

14. Antibioticul gentamicina are un efect impunător asupra florei patogene (sensibilitatea în 98% cazuri), însă datorită efectului sau negativ asupra sistemului neurosensorial, acest preparat nu se recomandă să fie indicat în practica otorinolaringologică.

15. Candida Albicans în aproximativ 90% cazuri este sensibilă față de preparatele antifungice și în 10% cazuri este rezistentă sau slab sensibilă.

16. Staphylococul Aureus pe parcursul anilor de examinare prezintă o sensibilitate foarte bună față de grupa cefalosporinelor, gentamicină și eritromicină. Se constată o scădere a sensibilității lui la ampicid cu 20% cazuri și o rezistență vădită, care crește pe parcursul anilor, față de grupa penicilinelor sintetice (60-80% cazuri).

17. Streptococul  $\beta$  Hemolitic pe parcursul anilor are o sensibilitate foarte bună față de toate grupele de cefalosporine și gentamicină (95-100% cazuri), față de grupa fluorochinolonă - ciprofloxacina sensibilitatea acestui microb a scăzut de la 98% cazuri până la 50%, la eritromicină acest antigen este stabil sensibil în 45 -50% cazuri și la claritromicină în 22% cazuri și slab sensibil în 74% cazuri. La preparatul ampicid sensibilitatea a scăzut de la 97% până la 84%. Remarcăm, că Streptococului  $\beta$  Hemolitic are o bună sensibilitate față de preparatul antibacterian amoxiclav (85- 90% cazuri), precum și la penicilinile semisintetice – în 70-80% cazuri spre deosebire de stafilococ, care are o rezistență crescândă față de această grupă de antibiotice.

### **Bibliografia**

1. Danilov L. Amigdalita cronică la copii. Recomandări metodice. Chișinău, 2011.
2. Klug T.E., Henriksen J.J., Fursted K., Ovesen T. Similar recovery rates of Fusobacterium necrophorum from recurrently infected and non-infected tonsils. Dan Med Bul, 2011, Original article, Denmark.
3. Roberts A.L., Connolly K.L., Kirse D.J., Evans A.K., Poehling K.A., Peters T.R., Reid S.D. Detection of Group A Streptococcus in tonsils from pediatric patients reveals high rate of asymptomatic streptococcal carriage. BMC Pediatr. 2012, p.1, Winston-Salem, NC, USA. Published online, 2012 Jan 9.
4. Wong M.C., Chung C.H. Group A streptococcal infection in patients presenting with a sore throat at an accident and emergency department: prospective observational study. HKMJ Vol. 8 No 2, Hong Kong, April 2002.
5. Карпова Е.П. Опыт применения препарата марис-спрей для горла при местном лечении хронического тонзиллита у детей. Вестник Оториноларингологии, стр. 85-86, 2008.
6. Фошина Е.П., Полищук В.Б., Костинов М.П. Коррекция нарушений микробиоценоза полости рта у детей с хроническим тонзиллитом с помощью топического бактериального лизата. Вопросы современной педиатрии N.2, том 6, Москва, 2007.

## **ROLUL AMIGDALITEI CRONICE LA COPII ÎN ETIOPATOGENIA BOLILOR REUMATISMALE**

**Lucian Danilov, Ninel Revenco, Mihail Maniuc, Polina Ababii**

Catedra Otorinolaringologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
„Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***The role of chronic tonsillitis in the ethiopathogeny of rheumatic diseases in children***

It was appreciated the role of chronic tonsillitis in the pathogenesis of various forms of rheumatic diseases in children like juvenile arthritis, reactive arthritis and rheumatic fever. C-reactive protein has been encountered in a higher percentage of children with juvenile arthritis. We examined the results of blood and urine general analyzes, Antistreptolysine-A (ASL-O), rheumatoid factor, C-reactive protein, circulating immune complexes (CIC), immunoglobulin A,

M and G, and data collected from the nasopharynx smear. Decompensated chronic tonsillitis, as a source of infection, plays a significant role in the pathogenesis of rheumatic pathologies.

### **Rezumat**

S-a apreciat rolul amigdalitei cronice la copii în etiopatogenia diferitor forme de patologii reumatismale ca: artrită juvenilă, artrită reactivă și febra reumatismală. Proteina C- reactivă s-a dovedit a fi întâlnită într-un procent mai mare la copiii cu artrită juvenilă. S-au examinat rezultatele analizelor generale a sîngelui și urinei, antistreptolizinei-O (ASL-O), factorului reumatoid, proteinei C reactive, complexelor imunocirculante (CIC), imunoglobulinelor A, M și G și datele frotiului colectat din nazofaringe. Amigdalita cronică decompensată, ca focar de infecție, joacă un rol semnificativ în etiopatogenia patologiilor reumatismale.

### **Actualitatea temei**

Actualitatea și valența socială a explorărilor științifice pentru elucidarea patogenetică a maladiilor otorinolaringologice cronice ce afectează copiii este indiscutabilă, dacă considerăm supramorbiditatea prin acestea și gravele complicații pe care le induce la nivel de alte organe și sisteme [5].

În prezent sunt cunoscute aproximativ 100 de boli, în care, amigdalita cronică, ca focar de infecție, este implicată în mare măsură. Cele mai marcate modificări patologice în organism se petrec în caz de amigdalită cronică decompensată. Ele se petrec datorită influenței următorilor factori: neuro-reflector, bacteriologic, toxic și alergic [8].

Importanța medicală și socială a artritelor cronice este determinată de creșterea continuă a frecvenței acestor maladii în populație, predispunerea spre cronicizare, evoluția progresivă cu afectarea severă a capacității de muncă. Afețiunile articulare prezintă una din cauzele principale ale invalidizării și incapacității de muncă a populației între 16 și 72 ani [2]. Amigdalita cronică are un rol important în debutul și evoluția bolilor de collagen (dermatomiozită, poliartrită, lupus eritematos sistemic, sclerodermia, purpura Shonlein). S-a dovedit structura antigenică asemănătoare a unor maladii de collagen și amigdalita cronică. De exemplu, purpura Shonlein și amigdalita cronică au antigene comune - B27, CW2, CW6 [8]. La unii pacienți cu poliartrită reumatoidă, procesele sistemice inflamatoare se ameliorează după amigdalectomie [4].

S-au studiat caracteristicile epidemiologice ale persoanelor cu boli cardiace reumatismale (BCR) în rândul studenților din Alexandria (Egipt) și factorii de risc pentru dezvoltarea acestor patologii. O tehnica stratificată a fost utilizată pentru 5465 elevi din șase zone de învățământ. Cazurile clinice de BCR au fost confirmate prin utilizarea radiografiei cutiei toracice, ECG și ecocardiografie. Treizeci și patru cazuri de BCR (cu o prevalență estimată de 6.2/1000 studenți) au fost diagnosticate pozitiv. La acești elevi în anamneză au fost: amigdalita cronică cu angini periodice, istoric familial pozitiv de febră reumatismală și starea socio-economică agravată. Mai mult de jumătate din cazurile identificate au avut leziuni valvulare severe [1].

Antistreptolizina-O (ASL-O) are posibilitatea de a dereglă procesele normale de funcționare a sistemului imunologic, în legătură cu ce are loc înrăutățirea patogenezei patologiilor sistemice. Gurieva O. (2008) a determinat că la 40% din cei cercetați are loc sensibilizarea la Streptococul Pyogen. În afară de aceasta, s-a apreciat, că la acest lot de cercetare există o corelație între reacția de hipersensibilizare întârziată la Streptococul Pyogen și o anamneză complicată cu patologii alergologice și infecții acute ale căilor respiratorii superioare [7].

Infecția streptococică este sigur implicată în declanșarea crizei de reumatism articular acut. Acest lucru este observat clinic, când, foarte des, o angină acută precede cu câteva zile apariția reumatismului articular acut cu titrul ASL-O constant crescut la acești bolnavi. În apariția reumatismului articular acut sunt implicate două mecanisme: neuroendocrin- focarul anginos acut sau cronic determină pe cale reflexă, prin intermediul sistemului nervos central, reacții rapide la nivelul articulațiilor, iar la nivelul sistemului endocrin determină un dezechilibru hormonal al hormonilor hipofizari și suprarenali, cu tulburări prelungite fluxionare și apoi

degenerative și toxic alergic streptococic - toxinele eliberate de streptococul  $\beta$ -hemolitic de grup A pătrund în circulația generală, determinând formarea de anticorpi specifici. În timpul unei noi reacutizări amigdalienă, cantitatea de anticorpi crește, iar prin conflictul antigen-anticorp apare o reacție fluxionară la nivelul articulațiilor, a parenchimului renal, sau la nivelul pereților vasculari. Cu timpul, puseele de reacutizare determină o degenerescență a țesutului conjunctiv, cu producerea de scleroză și noduli. În favoarea mecanismului alergic pledează existența unui interval liber între debutul anginei și apariția reumatismului și creșterea titrului ASL-O, după fiecare reacutizare amigdaliană. La aceste semne se adaugă febra variabilă, creșterea VSH-ului, creșterea fibrinogenului etc. În poliartrita cronică evolutivă, debutul este secundar unei angine și are un caracter fluxionar și poliarticular. În acest tip de reumatism nu se poate face, totuși, o corelație directă între afecțiune și focarul amigdalian, întrucât titrul ASL-O este normal, iar ablația sistematică a amigdalelor este fără efect asupra bolii. Cu toate acestea, reumatologii recomandă îndepărtarea tuturor focarelor de infecție sub protecție antibiotică [3, 6].

Afecțiunile amigdalienă au un rol major în progresarea imunodeficienței. În amigdalita cronică apar celule secretoare de serotonină, somatostatină și creșterea numărului mastocitelor. Aceste modificări, de asemenea pot fi una dintre cauzele schimbărilor patologice în alte organe. Se constată și deficit în statutul imun, redistribuirea limfocitelor T și B și subpopulațiilor lor, prezența complexelor imune circulante, sensibilizarea granulocitelor la alergeni bacterieni. Complecșii imuni circulanți, antigen-anticorp, au activitate hemotoxică și măresc proprietatea protiolitică a fermenților macrofagi, ce duce la lizarea țesutului amigdalian, denaturarea proteinelor țesutului, care în rezultat capătă proprietate antigenică. Nimerind în sânge, ele formează autoantigeni. În așa fel amigdalele palatine devin locul sensibilizării de tip întârziat a antigenilor din faringe.

De asemenea este descris mecanismul neuro-reflector a acțiunii amigdalitei cronice în formarea patologiilor concomitente. A fost depistată și studiată legătura aferentă a amigdalitei cronice în schimbările structurilor subcorticale, îndeosebi partea posterioară a hipotalamusului. Anume aceste structuri nervoase sunt implicate în reglarea imunității, care determină tulburarea centrală imunologică în amigdalita cronică. S-a constatat, că sub influența fluxului semnelor aferente din amigdale are loc excitarea receptorilor adrenergici. Acest lucru declanșază dereglări a sistemului vegetativ și perturbarea lanțului altor structuri nervoase [8].

Bolile reumatismale se împart în mai multe tipuri, cele mai răspândite sunt: artrită juvenilă, care este o boală a copilăriei; artrită reactivă se definește ca fiind artrită care apare la 1-4 săptămâni după o infecție enterală sau urogenitală, mai ales la persoanele cu antigen imun HLA B27; febra reumatismală - se consideră o maladie sechelară nonsupurativă a faringitei acute cu streptococul  $\beta$ -hemolitic, grupul A, cu afectarea cordului, articulațiilor, sistemului nervos central, tegumentelor și a țesuturilor subcutanate. În literatura medicală sunt puține publicații științifice, care ar aprecia rolul focarului de infecție, precum amigdalita cronică la copii, în caz de diferite forme de patologii reumatismale în parte.

Toate expuse ne permit a face concluzia, că bolnavii cu amigdalită cronică formează grupul de risc pentru grave afecțiuni somatice și necesită asupra sa o atenție majoră atât din partea otorinolaringologilor, cât și din partea medicilor de alte specialități. Sunt necesare în continuare investigațiile de determinare a reactivității imunologice și a sesibilității la flora streptococică a copiilor cu diferite forme de amigdalită cronică cu scop de a aprecia diferența dintre amigdalita cronică compensată și cea decompensată în caz de diferite patologii reumatismale. Aceasta v-a permite efectuarea unui prognostic mai just a acestor maladii asociate și stabilirea la timp a tratamentului necesar. Numai cu o astfel de abordare integrată se poate reduce numărul de complicații la pacienți cu amigdalită cronică și patologii concomitente.

### **Scopul cercetării:**

Aprecierea rolului amigdalitei cronice la copii în etiopatogenia diferitor forme de patologii reumatismale: artrită juvenilă, artrită reactivă și febra reumatismală.

### Obiectivele lucrării:

1. Studiarea corelației și a raportului amigdalitei cronice compensate și decompensate la copiii cu diferite tipuri de boli reumatismale: artrită juvenilă, artrită reactivă și febra reumatismală.
2. Cercetarea imunologică și a factoriului reumatoid la copiii cu diferite forme de amigdalită cronică în caz de diferite forme de boli reumatismale.
3. Analiza florei microbiene faringiene la copiii cu diferite forme de amigdalită cronică și patologii reumatismale.

### Materiale și metode

Studiul retrospectiv a vizat analiza fișelor de observație clinică a 169 de copii cu vârstele cuprinse între 3 și 18 ani cu diferite patologii reumatismale și amigdalită cronică compensată și decompensată s-a efectuat în secția de reumatologie a Instituției Medico-Sanitare Publică "Institutul Mamei și Copilului" în anii 2004-2006. Pentru fiecare pacient au fost studiate datele personale - numele și prenumele, sexul, vârsta, mediul de proveniență. S-au examinat rezultatele analizelor generale a sîngelui și urinei, antistreptolizina-O (ASL-O), factorul reumatoid, proteina C reactivă, complexe imune-circulante (CIC), imunoglobulinele A, M și G și datele frotiului colectat din nazo-faringe.

### Rezultate și discuții

Studiul a vizat copii cu vârsta între 3-18 ani, din care au făcut parte 96 (56,8±3,81%) fete și 73 (43,2± 3,81%) băieți, raportul F/B fiind de cca 1,3:1. Se observă că în structura afecțiunilor cronice amigdaliene cu boli concomitente reumatismale la copii predomină fetele ( $p < 0.05$ ) (Fig.1).

Cel mai mare lot de copii spitalizați în secția reumatologie a fost din Centrul Republicii - 90 copii (53.3±3.84%), apoi a urmat Sudul și Nordul Moldovei - 40 (13.0 ±2.59%) și 39 (23.1±3.24%) copii corespunzător, raportul fiind C/N /S 2,3:1:1.

Cu artrită juvenilă (AJ) au fost tratați 67(39,6%) copii, artrita reactivă (ARe) a fost la 71 (42,0%) copii și de febra reumatismală (FR) sufereau 31(18,4%) copii, raportul fiind dintre FR și AJ de 1,0:2,2 și dintre FR și ARe de 1,0:2,3. Toți acești copii aveau proces inflamator cronic în amigdalele palatine (Fig.2).

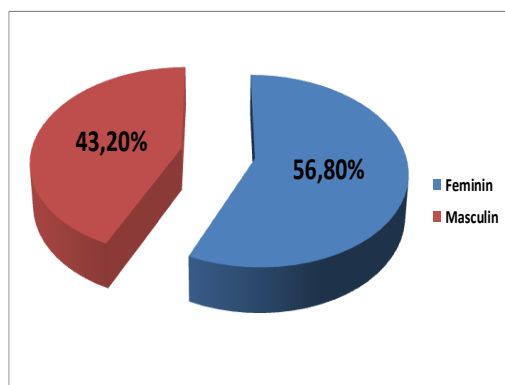


Fig. 1. Structura pacienților după gen (%)

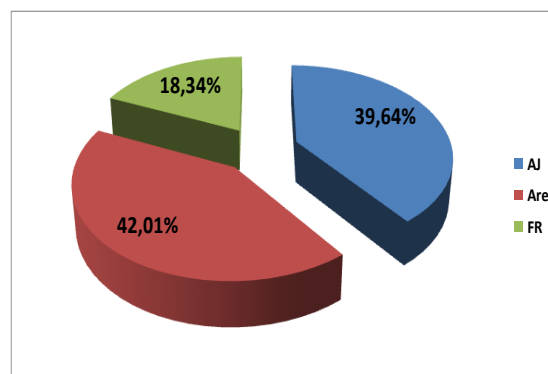
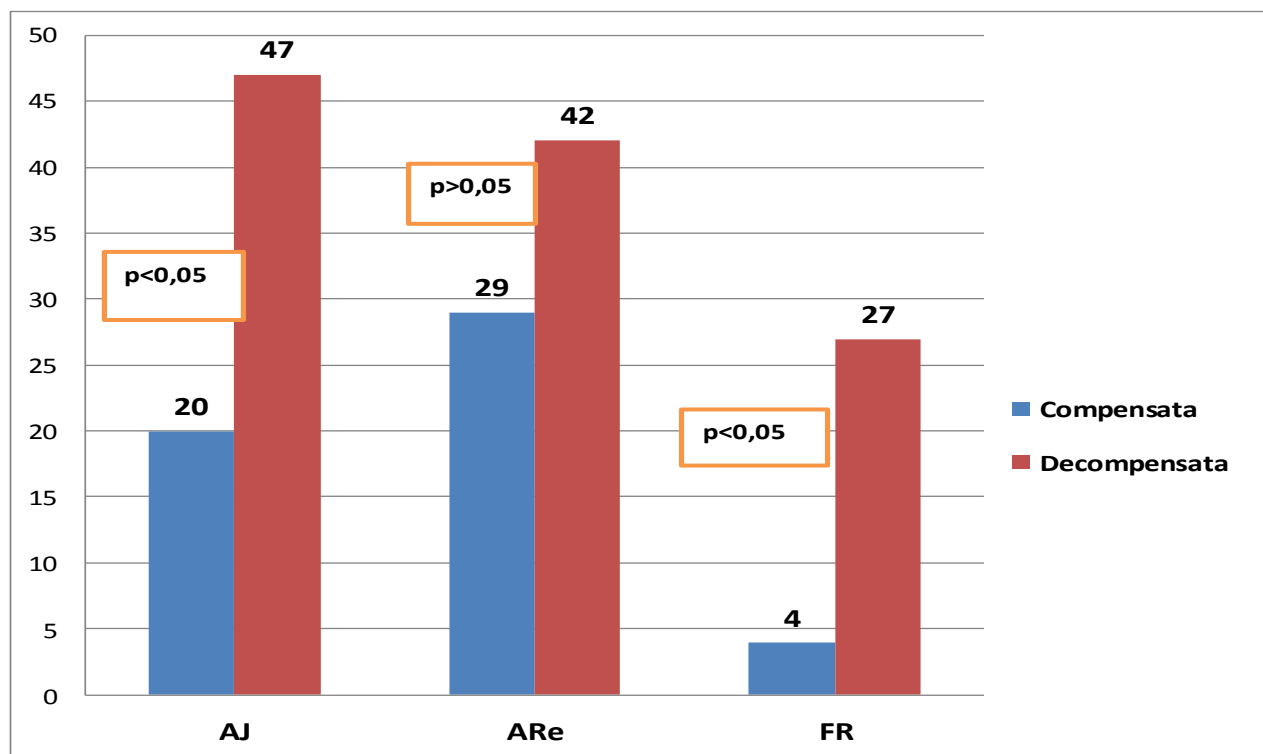


Fig. 2. Structura pacienților în funcție de patologie reumatismală (%)

Observăm, că procentul cel mai mare în patologii reumatismale la copii cu amigdalită cronică este în caz de artrită reactivă 42,0 ±3,79%, apoi urmează artrita juvenilă 39,6±3,76% și în ultimul rînd febra reumatismală 18,3±2,97% ( $\chi^2=11,6$  GL=2,  $p < 0.01$ ). Însă, dacă analizăm raportul dintre amigdalita cronică decompensată față de cea compensată în caz de diferite forme de patologii reumatismale, depistăm, că raportul cel mai mare dintre amigdalita cronică decompensată față de cea compensată a fost în caz de febră reumatismală - D/C 6.75 : 1, apoi a urmat artrita juvenilă - D /C 2.35 :1 și artrita reactivă - D /C 1.44 : 1. Deci, este evident, că în

cazul uneia dintre cele mai grave patologii reumatismale ca - febra reumatismală, sistemul limfoepitelial de apărare locală în faringe are o funcție decompensată cu un focar de infecție, care joacă un rol important în etiopatogenia acestei maladii (Fig.3).



**Fig.3. Raportul amigdalitei cronice decompensate față de amigdalita cronică compensată la copiii cu diferite tipuri de boli reumatismale**

În analiza minuțioasă a datelor de laborator s-a pus accentul pe compararea rezultatelor obținute între cele 3 patologii reumatismale în caz de diferite forme de amigdalită cronică. În urma examinării analizei generale de sânge la copiii cu artrită juvenilă în caz de amigdalită cronică compensată s-a depistat: din 20 copii studiați 5 copii (25.0±9.68%) au avut anemie de gr.I, la 4 pacienți (20.0±8.94%) numărul eritrocitelor a fost mai mic de  $3,5 \cdot 10^9/l$ , la 10 pacienți (50.0±11.18%) numărul de neutrofile nesegmentate a depășit limita maximă de 6%, la 6 persoane (30.0±10.24%) viteza de sedimentare a hematiilor (VSH) a depășit pragul superior de 12mm/h. În caz de artrită juvenilă la copiii cu amigdalită cronică decompensată s-a apreciat, că din 47 de copii studiați la 10 copii (21.3 ±5.97%) s-a depistat anemie de gr. I, la 6 persoane (12.7 ±4.85%) numărul de eritrocite a fost mai scăzut de  $3.5 \cdot 10^9/l$ , la 7 copii (14.9 ±5.19%) numărul de leucocite a fost marit, la 8 copii (17.0±5.47%) procentul neutrofilelor nesegmentate a depășit limita maximă de 6%, la 6 copii (12.7 ±4.85%) procentul de eozinofile a depășit limita superioară - 6%, la 12 copii (25.5 ±6.35%) viteza de sedimentare a hematiilor a fost mai mare decât pragul superior de 12mm/h. (Tab.1).

În caz de artrită reactivă la copiii cu amigdalită cronică compensată din 29 de copii studiați 4 copii (13.79±6.40%) au avut anemie de gr.I, la 6 pacienți (20.68±7.52%) numărul eritrocitelor a fost mai mic de  $3,5 \cdot 10^9/l$ , la 7 pacienți (24.13±7.94%) numărul de neutrofile nesegmentate a depășit limita maximă de 6%, la 1 copil ( 3.44±3.34%) procentul de eozinofile a fost mai mare decât limita superioara de 6%, la 9 persoane (31.03±8.59%) viteza de sedimentare a hematiilor a depășit pragul superior de 12mm/h. La 42 de copii studiați cu artrita reactiva și amigdalită cronică decompensată s-a depistat, că la 9 copii (21.42±6.33%) s-a depistat anemie de gr I, la 6 persoane ( 14.28±5.39%) numărul de eritrocite mai scăzut de  $3.5 \cdot 10^9/l$ , la 3 copii ( 7.14±3.97%) numărul de leucocite marit, la 7 copii (16.66±5.74%) procentul neutrofilelor nesegmentate a

depășit limita maximă de 6%, la 2 copii (4.76±3.28%) procentul de eozinofile a fost mai sus decât limita superioară 6%, la 7 copii

(16.66±5.74%) viteza de sedimentare a hematiilor a depășit pragul superior de 12mm\h. (Tab.2).

La cei 4 copii cu amigdalită cronică compensată, în caz de febră reumatismală, schimbări în analiza generală a sîngelui nu s-au depistat. În caz de amigdalită cronică decompensată la 27 copii cu această patologie reumatismală s-au evidențiat următoarele: la 7 copii (25.92±8.43%) s-a depistat anemie de gr. I, la 6 persoane (22.22±8.00%) numărul de eritrocite a fost mai scăzut de  $3.5 \cdot 10^9/l$ , la 1 copil (3.70±3.63%) numărul de leucocite a fost mărit, la 5 copii (18.51±7.47%) procentul neutrofilelor nesegmentate a depășit limita maximă de 6%, la 2 copii (7.40±5.03%) procentul de eozinofile a fost mai mare decât limita superioară de 6%, la 6 pacienți (22.22 ±8.00%) viteza de sedimentare a hematiilor a depășit pragul superior de 12mm\h.

**Tabelul 1**

**Probabilitatea schimbării la analiza generală a sîngelui în Artrita Juvenilă (AJ)**

	AJ Amigdalită decompensată (n=47)	AJ Amigdalită compensată (n=20)	RP	95,0% Î	RA (%)
Anemie Gr I	10	5	1.2	0.3606-4.2187	16.7
Eritrocite<3,5*10	6	4	1.7	0.4251-6.8645	4 1.2
Leucocite>	7	0	-	-	-
Neutrofile neseg. >6%	8	1 0	4.9	1.5273- 15.5606	75.6
Eozin>6%	6	0	-	-	-
VSH>12mm/h	1 2	6	1.3	0.3920-3.9856	23.1

**Tabelul 2**

**Probabilitatea schimbării la analiza generală a sîngelui în Artrita Reactivă (ARe)**

	ARe Amigdalită decompensată (n=42)	ARe Amigdalită compensată (n=29)	RP	95,0% Î	RA (%)
Anemie Gr I	9	4	1.1	0.2836-3.9305	9.1
Eritrocite<3,5*10	6	6	2.9	0.8110-10.5751	65.5
Leucocite>	3	0	-	-	-
Neutrofile Neseg. >6%	7	7	3.1	0.9081-10.4252	67.7
Eozin>6%	2	1	1.2	0.1012-13.8562	16.7
VSH>12mm/h	7	9	4.7	1.4195-15.3993	78.7

În urma examinării analizei generale de sînge în loturile de copii cu diferite tipuri de maladii reumatismale, în dependență de forma amigdalitei cronice, diferențe semnificative între grupele de pacienți nu s-au depistat, dar putem spune că în toate loturile de copii se întîlnesc destul de des anemiile de Gr.I, procentul mărit al neutrofilelor nesegmentate și mărirea vitezei de sedimentare a hematiilor.

În analiza generală de urină în loturile de copii examinați s-a depistat, că în caz de artrită juvenilă, din 20 copii cu amigdalită cronică compensată, la 7 copii (35±10.66%) a fost crescut

numărul leucocitelor. Din 47 copii cu amigdalită cronică decompensată, ce sufereau de artrită juvenilă, la 14 copii (31.9±6.79%) a fost mărit numărul leucocitelor, la 2 pacienți s-au depistat eritrocite în urină. În caz de artrita reactivă, din 29 pacienți cu amigdalită cronică compensată la 13 copii (44.8±9.23%) a fost crescut numărul leucocitelor și la un copil a fost mărit numărul de eritrocite în urină. În artrita reactivă, din 42 de copii cu amigdalită cronică decompensată la 7 copii (16.6±5.74%) a fost mărit numărul leucocitelor, la 2 pacienți s-au depistat eritrocite în urină. În caz de febră reumatismală la 27 copii cu amigdalită cronică decompensată la 5 copii (18.5±7.47%) a fost crescut numărul leucocitelor, la un pacient s-au depistat eritrocite în urină. În urma acestor examinări putem spune, că analiza generală de urină în loturile de copii cu diferite tipuri de maladii reumatismale în dependență de forma amigdalitei cronice diferențe semnificative între grupele de pacienți nu s-au depistat, dar subliniem, că în toate loturile de copii în urină destul de des se întâlnește leucocituria.

Cercetînd datele proteinei C Reactive (PCR) s-a observat că în caz de artrită juvenilă a 19 copii cu amigdalită cronică compensată, 7 copii (36.8±11.06%) au avut depășită limita superioară – mai mare 200 U/ml. În caz de artrită juvenilă la 42 copii cu amigdalită cronică decompensată nivelul de proteină C-Reactivă a fost depășit de limita superioară la 13 copii (28.9±6.99%). La 27 copii cu Artrita Reactivă, ce sufereau de amigdalită cronică compensată nivelul de proteină C-Reactivă a fost depășit de limita superioară la 4 copii (14.8±6.83%). La 41 copii cu amigdalită cronică decompensată, ce sufereau de această formă de patologie reumatismală, nivelul de proteină C-Reactivă a fost depășit de limita superioară la 5 copii (12.1±5.09%). În caz de febră reumatismală, la cei 4 copii cu amigdalită cronică compensată, proba PCR era în limitele normei. Dintre 25 copii cu amigdalită cronică decompensată, ce sufereau de febră reumatismală, numai la 4 copii (16±7.33%) nivelul de proteină C-Reactivă a fost depășit de limita superioară (>6mcg/ml). Analizînd aceste rezultate, observăm, că Proteina C- Reactivă s-a dovedit a fi întîlnită într-un procent mai mare la copiii cu artrită juvenilă în ambele forme de amigdalită cronică, în comparație cu alte forme de patologii reumatismale.

Studiind rezultatele primite a anticorpilor antistreptolizinei-O (ASL-O) s-a observat, că în caz de artrită juvenilă a 13 copii cu amigdalită cronică compensată la 3 copii (23±11.67%) a fost depășită limita superioară – mai mare de 200 U/ml. În caz de artrită juvenilă a 37 copii cu amigdalită cronică decompensată nivelul de ASL-O a fost depășit de limita superioară la 11 copii (29.7±7.51%). La 24 copii cu artrită reactivă, ce sufereau de amigdalită cronică compensată nivelul de ASL-O a fost depășit de limita superioară la 6 copii (25±8.83%). La 42 copii cu amigdalită cronică decompensată, ce sufereau de această formă de patologie reumatismală, nivelul de ASL-O a fost depășit de limita superioară la 18 copii (42.8±6.48%). În caz de febră reumatismală, la cei 4 copii cu amigdalită cronică compensată, proba ASL-O era mărită la 2 copii (50±25%) și din 24 copii cu amigdalită cronică decompensată, ce sufereau de febră reumatismală, la 11 copii ASL-O (45.8±10.17%) era mai mare de 200 U/ml. Conform rezultatelor, observăm, că ASL-O s-a dovedit a fi întîlnită într-un procent mai mare la copii cu artrită reactivă în caz de amigdalită cronică decompensată și în febra reumatismală în ambele forme de amigdalită cronică.

Cercetînd datele factorului reumatoid (FR) s-a observat, că în caz de artrită juvenilă din 17 copii cu amigdalită cronică compensată la 3 copii (17.6±9.23%) titrul a fost pozitiv. În caz de artrita juvenilă a 40 copii cu amigdalită cronică decompensată titrul de FR a fost pozitiv la 10 copii (25±6.84%). La 21 copii cu artrită reactivă, ce sufereau de amigdalită cronică compensată titrul de FR a fost pozitiv la 3 copii (14.3±7.63%). În caz de amigdalită cronică decompensată, la această formă reumatismală, din 31 copii titrul de FR a fost pozitiv la 7 copii (22.6±7.51%). În caz de febră reumatismală la copiii cu amigdalită cronică decompensată din 4 copii titrul de FR a fost pozitiv la un copil (25±21.65%). Observăm, că factorul reumatoid pozitiv predomină la copiii cu amigdalită cronică decompensată în toate grupele de patologii reumatismale.

Analizînd complecșii imuni circulanți (CIC) s-a depistat, că în caz de artrită juvenilă din 14 copii cu amigdalită cronică compensată la 9 copii (64.2±12.81%) CIC au depășit norma de 90 Unități. În caz de artrită juvenilă la 31 copii cu amigdalită cronică decompensată nivelul CIC a

depășit norma în 27 cazuri ( $87 \pm 6.04\%$ ). La 8 copii cu artrita reactivă, ce sufereau de amigdalită cronică compensată nivelul CIC a depășit norma la toți copiii ( $100 \pm 0$ ). În caz de amigdalită cronică decompensată, la această formă reumatismală, nivelul CIC a depășit norma la 8 copii ( $88.8 \pm 10.51\%$ ). În urma acestor rezultate putem să spunem, că complexii imuni circulanți în majoritatea cazurilor depășesc norma de 90 Un în patologiile reumatismale unde concomitent există focarul cronic amigdalian.

Făcînd o analiză a concentrației imunoglobulinelor A, M și G serice la 37 copii cu artrită juvenilă și 28 copii cu artrită reactivă, în caz de diferite forme de amigdalită cronică, devieri însemnate de la normă s-au particularități imune în dependență de forma amigdalitei cronice nu s-au depistat (Tab.3; Tab. 4).

**Tabelul 3**

**Analiza comparativă în AJI a rezultatelor probelor imunologice**

	AJ Amigdalită decompensată M±ES	AJ Amigdalită compensată M ±ES	p
Ig-A	1.66±0,05	1.59±0,02	>0.05
Ig-M	1.75±0,08	3.87±0,05	>0.05
Ig-G	11.5±1,84	10.81±0,56	>0.05

**Tabelul 4**

**Analiza comparativă în ARe a rezultatelor probelor imunologice**

	ARe Amigdalită decompensată M±ES	ARe Amigdalită compensată M ±ES	p
Ig-A	1.7±0,11	1.5±0,02	>0.05
Ig-M	1.7±0,12	1.65±0,04	>0.05
Ig-G	11.18±1,14	8.26±0,54	>0.05

La 39 de copii cu amigdalită cronică compensată și decompensată, ce sufereau de patologii reumatismale discutate li s-a examinat frotiul faringian. În 21 cazuri (54% ) s-a depistat Streptococcus Viridans, în 12 cazuri (30%) - Stafilococcus Aureus, la 9 copii (23% ) s-a depistat Haemophilus Influenzae, Neisseria - la 6 copii (15% ) și la un pacient, la care, pe mediile de cultură a crescut Streptococcus Pneumoniae.

**Concluzii**

1. În structura afecțiunilor cronice amigdalene cu boli concomitente reumatismale la copii predomină fetițele față de băieții.
2. Procentul cel mai mare de spitalizări în secția de reumatologie dintre patologii reumatismale la copiii cu amigdalită cronică este în caz de artrită reactivă și artrită juvenilă, apoi urmează febra reumatismală.
3. În analiza generală de sînge și urină la copiii cu diferite tipuri de maladii reumatismale ce suferă de amigdalită cronică mai des au loc următoarele schimbări: anemii de gr.I, procentul mărit al neutrofilelor nesegmentate și mărirea vitezei de sedimentare a hematiilor, în urină destul de des se întîlnește leucocituria.
4. Proteina C-Reactivă s-a dovedit a fi întîlnită într-un procent mai mare la copiii cu artrită juvenilă în ambele forme de amigdalită cronică în comparație cu alte forme de patologii reumatismale.
5. Antistreptolizina-O s-a dovedit a fi întîlnită într-un procent mai mare la copiii cu artrită reactivă în caz de amigdalită cronică decompensată și în febra reumatismală în ambele forme de amigdalită cronică.



6. Factorul reumatoid pozitiv predomină în toate grupele de copii cu patologii reumatismale ce suferă de amigdalită cronică decompensată.

7. Complecșii imuni circulanți în majoritatea cazurilor depășesc norma în patologii reumatismale unde concomitent există focarul cronic amigdalian.

8. La copiii cu amigdalită cronică compensată și decompensată, ce suferă de patologii reumatismale în frotiul faringian s-au depistat următorii agenți microbieni: Streptococcus Viridans - în 54% cazuri, Stafilococcus Aureus - 30% cazuri, în 23% cazuri s-a depistat Haemophilus Influenzae și Neisseria în 15% cazuri.

9. Amigdalita cronică decompensată, ca focar de infecție, joacă un rol semnificativ în etiopatogenia patologiilor reumatismale.

### **Bibliografia**

1. Abdel-Moula A.M., Sheriff A.A., Sallam S.A. "Prevalence of rheumatic heart disease among school children in Alexandria", Egypt: a prospective epidemiological study. 1998;73 (3-4):233-54
2. Becheanu N. "Evoluția și tratamentul artritei reactive în dependență de germeni infecțioși etiologici". 2012.
3. Danilov L. "Amigdalita cronică la copii". Recomandări metodice. Chișinău, 2011, p.17-18.
4. Kawano M., Okada K., Muramoto H., Morishita H., Omura T. "Simultaneous, clonally identical T cell expansion in tonsil and synovium in a patient with rheumatoid arthritis and chronic tonsillitis". Arthritis rheum, 2003, Sep.
5. Roberts A.L., Connolly K.L., Kirse D.J. Detection of Group A Streptococcus in tonsils from pediatric patients reveals high rate of asymptomatic streptococcal carriage. BMC Pediatr. 2012, p.1, Winston-Salem, NC, USA. Published online, 2012 Jan 9.
6. Saad C., Machado M., Ortiz K., Lourenco A., Martins B., Salvador Martins R., Machado N.C. "Antistreptolysin O titer profife in acute rheumatic fever diagnosis". Jurnal Pediatr. (Rio J) 2001;77 (2:105-11).
7. Гурьева О.Ю., Гуськова О.А., Рупасова Т.Р. и др. "Частота выявления гиперчувствительности замедленного типа к пиогенному стрептококку." Вестник РГМУ, 2008, №2, том 61, с. 280.
8. Овчиников А. Ю., Славский А.Н., Фетисов И.С. " Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания". Медиц. реферат. журн. Т.7. 1999. N.7.

## **OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI OTITEI MEDII LA COPII**

**Svetlana Diacova, Ion Ababii, Victor Țurcan, Vasile Gavriluța**

Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***The optimization of treatment of otitis media in children***

The aim of the work was to compare the effectiveness of different methodological approaches of OME treatment. The most effective treatment modality by assessment of hearing dynamics, general health deterioration scores and quality of life deterioration scores was myringotomy with tympanostomy tube insertion in combination with adenoidectomy.

### **Rezumat**

Scopul studiului a fost analiza și comparația eficacității metodelor tradiționale și metodelor contemporane în tratamentul otitei medii exsudative. Modalitatea cea mai efektivă după analiza dinamicii auzului, scorului sănătății generale și scorului calității vieții a fost miringotomia cu inserția tubului timpanostomic în combinație cu adenotomia.