

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 (Legend, 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 patologiei

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
- evadare 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 ангиофибромы 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 ангиофибромы 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-