (у 56 - 87,5 %) течения инфекционного процесса в полости носа - инфекционного ринита подтвержденного результатами микробиологического исследования. В соответствии с определенной чувствительностью им были назначены системные или топические антибактериальные препараты. В результате проведенной терапии у 50 (89,3 %) больных состояние носового дыхания восстановилось и 26 (92,9 %) пациентам с увеличенными размерами глоточной миндалины не потребовалось хирургическое вмешательство. Лишь 2 (4,8 %) детям в возрасте 5 лет была выполнена аденотомия вследствие больших размеров аденоидов и отсутствия купирования воспалительного процесса после курса антибактериальной терапии.

После этого этапа лечения больным было повторно сделано аудиологическое исследование. Нам удалось установить восстановление функционального состояния среднего уха у 38 пациентов и его улучшение - у 26. При этом нормализация ТГ имела место у 42. Однако, у 7 больных сохранялся В тип ТГ, у 15 - тип С и у 14 (43,75 %) имело место плюсовое значение Pressure при АИ.

Самым широко распространенным методом лечения ЭСО является катетеризация слуховых труб (СТ) с целью восстановления их дренажной функции. Однако, у пациентов имеющих плюсовые значения Pressure при АИ эта манипуляция может привести к увеличению этого давления и при наличии выбухания барабанной перепонки и её истонченности эта манипуляция может привести к её разрыву. В связи с этим этой группе больных была назначена процедура замкнутого пневмомассажа, разработанная в нашем центре³. Курс терапии включал от 5 до 10 процедур.

По окончании курса процедур замкнутого пневмомассажа снова было выполнено аудиологическое исследование, результатом которого было восстановление нормальных значений Pressure у 10 пациентов с плюсовыми значениями и у 4 больных с уровнем его значений выше «-190 daPa».

При этом у 8 больных сохранялись ТГ типа С и В с высоким уровнем отрицательного давления. Этим пациентам был рекомендован курс флюктуирующих токов на аппарате «СЛУХ-ОТО-1». Курс лечения включал от 5 до 10 процедур¹.

В результате такой этапной терапии лишь у 2 (3,1 %) пациентов сохранилось снижение слуха по смешанному типу П степени и дисфункция среднего уха, выраженная ТГ типа В (у одного) и С (у одного).

Обсуждение результатов

Результаты, полученные в настоящем исследовании, свидетельствуют о том, что на функциональное состояние среднего уха большое значение оказывает нарушение носового дыхания, которое у большинства пациентов обусловлено течением инфекционного воспалительного процесса. В воспалительный процесс особенно в детском возрасте вовлекается и носоглотка с расположенной там глоточной миндалиной. Адекватная антибактериальная терапия способна купировать это воспаление, что ведет к восстановлению размеров глоточной миндалины (их уменьшению). Это снижает необходимость назначения хирургических вмешательств до 4,8 %.

Выводы

При выборе тактики лечения пациентов с нарушением функции среднего уха нельзя ориентироваться лишь на тип ТГ, так как значения пика давления указывают на невозможность выполнения ряда манипуляций (катетеризации СТ), так как они могут нанести вред.

При наличии положительного пика давления, установленного при АИ, следует начинать лечение с проведения курса замкнутого пневмомассажа, особенно в детском возрасте, так у детей функции СТ могут быть ещё лабильными в силу возрастных особенностей, а также быть обусловлены частыми простудными заболеваниями.

При выявлении ЭСО в комплекс лечения рационально включать использование курса флюктуирующих токов на аппарате «СЛУХ-ОТО-1».

Литература

1. КРАСИЛЬНИКОВ БВ. Эффективность применения флюктуирующих токов для лечения нейросенсорной и смешанной тугоухости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, М., 1995, с. 22.
2. ТАРАСОВА ГД. Кондуктивная тугоухость у детей (системный подход к патогенезу, диагностике, лечению и профилактике): Автореф. дисс. ... док.мед наук, М., 1998, 39 с.
3. ТОКАРЕВ ОП, КРАСИЛЬНИКОВ БВ. Лечение дисфункции слуховой трубы методом замкнутого пневмомассажа / Метод. реком. М., 1992, с. 8.
4. JERGER J. Suggested nomenclature for impedance audiometry // Arch. Otolaryngol.-1972.-v. 96.-P. 1-3.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

EFFICIENCY OF INTRATYMPANIC INTRODUCTION OF CORTICOSTEROIDES BY THE COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS

Г.Э. ТИМЕН¹, В.Н. ПИСАНКО², В.В. КОБЗРУК³, Л.А. КУДЬ⁴, Л.И. КОБЗРУК⁵

¹ д.м.н. проф, чл.-корр. АМНУ, зав. отделом ЛОР - патологии детского возраста ИО АМНУ,

² д.м.н. главный научный сотрудник,

³ врач ординатор,

⁴ младший научный сотрудник,

⁵ к.м.н., заведующая отделением

Отдел ЛОР - патологии детского возраста Государственного учреждения

"Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины"

Summary

The possibility of the effective complex therapy of the patients with the acute and chronic sensorineural hearing loss (SHL) with the help of intratympanic introduction of corticosteroides. The 67 children in the age from 4 to 18 years with SHL were under survey. Paralelle with the traditional treatment scheme from the first day in patients of principal group was made the tympanic membrane shunting and dayly though shunt one time during 5 days the cavum tympany was filled with the 1,0 ml corticosteroid hormones. The treatment analysis has shown real improvement of hearing in patients with SHL.

Проблема совершенствования лечения больных с сенсоневральной тугоухостью (СНТ) сохраняет свою актуальность, что обусловлено малой эффективностью существующих схем терапии.

В последние годы все большее внимание специалистов привлекает возможность интратимпанального введения медикаментов, что позволяет, минуя гематолабиринтный барьер, достоверно повысить концентрацию препаратов во внутреннем ухе, по сравнению, с их содержанием при парентеральном введении (Chandrasekhar et al., 2000).

Показана эффективность интратимпанального введения гентамицина при лечении пациентов с болезнью Меньера и кортикостероидов при внезапной идиопатической тугоухости. Положительный результат терапии сохранялся в ближайший (Selivanova et al., 2005) и отдаленный (Lange et al., 2006) сроки после терапии. Следует отметить, что, в ряде случаев, интратимпанальная терапия оказывала эффект после безуспешного традиционного лечения (Gouveris et al., 2005; Haynes et al., 2007).

В литературе мы не нашли данных об использовании интратимпанального введения медикаментов при лечении острой и хронической СНТ, а также об использовании данного метода у детей с перцептивным поражением слуха.

Целью исследования было повышение эффективности лечения детей с острой и хронической сенсоневральной тугоухостью (СНТ) за счет включения в комплексную терапию интратимпанального введения препаратов кортикостероидных гормонов.

Под нашим наблюдением находились 67 детей с сенсоневральной тугоухостью в возрасте от 4 до 18 лет. 47 пациентов (14 с острой и 33 с хронической СНТ, из которых 12 со стабильной и 21 с прогрессирующей формой течения заболевания) составили основную, а 20 (все с хронической СНТ) – контрольную группы. Острым считали процесс, если от момента появления жалоб на снижения слуха до обращения в клинику прошло не более 21 дня.

Перед началом лечения у больных проводили ЛОР - обследование, субъективную и/или объективную аудиометрию, импедансометрию.

Терапию у больных обеих групп начинали с применения дезинтоксикационных, дегидротационных и кортикостероидных препаратов на протяжении 3 суток. После этого переходили к медикаментам улучшающим кровоток и метаболизм в нервной ткани, витаминам, биостимуляторам, антихолинэстеразным препаратам, физиотерапии. Это лечение продолжали 20 дней.

Параллельно больным основной группы в первые сутки проводили шунтирование барабанной полости и ежедневно на протяжении 5 дней 1 раз в сутки заполняли cavum tympani 30 мг (1,0) раствора преднизолона или 4 мг (1,0) раствора дексаметазона.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия t Вилкоксона и критерия U Вилкоксона-Манна-Уитни.

Анализ результатов лечения с применением интратимпанального введения препаратов показал достоверное ($P < 0,05$) снижение порогов, по сравнению с изначальным уровнем, звуковосприятия на всех частотах у детей с острой СНТ. Соответственно изменялись и данные речевых тестов. При этом в 79% наблюдений слух нормализовался, а в 21% - улучшился. Это превосходит результаты, представленные в литературе, по которым после лечения больных с острой СНТ слух полностью восстанавливается у 50-60 % пациентов, а частично – у 25-30% (Byl, 1984).

Включение в схему лечения детей с хронической СНТ интратимпанального введения кортикостероидов также достоверно больше снижало пороги звуковосприятия в основной группе по сравнению с контрольной. Соответственно изменялись и результаты речевых тестов. Нами не выявлена зависимость эффективности интратимпанальной терапии детей с хронической СНТ от возраста ребенка, давности заболевания, симметричности поражения, типа аудиометрической кривой. Вместе с тем, положительное влияние препарата, вводимого в барабанную полость в определенной мере зависел от характера течения патологического процесса. При прогрессирующей сенсоневральной тугоухости снижение порогов звуковосприятия на частотах 250, 500, 4000 и 8000 Гц было достоверно ($P < 0,05$) больше чем при ее стабильном течении.

Следует отметить, что улучшение слуха наблюдали в 46% наблюдений прогрессирующей и лишь в 19% стабильной форм заболевания. Улучшением считали снижение порогов слуха на трех и более частотах не менее 5 дБ. Или появление восприятия “новой” частоты.

Повторное обследование проведено у 14 человек (23 наблюдения) через 6 месяцев – 8 чел., 4 мес. – 4 чел., 2 мес. – 2 чел. Полученный положительный “слуховой” эффект сохранился у 13 детей (21 набл.), а у одного (2 набл.) через 4 месяца слух ухудшился, по поводу чего проведен повторный курс лечения, способствовавший улучшению слуха.

Таким образом, включение в схему комплексного лечения детей с СНТ интратимпанального введения кортикостероидных гормонов дает возможность значительно повысить эффективность терапии, особенно у больных с острой и прогрессирующей формами заболевания.

Литература

1. BYL F.M. JR. Sudden hearing loss: eight years' experience in suggested prognostic table. // *Laryngoscope*. –1984. –V.91. –N 4. –P. 647-661.
2. CHANDRASEKHAR SS, RUBINSTEIN RY, KWARTLER JA, GATZ M, CONNELLY PE, HUANG E., BAREDES S. Dexamethasone pharmacokinetics in the inner ear: comparison of route of administration and use of facilitating agents. // *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. –2000. –V. 122. –N 4. –P.521-528.
3. GOUVERIS H, SELIVANOVA O, MANN W. Intratympanic dexamethasone with hyaluronic acid in the treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss after failure of intravenous steroid and vasoactive therapy. *Ear Arch Otorhinolaryngol*. –2005. –V. 262. –N2. –P.131-134.
4. HAYNES DS, O'MALLEY M, COHEN S, WATFORD K, LABADIE RF. Intratympanic dexamethasone for suddensensorineural hearing loss after failure of systemic therapy. // *Laryngoscope*. –2007. –V. 117. –N 1. –P 3-15.
5. LANGE G, MAURER J, MANN W. Long-term results after interval therapy with intratympanic gentamicin for meniere's disease. // *Laryngoscope*. –2004. –V. 114. –N 1. –P. 102-105.
6. SELIVANOVA OA, GOUVERIS H, DIPL-MATH AV, AMEDEE RG, MANN W. Intratympanic dexamethasone and hyaluronic Acid in patients with low-frequency and Meniere-associated sudden sensorineural hearing loss. // *Laryngoscope*. –2006. –V.116. –N 11. –P 1182-1189.

DESPRE CAUZELE DEZVOLTĂRII “MALADIEI URECHII OPERATE” ABOUT THE CAUSES OF EVOLUTION OF THE “OPERATED EAR`S DISEASE”

S. Vetricean, A. Antohi, A. Bajureanu, E.Cernolev, B.Chirtoacă, N.Golovin, A.Portarescu, I.Gafenco

Catedra Otorinolaringologie USMF “N. Testemițanu”, Centrul ORL IMSP SCR

Summary

It doesn't matter that ear surgery improved a lot for last 30 years, because radical mastoidectomy didn't lose its importance. A type of illness named the “operated year disease” often appears and the signs of the chronic medial otitis recur (headache, hearing loss, otorexia, vertigo). We studied causes of “operated year disease” appearance in 77 patients and concluded that the illness is caused by the long duration of the sickness, the volume of the operations, technical mistakes in radical mastoidectomy, microflora. After the studies of operated ear we accomplished that one more operation for stopping the illness should be made repetitive.

Rezumat

Cu toate că dezvoltarea otolaringologiei a progresat în ultimii 30 ani, evidarea petromastoidiană totală a rămas la fel de actuală. Dar frecvent apare așa numita „maladia urechii operate” și simptomatologia otitei medii cronice apare din nou (otoreea, hipoacuzia, cefaleea, vertijul). Pe exemplu a 77 de pacienți care au fost studiați noi am determinat cauzele principale a apariției „maladiei urechii operate”. Am ajuns la concluzia că apariția ei este cauzată de următorii factori: - durata bolii, - volumul cavității postoperatorii, încălcarea tehnicii de efectuare a evidării petromastoidiene totale. Cercetările efectuate de noi au adus la concluzia că cea mai bună metodă de tratament a urechii operate este reoperația urechii.

Actualitatea problemei

Otita medie cronică supurată rămâne una dintre cele mai importante și complicate probleme otorinolaringologice. În structura patologiei otorinolaringologice ea ocupă unul din locurile de frunte. Conform datelor din literatură, circa 2-4% din populația globului pământesc suferă de diferite forme de otită medie cronică supurată (Legent, Bordure, Beauvillain-1997). În Republica Moldova această cifră constituie 2,78% și are o tendință spre creștere, atât la populația matură cât și la copii. Experiența de mulți ani a clinicii de otorinolaringologie a Universității de stat de medicină și farmacie N. Testemițanu unde anual se tratează 600-700 pacienți cu patologia în cauză, ceea ce constituie aproximativ 42% din numărul total de bolnavi spitalizați, demonstrează importanța deosebită a acestei probleme în țara noastră.

Aceasta se confirmă prin cercetările științifice petrecute de către otorinolaringologii autohtoni, consacrați epidemiologiei, diagnosticului și tratamentului otitei medii cronice supurate (Ababii, Sandul-1994, 1996, Ababii, Antohi, Taran-1985). Inflamația cronică supurată a urechii medii deseori este cauza invalidității bolnavilor și de asemenea a incapacității de muncă pe lungă durată, ceea ce constituie cauza pierderilor economice considerabile.

Este necesar de accentuat că complicațiile intracraniene de origine otogenă până în prezent sunt cauza principală a mortalității bolnavilor otorinolaringologici.

Practica mondială și autohtonă au demonstrat că cea mai efektivă metodă de tratament a otitei medii cronice supurate este metoda chirurgicală. Metodele conservative nu asigură sanarea adecvată a focarului de inflamație purulentă în sistemul urechii medii.

Necătând la succesele în otolaringologie în ultimii 25-30 de ani, cura radicală sau evidarea petromastoidiană totală până în prezent nu și-a pierdut actualitatea. Trebuie de menționat că bolnavii care au suportat operație radicală acuză postoperator otoreea, cefalee, dereglări a funcției vestibulare, hipoacuzie. Cauza apariției acestor simptome este așa numita „maladia urechii operate” (Ю. Толстов, И. Аникин, 2001).

Scopul

Determinarea cauzelor principale, care duc la dezvoltarea „maladiei urechii operate” după evidarea petromastoidiană totală.

Sarcinile

1. Precizarea frecvenței dezvoltării „maladiei urechii operate”
2. Stabilirea factorilor favorizanți a acestei patologii

Materiale și metode

Au fost cercetați 77 pacienți care în trecut au suportat evidare petromastoidiană totală.

Repartizarea bolnavilor după vârstă și gen

| Gen \ Vârsta | 20-30 ani | 30-40 ani | 40-50 ani | Mai mult de 50 ani | Total |
|--------------|-----------|-----------|-----------|--------------------|-------|
| Bărbați | 13 | 18 | 9 | 5 | 45 |
| Femei | 9 | 12 | 6 | 5 | 32 |

La toți bolnavii s-a efectuat otoscopia, otomicroscopia, audiometria. În caz de necesitate s-a practicat examenul funcției de echilibru, radiografia oaselor temporale după Schiiller. La recomandarea medicului neurolog la 31 din bolnavi s-a practicat tomografia computerizată sau RMN.

Rezultate și discuții

La toți bolnavii, incluși în studiu, au fost prezente eliminările purulente din urechea operată și hipoacuzie (de transmisie sau mixtă), la 36% - cefaleea sau durere în regiunea urechii operate, 27% bolnavi prezentau acufene în urechea, 22% - simptome de dereglările funcției de echilibru (amețeli, greață, nistagm).

La 7% din pacienți s-a depistat proba presorie pozitivă, ce demonstrează prezența unei fistule labirintice.

Este determinat că cu cât este mai îndelungată evoluția otitei medii cronice cu atât mai dificil se evoluează epidermizarea cavității postoperatorii. La bolnavii examinați durata bolii până la evidarea petromastoidiană totală era următoarea:

- 5 - 10 ani - 14 bolnavi
- 10 - 15 ani - 11 bolnavi

- 15 - 20 ani - 25 bolnavi
- mai mult de 20 ani - 27 bolnavi

Astfel la majoritatea bolnavilor examinați durata bolii este mai mult de 10 ani.

Este necesar de menționat că 31(40%) din bolnavi până la operație niciodată nu sa tratat conservator, iar 19 (25%) bolnavi s-au aflat permanent la evidența medicului otorinolaringolog. Postoperator numai 39 (51%) bolnavi s-au aflat sub supravegherea medicului otorinolaringolog, restul 38(49%) bolnavi nu au fost sub supravegherea medicului, chiar dacă erau semne clinice evidente, ca ce a influențat negativ asupra evoluției postoperatorii și a epitelizării cavității de evitare.

Noi am stabilit că În cavitățile mari(>3,5ml) cu ventilare bună procesul de epitelizare se evaluează mult mai rapid, iar în cele mici(<2,0ml),cu ventilare insuficientă a-mai îndelungat.. La pacienții care au fost examinați de noi la 38% a fost constatat volumul mic a cavității postoperatorii.

Trebuie de menționat că la 19% din pacienți este prezentă îngustare postoperatorie a conductului auditiv extern,ceea ce duce la insuficiența ventilării cavității.

Examinările otoscopice și otomicroscopice a cavității postoperatorii, au evidențiat un șir de factori morfopatologici, care influențează considerabil evoluția ,maladiei urechii operate'.

Schimbările morfopatologie a cavității postoperatorii

| Schimbările morfopatologice a cavității postoperatorii | Număr | % |
|--|-------|------|
| rămășițele membranei timpanice | 46 | 60,0 |
| osișoarele auditive sau rămășițele lor | 42 | 54,5 |
| masiv facial înalt | 41 | 53,2 |
| înlăturarea incompletă a peretelui lateral a aticii | 38 | 49,3 |
| mucozit | 36 | 46,7 |
| prezența microchisturilor | 36 | 46,7 |
| epidermită descuamantă | 35 | 45,4 |
| modificări polipoase ale mucoasei | 32 | 41,5 |
| cavitatea postoperatorie de tip bisac | 31 | 40,2 |
| colesteatom | 28 | 36,3 |
| prezența fistulei în regiunea ampulei canalului semicircular orizontal | 17 | 22,0 |

A fost stabilit că la majoritatea pacienților operația a fost efectuată nu în volum deplin, în rezultatul căreia procesul de epitelizare a cavității postoperatorii nu s-a desfășurat complet.

Practic la toți bolnavi au fost depistate semne evidente de cavitatea postoperatorie neîngrijită, ceea ce este un neajuns în evidența postoperatorie.

La examenul bacteriologic al eliminărilor auriculare s-au obținut următoarele rezultate:

Examenul bacteriologic al eliminărilor auriculare

| Agentul patogen | Număr |
|------------------------|-------|
| Proteus mirabilis | 36 |
| Pseudomonas aeruginosa | 30 |
| Bacilul piocianic | 27 |
| Staphylococcus | 25 |
| Streptococcus | 24 |
| Bacilul gramnegativ | 21 |
| Flora anaerobă | 17 |

În majoritatea cazurilor au fost obținute asociații de microorganisme.

Discutând despre principiile de tratament a ,bolii urechii operate' este nevoie de menționat că este o problemă dificilă care nu întotdeauna are rezolvare. Nu întotdeauna se reușește de a obține o epitelizare totală a cavității postoperatorii. Înlăturarea incompletă a rămășițelor a aparatului de transmisie a urechii medii (membrana timpanică, osicioarele auditive) în caz de efectuarea evidării petromastoidiene totale este acceptabilă doar în cazul efectuării unimomentane a timpanoplastiei. Dacă timpanoplastia nu s-a efectuat resturile membranei timpanice și a osișoarelor auditive influențează negativ asupra procesului de epitelizare a cavității postoperatorii.

Prezența „maladiei urechii operate” prezintă o indicație pentru reintervenție cu înlăturarea tuturor țesuturilor patologice.

Concluzii

1. Cu toate că dezvoltarea otochirurgiei a progresat, intervenție de evidare petromastoideană totală nu a pierdut actualitatea.
2. Nu mai puțin de 38% din bolnavi după evidare petromastoideană totală apare un complex de simptome, care poate fi apreciat ca „ maladia urechii operate”.
3. Etiologia”maladiei urechii operate” este multifactorială:

- durata bolii
- volumul cavității postoperatorii
- evidare petromastoidiană totală incompletă
- virulența florei microbiene

4. Prezența „maladiei urechii operate” este indicație pentru tratament chirurgical

Bibliografia

1. MAGLINLO G, ROUZONI R, VINGOLO GM, CRISTOFARI P. Am J Otol 1992; 13:3:288-291.
2. PALMGREN O. Acta oto-laryngol (Stockh) 1979; 88: 5-6: 343-349.
3. RAUCHFUS A. Laryng Rhinol Otol 1985; 5: 243-248.
4. YOUNGS R. Clin Otolaryngol (England) Dec 1992; 17: 6: 505-510.
5. КОЛЕДА АА. Некоторые актуальные вопросы морфологии среднего уха в отдаленном периоде после общеполостной операции: Дис. ...канд мед наук. Гродно 1976.
6. СУШКО ЮА, МИЩАНЧУК НС, СРЕБНЯК ИА. Журн ушн, нос и горл бол 1996;2:6-11.
7. ТАРАСОВ ДИ, ФЕДОРОВА ОК, БЫКОВА ВП. Заболевание среднего уха. М 1988.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Д.И. Заболотный¹, Д.В Щеглов, Г.Э. Тимен², О.И. Паламар³, Д. А. Зинченко⁴, В.И. Нестерчук⁵, А.Л. Костюченко⁵, В.Д. Гайдук⁶

¹ чл.-кор. АМН Украины, д.мед.н., проф., директор Гос. учр-ния «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины»;

² чл.-кор. АМН Украины, д.мед.н., проф., зав. отделом ЛОР-патологии детского возраста ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ»;

³ канд.мед.н., отд. хирургии вне мозговых опухолей ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова АМН Украины»;

⁴ канд.мед.н., зав. отделением воспалительных заболеваний ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ»;

⁵ канд. мед. н., научн. сотр. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ»;

⁶ м.н.с. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ»

Введение

Ювенильные ангиофибromы носоглотки (ЮАН) относятся к доброкачественным новообразованиям с прогрессирующим интраканаликулярным и деструктивным ростом. Встречаются преимущественно у детей мужского пола, но иногда ЮАН впервые выявляют и в старшем возрасте. Частота встречаемости ЮАН составляет 0,05% всех опухолей головы и шеи или 17,5% среди доброкачественных опухолей ЛОР-органов и 53,6% случаев доброкачественных опухолей носоглотки (Mann W.J. et al., 2004; Mistry R.C. et al., 2005).

Актуальность

Гистогенез ангиофибromы выяснен не полностью. Однако тканевым ее источником считаются мезенхимальные остатки хорды или закладки черепа периода раннего эмбриогенеза. Клеточным источником роста являются камбиальные элементы волокнистого хряща верхнего шейного позвонка или базальной фасции глотки. Наиболее часто опухоль исходит из области свода носоглотки вблизи назофарингеального углубления, передней стенки клиновидной кости, реже – из крыловидно-челюстной и клиновидно-решетчатой зоны.

По гистологической структуре ангиофиброма является опухолью двухкомпонентной, в которой составляющие ее сосудистая и фиброзная части в равной мере обладают опухольевыми свойствами. Свидетельством этого служит системное распределение сосудов и гиперплазия эндотелия, а также разнообразие и полиморфизм соединительнотканых клеток. В активной фазе роста заметно преобладание сосудистого компонента. По мере созревания опухоли намечается преобладание компонента стромального. При этом уменьшается клеточная плотность стромы, которая становится более волокнистой, фиброзной. Особенностью сосудов этой стадии является их характерная щелевидная форма, хорошо заметная при гистологическом исследовании, с зияющим просветом на разрезе не-

фиксированной ткани, что обуславливает склонность ангиофибромы давать обильные трудноостанавливаемые кровотечения при ее хирургическом удалении.

Быстрый рост опухоли наблюдается в период полового созревания, сопровождается обильными рецидивирующими кровотечениями, нарушением носового дыхания, может привести к деформации лицевого скелета (чаще при птеригомаксиллярном типе опухоли). При позднем обращении к врачу и несовершенной диагностике опухоль может распространяться на подвисочную ямку и интракраниально (в среднюю черепную ямку, в том числе в проекцию кавернозного синуса).

Выделяют три основных типа ангиофибром:

1. Базальный тип, при котором фиброма исходит из купола носоглотки, распространяясь в ротоглотку и через хоаны в полость носа.

2. Сфеноидальный тип, наиболее часто встречающийся. Опухоль исходит из передней и передне-нижней стенки основной пазухи (сфеноэтомидальное пространство). Заполняя вначале основную пазуху, клетки решетчатого лабиринта распространяется в носовую полость и носоглотку.

3. Птеригомаксиллярный тип. Опухоль исходит из области медиальной пластинки крыловидного отростка основной кости и вертикальной пластинки небной кости, откуда распространялась в носоглотку, полость носа, крылонебную, зачелюстную и подвисочную ямки.

Разные клинико-анатомические формы ЮАН требуют разной хирургической тактики при лечении больных.

При опухолях небольших размеров базального типа – опухоли, как правило, удаляют эндоназально, под контролем эндоскопической техники.

При опухолях среднего и крупного размера всех трех типов наиболее часто применяют доступ по Денкеру.

При осложненном течении заболевания, когда трансназальное удаление гигантских новообразований, особенно с интракраниальным распространением, технически затруднено, мы рекомендуем применять модифицированные методы, разработанные в клинике института.

Материал и методы

За последние 6 лет в клинике ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины» было обследовано и прооперировано 116 больных с гистологически верифицированным диагнозом ангиофибромы носоглотки. Возраст больных варьировал от 7 до 30 лет.

Алгоритм диагностического обследования больных, наряду с использованием традиционных клинического, рентгенологического, неврологического, патогистологического, КТ-методов, включал также МРТ, АКТ-методы и ангиографию сосудов головы. Последние позволят получить детальное изображение мягкотканых структур при интракраниальном расположении опухоли. При опухолях значительных размеров пациентам за 3-5 дней до основного вмешательства проводилась ангиография сосудов головы с эмболизацией стволов, питающих опухоль.

Результаты

При хирургическом лечении ангиофибромы носоглотки чаще всего (у 82 пациентов) использовался доступ по Денкеру, позволяющий выделить опухоль из гайморовой пазухи, полости носа, решетчатого лабиринта, основной пазухи, орбиты, носоглотки, а также, крылонебной и зачелюстной области. У 12 больных опухоль была удалена эндоназально. При распространении опухоли на подвисочную ямку и интракраниально (22 пациента) была применена модифицированная хирургическая тактика: перед традиционным трансназальным удалением опухоли первым этапом операции проводили боковой краниофациальный доступ к опухоли для улучшения ее мобилизации и повышения радикальности операции. Как мы и сообщали в более ранних публикациях (Заболотный Д.И. и соавт., 2006), такой доступ предполагал резекцию орбито-скулового комплекса и дна средней черепной ямки до границы костного дефекта, уже созданного новообразованием. В случае интрацеребрального распространения опухоли выполнялась её мобилизация по отношению к височной доле головного мозга и ее сосудам. При локализации новообразования в подвисочной ямке и проекции кавернозного синуса мобилизация опухоли проводилась экстрадурально. Данные оперативные вмешательства проводились с привлечением в операционную бригаду врача-нейрохирурга.

В послеоперационном периоде у пациентов не было зафиксировано ни одного случая психических и неврологических расстройств. У 11 больных оперативное вмешательство сопровождалось значительной кровопотерей (до 1,5 литра), что потребовало гемотрансфузии.

Послеоперационный период у остальных пациентов протекал без осложнений. Постельный режим был отменен на вторые-третьи сутки.

Обсуждение и выводы

Наш опыт свидетельствует, что успешное безрецидивное лечение ЮАН возможно при использовании современных высокоточных методов топической диагностики опухоли и адекватных ее распространенности хирургических доступов, позволяющих удалить опухоль под контролем зрения, радикально и с минимальной кровопотерей. Если в прошлые годы рецидивы встречались довольно часто – 32,3 % по данным Е.Н. Мануйлова и И.Т. Батюнина (1971) и до 20 % по данным нашей клиники, то за последние 5 лет при введении в диагностический алгоритм обязательного КТ- и МРТ-обследования количество рецидивов сведено до минимума (8,5%) (Д.И. Заболотный и соавт., 2006; Mistry R.C. et al., 2005).

Литература

1. ЗАБОЛОТНЫЙ ДИ, ТИМЕН ГЭ, ПАЛАМАР ОИ, ЩЕГЛОВ ВИ, ЗИНЧЕНКО ДА. Особенности хирургического лечения больных ювенильной ангиофибромой носоглотки с интракраниальным ростом // Материалы XVII съезда оториноларингологов России (г. Нижний Новгород, 7-9 июня 2006 г.). – СПб, 2006. – С.375-376.
2. MANN WJ, JESKER P, AMEDEE RG. Juvenile angiofibromas: changing surgical concept over the last 20 years // Laryngoscope. – 2004. – 114(2): 291-3.
3. MISTRY RC, QUERESHI SS, GUPTA S, GUPTA S. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: a single institution study // Indian J. Cancer. – 2005. – 42(1):35-9.

НАШ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ СЕДЛОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

Д.И. Заболотный¹, Д.А. Зинченко², Д.Д. Заболотная³, Н.А. Пелешенко⁴, В.Д. Гайдук⁴, А.Л. Костюченко⁵

¹чл.-кор. АМН Украины, д.мед.н., проф., директор Гос. учр-ния «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины»;

²канд.мед.н., зав. отделением воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

³канд. мед. н., с.н.с. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

⁴м.н.с. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

⁵канд. мед. н., научн. сотр. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов

Резюме

На основе анализа собственного клинического опыта авторы предложена классификация седловидной деформации наружного носа, обсуждены преимущества и недостатки различных вариантов хирургического лечения.

Abstract

On the basis of the analysis of own clinical experience the authors proposed the classification of saddle nose deformities, advantages and lacks of various variants of surgical treatment are discussed.

Введение

В клинической практике отоларингологи и пластические хирурги довольно часто встречаются с седловидной деформацией носа. Последняя бывает, в основном, посттравматической и ятрогенной, возникающей вследствие различных хирургических вмешательств (подслизистая резекция перегородки носа, ринопластика и др.). Главным критерием, определяющим тактику лечения больных с седловидной деформацией носа (СДН) является размер или степень выраженности деформации.

Актуальность

Седловидная деформация носа 1-го типа обычно возникает ятрогенно, во время операции септопластики, при удалении «высокого» искривления, как правило, в зоне сочленения 4-угольного хряща с перпендикулярной пластинкой (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, 2006).

Поскольку в литературе на данный момент нет классификации седловидных дефектов носа, мы предлагаем делить их на 3 типа:

- 1) наличие небольшого косметического дефекта;
- 2) наличие выраженного косметического дефекта с незначительным нарушением дыхательной функции;
- 3) наличие косметического дефекта с выраженным нарушением дыхания.

Материал и методы

За период с 2004 по 2007 годы в клинике воспалительных заболеваний Института отоларингологии нами было прооперировано 72 больных с наличием седловидной деформации носа и у 22-х пациентов она была интраоперационно профилактирована.

Результаты

По нашим наблюдениям, седловидная деформация носа наиболее часто встречается у лиц с приобретенной «горбинкой». Если во время операции замечена тенденция к «проседанию» хрящевого отдела носа, то дефект лучше интраопера-

ционно «профилактировать» путем имплантации аутохряща в **тоннель** под мягкие ткани спинки носа, над верхним краем 4-угольного хряща. Такая манипуляция была выполнена нами у 22-х пациентов, с положительным результатом у 21 из них. Залогом успеха такой коррекции является небольшой промежуток времени между взятием фрагмента хряща и его установкой в качестве имплантата, а также работа практически в одной анатомической области.

СДН 1-го типа, не выявленный интраоперационно, может быть устранен при плановой операции. Для этого можно использовать «тутопласт», фрагмент аутофасции или размозженный (краш-прессом) аутохрящ из перегородки или ушной раковины. Использование аутохрящевого имплантата с насечками с нашей точки зрения является нецелесообразным, ввиду непрогнозируемости формы имплантата при рубцевании, что подтверждается литературными данными (К. Вальтер, 1995). В некоторых случаях устранение СДН 1-го типа может быть произведено применением современных косметических методик – введением филлеров (наиболее часто, длительного действия) на основе нескольких синтетических полимерных материалов с различными свойствами.

Пациенты с СДН 2-го типа представляют собой наиболее многочисленную группу больных. Среди них встречаются как лица с посттравматическим дефектом, так и «жертвы» ринохирургов.

У этих пациентов наличие выраженного косметического дефекта сопряжено с незначительным нарушением носового дыхания в силу сужения носового клапана («проседание» хрящевого отдела носа). Попытки исправить этот дефект проводились давно. Для этой цели использовались аутокость, аутохрящ, донорский хрящ и многочисленные синтетические материалы (тефлон, силикон и т.д.).

С учетом индивидуальных особенностей, а также пожеланий пациентов, нами был прооперирован 51 больной с использованием различных методик. У 6 больных мы применили официальные силиконовые имплантаты, которые вводили под мягкие ткани спинки носа. В 35 случаях моделировали спинку с помощью фрагментов 4-угольного хряща, а в 10 – хряща ушной раковины. Во всех случаях был достигнут положительный эстетический результат, кроме одного случая отторжения силиконового имплантата у пациентки с посттравматической деформацией. Больной была проведена реоперация – после коррекции размеров и формы имплантата он был повторно установлен в «донорную» зону. После повторной операции дефект был полностью устранен.

Пациенты с 3-м типом седловидного дефекта составляют немногочисленную группу больных. В подавляющем большинстве случаев это лица, перенесшие серьезные травмы лицевого черепа, либо просто травмы наружного носа с гематомой перегородки, что привело к значительному западению спинки, часто в комплексе с перфорацией носовой перегородки.

С седловидным дефектом 3-го типа мы прооперировали 21 пациента, причем у 15 в качестве имплантата мы использовали реберный аутохрящ.

Несмотря на значительные технические сложности, у 13 пациентов был достигнут положительный эстетический результат, чего нельзя сказать о восстановлении функции дыхания. Ведь данный способ ринопластики, несмотря на некоторые различия в методиках, имеет общие отрицательные тенденции:

- создаваемая структура из аутохряща имеет только 2 точки опоры, а не представляет собой устойчивый «трипод?»;
- данный вид пластики может поднимать кончик носа, улучшая доступ воздуха к носовому клапану, но, не увеличивая его «плоскости сочленения»;
- громоздкая конструкция собственным весом прижимает спинку носа (особенно при наличии перфорации), что существенно ухудшает носовое дыхание.

Казалось, выход был найден при проведении ринопластики с использованием «синтекости», которая представляет собой биоактивный синтетический материал, но и тут возникают некоторые сложности. С применением «синтекости» мы прооперировали 6 больных с седловидным дефектом носа с хорошими результатами у 5 из них, но срок наблюдения в послеоперационном периоде еще недостаточен.

Обсуждение

Относительно функциональной коррекции седловидного дефекта у пациентов со 2-м типом седловидной деформации, можно сказать следующее. Положительный эффект, как и следовало ожидать, наблюдался лишь у тех пациентов, которым аутохрящевой имплантат применяли в качестве *spread-graft*, установка которого ведет к расширению носового клапана. У тех пациентов, у которых аутохрящевой имплантат использовали как «*online-graft*» - справедливо было ожидать только косметические изменения.

Выводы

Имплантаты в ринохирургии следует использовать различные, в зависимости от деформаций наружного носа. Однако следует помнить, что использование жесткого хрящевого имплантата (хрящ перегородки и реберный) для создания эффекта «точёного носика» со временем (7-15 лет) вызывает необходимость повторной коррекции, в связи с ослаблением эластического каркаса тканей.

Практикующий хирург-ринолог должен иметь в своем арсенале как можно больше приемов и методик, чтобы удовлетворить запросы пациента, как в эстетическом, так и в функциональном аспекте.

Литература

1. ВАЛЬТЕР К. Эволюция ринопластики // Рос. ринология. – 1996. - №1. – С. 5-16.
2. ПИСКУНОВ ГЗ, ПИСКУНОВ СЗ. Клиническая ринология: Рук-во для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 560 с.

