

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
*NICOLAE TESTEMIȚANU***

**Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 616.284-089.844 (043.2)**

DIACOVA SVETLANA

**EVOLUȚIA OTITELOR MEDII LA COPII:
SPECIFICAREA ETAPELOR DIAGNOSTIC-CURATIVE
ÎN BAZA MONITORIZĂRII CLINICO-FUNCȚIONALE**

321.16. Otorinolaringologie

Rezumatul tezei de doctor habilitat în științe medicale

CHIȘINĂU, 2025

Teza a fost elaborată în cadrul Catedrei de Otorinolaringologie, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova

Consultant științific:

ABABII Ion, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”, academician al AȘM

Referenți oficiali:

RĂDULESCU Luminița, doctor abilitat în științe medicale, profesor universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie "Gh. Popa", Iași, România

VETRICEAN Sergiu, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”

MIHU Ion, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Institutul Mamei și Copilului

Componența Consiliului Științific Specializat:

MANIUC Mihail, președinte, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”

CHIABURU Anghelina, secretar științific, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”

COBZEANU Mihail Dan, membru, doctor abilitat în științe medicale, profesor universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie "Gh. Popa", Iași, România

REVENCO Nineli, membru, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”

BERNIC Jana, membru, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”

DANILOV Lucian, membru, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”

PARII Sergiu, membru, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar cercetător, USMF „Nicolae Testemițanu”

MĂTRĂGUNĂ Nelea, membru, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar cercetător, IMSP Institutul de Cardiologie, IMSP SCMC "V. Ignatenco"

Susținerea va avea loc la 24.06. 2025, ora 14.00 în ședința Consiliului Științific Specializat 321.16-25-03 din cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (bl. Ștefan cel Mare 165, birou 205, Chișinău, MD 2004, Republica Moldova).

Teza de doctor habilitat și rezumatul lucrării pot fi consultate la biblioteca Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, str. Testemițanu 29 și pe pagina web a ANACEC (www.cnaa.md). Rezumatul a fost expediat la 23.05.2025.

Secretar științific al Consiliului Științific Specializat,
Anghelina Chiaburu, dr. st. med., conf. univ.



Consultant științific,
Ababii Ion, dr. hab. st. med., prof. univ.,
academician al AȘM



Autor,
Diacova Svetlana, dr. șt. med., conf. univ.



CUPRINS

REPERELE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII	4
CONȚINUTUL TEZEI.....	9
1. CONCEPȚII ACTUALE PRIVIND EVOLUȚIA, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL OTITEI MEDII EXSUDATIVE PERSISTENTE ȘI OTITEI MEDII RECIDIVANTE LA COPII	9
2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE	9
3. OTITELE MEDII LA COPII. PARTICULARITĂȚILE EPIDEMIOLOGICE, CLINICE, PARACLINICE. FORMELE EVOLUTIVE, FACTORII DE RISC	12
3.1. Caracteristicile generale, epidemiologice și evolutive ale OM la copii. Factorii de risc ai recidivării și persistenței OM la copii	12
3.2. Particularitățile clinice și evolutive ale OMR și OMEP la copii	14
3.3. Parametrii craniometrici la copiii cu OMR și OMEP	15
4. ROLUL INDICILOR CLINICO-FUNCȚIONALI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI EVALUAREA PATOGENEZEI OM LA COPII	16
4.1. Semnificația clinică a indicilor otoscopici în diagnosticul OM	16
4.2. Metodele funcționale de examinare a UM în evaluarea patogenezei OM la copii ..	18
4.3. PEATC în diagnosticul OM la copii	22
5. CARACTERISTICA ȘI EFICIENȚA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL LA COPIII CU OMR ȘI OMEP	23
5.1. Caracteristica pacienților incluși în studiul analitic, experimental, clinic controlat	23
5.2. Metodele de tratament utilizate în studiul analitic, experimental, clinic controlat	23
5.2.1. Justificarea pentru aplicarea metodei optimizate	24
5.3. Eficacitatea tratamentului tradițional FMA	25
5.4. Eficacitatea tratamentului contemporan TSA	26
5.5. Eficacitatea tratamentului chirurgical elaborat TSMA	27
5.6. Studiul comparativ al rezultatelor monitorizării după tratamentul efectuat	28
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI PRACTICE.....	32
BIBLIOGRAFIA SELECTATĂ.....	34
LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE, ȘTIINȚIFICO-METODICE, DIDACTICE	36
ADNOTARE.....	44
SUMMARY	45
АННОТАЦИЯ	46
LISTA ABREVIERILOR	47

REPERELE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

Actualitatea temei. Otita medie (OM) este o afecțiune inflamatorie a urechii medii (UM), care se dezvoltă la 90% din copii și reprezintă indicația principală pentru antibioticoterapie și tratament chirurgical în copilăria precoce (R. Rosenfeld, 2022; [17]). Nediagnosticată la timp și netratată adecvat, OM progresează: la 60-65% dintre copii se dezvoltă otita medie exsudativă persistentă (OMEP), iar la 20%-35% dintre copii, otita medie recidivantă (OMR), cu risc de dezvoltare a complicațiilor grave și surditate progresivă, care influențează negativ calitatea vieții copilului [1-12]. Evoluția clinică a OM este bivariantă: o formă accentuată cu dezvoltarea rapidă a manifestărilor vădite, care evidențiază diagnosticul și urgentează necesitatea tratamentului și o altă formă, cu dezvoltarea treptată a manifestărilor subclinice nespecifice, ceea ce complică stabilirea diagnosticului și creează condiții pentru persistența, recidivarea și cronicizarea OM [1-8]. Factorii de risc ai OM reprezintă un set larg de caracteristici versatile și nediferențiate, fără precizarea factorilor de risc ai recidivării și persistenței otitei medii [1, 17]. Aplicarea metodelor funcționale sub formă de screening universal al urechii medii (UM), precum și conștientizarea riscului de complicații ale OM, au creat condiții pentru creșterea frecvenței aplicării antibioticoterapiei și numărului de intervenții otochirurgicale efectuate la copii, precum și micșorarea vârstei copiilor supuși tratamentului chirurgical [14, 16]. Există opinii contradictorii cu privire la tratamentul OM la copii și gama largă de metode tradiționale și contemporane utilizate. Influența metodelor tradiționale asupra însănătoșirii complete și restabilirii funcției UM nu este analizată. Consecințele tratamentului contemporan - recidivarea, persistența, formarea substratului morfologic cronic al UM - constatate în 35%-40% dintre cazurile postoperatorii, argumentează necesitatea obiectivizării eficacității acestei abordări terapeutice.

Scopul studiului. Eficientizarea managementului otitelor medii recidivante și persistente la copii, prin specificarea factorilor de risc de evoluția îndelungată, monitorizarea selectivă a urechii medii și optimizarea tratamentului chirurgical.

Obiectivele cercetării: 1. Determinarea factorilor de risc de evoluție îndelungată a otitelor medii în baza monitoringului otoscopic-electroacustic la copii, în funcție de starea premorbidă: specificarea impactului comorbidității respiratorii și digestive. 2. Detalierea tendințelor evolutiv-epidemiologice ale otitei medii în funcție de vârsta copiilor și evaluarea factorilor de risc de evoluție îndelungată a otitelor medii la copiii în vârstă de până la 1 an și de 3 ani. 3. Determinarea și amplificarea informativității metodelor de diagnostic ale otitelor medii în funcție de vârsta copiilor. 4. Specificarea particularităților de dezvoltare a otitelor medii la copii, în baza comparării indicilor clinico-funcționali și modificărilor depistate intraoperator. 5. Optimizarea tratamentului chirurgical al otitelor medii recidivante și otitelor medii exsudative persistente. 6. Evaluarea comparativă a eficacității a două metode existente și a metodei optimizate de tratament al otitelor medii recidivante și persistente, în baza monitoringului postoperator clinico-funcțional, precum și în baza reviziei postoperatorii a urechii medii. 7. Elaborarea sistemului de management al otitelor medii la copii, bazat pe monitoringul clinico-funcțional selectiv și tratamentul etapizat.

Ipoteza cercetării a cuprins două compartimente evaluate: 1. riscul apariției OMR și OMEP la copii va crește sub influența factorilor comorbizi, anatomici și biologici; 2. optimizarea tratamentului previne recidivarea și persistența OM, influențează restabilirea funcției urechii medii și ameliorează calitatea vieții copiilor.

Noutatea științifică a rezultatelor obținute. Au fost cercetate particularitățile evolutiv-epidemiologice ale otitelor medii în funcție de vârstă și comorbiditate, au fost evidențiați factorii de risc ai recidivării și persistenței otitelor medii. A fost argumentată necesitatea monitoringului selectiv al urechii medii la copii pentru prognozarea și diagnosticarea otitelor medii recidivante și

persistente. Pentru prevenirea recidivării și persistenței otitelor medii, s-a propus o metodă optimizată de tratament, eficacitatea căreia a fost demonstrată prin monitorizarea postchirurgicală clinico-funcțională și revizia cavității timpanice. A fost elaborat sistemul de management al otitelor medii la copii pentru prevenirea recidivării și persistenței.

Problema științifică aplicativă de importanță majoră soluționată în teză.

Fundamentarea din punct de vedere științific și metodologic a supravegherii factorilor de risc major de recidivare și persistență a otitei medii la copii, care sunt la baza apariției otitei medii cronice prin crearea sistemului de monitoring selectiv al urechii medii la copiii cu factori de risc; favorizarea acțiunilor de prevenire a recidivării și persistenței prin soluționarea sau minimalizarea efectului factorilor de risc și efectuarea tratamentului chirurgical optimizat la copiii cu otită medie recidivantă sau persistentă și crearea modelului multidisciplinar de îngrijire a copiilor la diferite etape de acordare a asistenței medicale.

Semnificația teoretică a cercetării rezidă în elaborarea unui cadru metodologic și conceptual complex al problemei de prevenire a recidivării și persistenței otitelor medii la copii. Rezultatele cercetării au permis, în premieră, elucidarea aspectelor evolutive anatomo-fiziologice și funcționale ale urechii medii la copii, în baza monitorizării otoscopic-electroacustice, evidențiind particularitățile patogenetice, evolutive și clinice ale otitei medii în funcție de vârstă și comorbiditate. Au fost concretizate particularitățile funcționale ale urechii medii la copii și a fost explicată frecvența înaltă, patogeniza deosebită și specificul clinic a otitei medii la pacienții de vârstă mică, în baza analizei rezultatelor testării electroacustice a urechii medii la copii prin metode obiective contemporane. Au fost evidențiate procesele evolutive ale otitei medii la copii în funcție de starea premorbidă și vârstă și au fost descrise modificările indicilor non-invazivi în evoluția otitei medii. A fost analizat rolul factorilor anamnestici în dezvoltarea și evoluția otitei medii la copiii mici: particularitățile îngrijirii copilului în primul an de viață, cum ar fi condițiile și caracterul alimentației. De asemenea, a fost apreciată semnificația clinică a microflorei patogene a faringelui la copiii cu vârsta de până la 3 ani în dezvoltarea și cronicizarea otitei medii la copii. În contextul rezultatelor monitoringului, au fost analizate parametrii craniometrice, precum și caracteristicile microbiologice și imunologice ale copiilor în vârstă de 3 ani. În baza monitorizării otoscopic-electroacustice, audiologice, indicilor calității vieții și sănătății generale, precum și în baza rezultatelor reviziei otomicroscopice, a fost justificată optimizarea și aplicarea metodei de tratament chirurgical al otitei medii recidivante și otitei medii exsudative persistente – timpanostomia asociată cu miringotomia și adenotomia. A fost efectuată analiza comparativă a eficacității tratamentului tradițional, tratamentului clasic și tratamentului elaborat de către autor, ceea ce a demonstrat avantajele metodei propuse în vindecarea completă, restabilirea funcției urechi medii, prevenirea recidivării și persistenței otitei medii, precum și ameliorarea calității vieții copiilor.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în elaborarea sistemului de management al otitei medii la copii, care constă în 1. implementarea monitoringului otoscopic-electroacustic selectiv al urechii medii la copiii cu factori de risc major ai recidivării și persistenței otitei medii; 2. efectuarea acțiunilor de precizare și descifrare a factorilor de risc ai recidivării și persistenței otitelor medii și soluționarea sau minimalizarea efectului acestora cu aprecierea evoluției indicilor otoscopic-electroacustici; 3. efectuarea tratamentului chirurgical optimizat – timpanostomia asociată cu miringotomia și adenotomia la copiii cu otită medie recidivantă și exsudativă persistentă pentru a preveni cronicizarea otitei medii. Monitoringul otoscopic-electroacustic selectiv al urechii medii constă în efectuarea screeningului otoscopic-electroacustic repetat la copiii cu vârsta de până la 5 ani cu factori de risc major de recidivare și persistență, cu patologia respiratorie și digestivă

recidivantă. Precizarea și descifrarea factorilor de risc ai recidivării și persistenței otitelor medii includ măsuri de evidențiere a comorbidităților, evaluarea particularităților de îngrijire a copilului și caracteristicilor microbiologice și anatomice ale copilului. Soluționarea sau minimalizarea efectului factorilor de risc ai recidivării și persistenței otitelor medii se efectuează conform planului individual cu aprecierea evoluției ulterioare a indicilor otoscopic-electroacustici. Dinamica pozitivă este o indicație pentru continuarea monitoringului până la 5 ani. Persistența indicilor clinico-funcționali caracteristici pentru otita medie pe parcursul a 3 luni, cu dezvoltarea otitei medii exsudative persistente sau recidivarea de 3 ori pe parcursul a 6 luni sau de 4 ori pe parcursul a 12 luni, cu dezvoltarea otitei medii recidivante, fiind o indicație pentru efectuarea tratamentului chirurgical optimizat – timpanostomie asociată cu miringotomie și adenotomie, pentru a preveni cronicizarea otitei medii. Monitoringul postchirurgical clinic, otoscopic-electroacustic, audiologic, precum și monitoringul indicilor calității vieții și sănătății generale se efectuează pentru verificarea evoluției otitei medii.

Metodologia generală a cercetării. Lucrarea reprezintă o cercetare complexă multicentrică care conține mai multe studii. Pentru realizarea scopului și obiectivelor cercetării, au fost efectuate 2 tipuri de studiu: 1. **observațional, descriptiv, transversal, selectiv**, prin monitorizarea otoscopic-electroacustică a stării urechii medii la cohorta de 1092 de copii fără otita medie cunoscută cu starea premorbidă diferită, pentru determinarea eșantionului principal al cercetării și descrierea unor aspecte evolutiv-epidemiologice ale OMR și OMEP la copii, conține monitoringul caracteristicilor evolutiv-epidemiologice și clinico-funcționale, cercetarea particularităților anatomo-biologice ale copiilor cu otite medii recidivante și persistente, ceea ce a permis determinarea factorilor de risc pentru această patologie în funcție de comorbiditate și vârsta copiilor; 2. **analitic, experimental, clinic controlat** a inclus aplicarea a 3 modalități de tratament la copiii cu OMR și OMEP și monitoringul postchirurgical (PC) otoscopic-electroacustic, audiologic, indicilor calității vieții (ICV) și indicilor sănătății generale (ISG), cu determinarea eficacității comparative a metodelor de tratament tradiționale, clasice și a tratamentului elaborat.

Lucrarea reprezintă un rezultat al colaborării internaționale fructuoase cu participarea Laboratorului de Otorinolaringologie și Clinicii Universitare Otorinolaringologie Pediatrică, Clinica „Emilian Coțaga”, a Centrului Republican de Audiologie, Protezare Auditivă și Reabilitare Medico-Pedagogică al Clinicii „Emilian Coțaga” din cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului, Departamentul Otorinolaringologie, Clinica Mayo, Minnesota, SUA și Asociația „Pédiatres du Monde”, Clermont-Ferrand, Franța.

Rezultatele științifice principale înaintate spre susținere:

1. Particularitățile clinico-evolutive ale otitei medii în funcție de starea premorbidă, în baza studiilor clinice și otoscopic-electroacustice: factorii de risc major ai recidivării și persistenței otitei medii. Efectul comorbidității respiratorii și digestive în evoluția îndelungată a otitei medii.
2. Monitoringul selectiv al urechii medii la copii, care include evaluarea clinică, otoscopic-electroacustică în dinamică, monitoringul indicilor calității vieții și sănătății generale la copiii cu factori de risc major de recidivare și persistență a otitei medii în funcție de comorbiditate și vârstă; specificarea indicațiilor pentru monitoringul selectiv al urechii medii la copii.
3. Particularitățile clinico-evolutive ale otitei medii în funcție de vârstă, în baza studiilor clinice și otoscopic-electroacustice: factorii de risc de recidivare și persistență a otitei medii în funcție de vârstă. Factorii de risc ai dezvoltării otitei medii la copiii cu vârsta de până la 1 an. Particularitățile indicilor craniometrici la copiii în vârstă de 3 ani cu otită medie recidivantă și otită medie exsudativă persistentă. Semnificația florei faringiene microbiene patogene la copiii cu vârsta de până la 3 ani în recidivarea și persistența otitei medii.

4. Amplificarea informativității metodelor de diagnostic ale otitei medii la copii în funcție de vârstă, prin clasarea indicilor (otoscopici, electroacustici și electrofiziologici), stabilită în baza comparării cu dovezile clinico-chirurgicale. Particularitățile de dezvoltare a otitei medii la copii conform tendințelor evidențiate prin compararea rezultatelor examenelor otoscopic-electroacustic și clinico-chirurgical care sunt explicate prin diferența în funcția tubei auditive.
5. Metoda originală elaborată de tratament chirurgical funcțional minim invaziv – Timpanostomia asociată cu Miringotomia și Adenotomia - pentru tratamentul otitei medii recidivante și otitei medii exsudative persistente, propusă în baza evidențierii eficacității, avantajelor și limitărilor metodelor chirurgicale clasice - miringotomia și timpanostomia și analizei posibilității de amplificare a efectului pozitiv al acestor metode în prevenirea recidivării și persistenței otitelor medii la copii.
6. Modalitatea de monitoring postchirurgical, inclusiv otoscopic-electroacustic, audiologic, clinic, monitoring al indicilor calității vieții și sănătății generale; și rezultatele evaluării eficacității comparative a 3 metode de tratament ale otitei medii recidivante și otitei medii exsudative persistente: tratament tradițional - fizioterapeutic cu miringotomie și adenotomie, tratament clasic - timpanostomie cu adenotomie și tratament elaborat – timpanostomie asociată cu miringotomie și adenotomie.
7. Justificarea sistemului de management al otitei medii la copii pentru prevenirea recidivării, persistenței și cronicizării otitei medii în baza monitoringului selectiv clinico-funcțional la copiii cu factori de risc de recidivare și persistență a otitei medii, tratamentului etapizat și monitorizarea postchirurgicală.

Implementarea rezultatelor. Rezultatele studiului au fost incluse în activitatea didactică a Catedrei de Otorinolaringologie a IP USMF „Nicolae Testemițanu” și în activitatea curativă a Clinicii Universitare Otorinolaringologie Pediatrică, Clinica „Emilian Coțaga”, a Centrului Republican de Audiologie, Protezare Auditivă și Reabilitare Medico-Pedagogică al Clinicii „Emilian Coțaga” din cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Aprobarea rezultatelor științifice. Rezultatele cercetării au fost expuse în 65 de comunicări la forumuri științifice naționale și internaționale: **La congrese internaționale:** Meeting of the Middle Section of the American Laryngological, Rhinological and Otological Society, Milwaukee, Wisconsin, 1999; 24th Politzer Society Meeting, Amsterdam, Netherlands, 2003; 4th Congress of the European Academy of Paediatric Societies, 2012, Istanbul, Turkey; 7th Extraordinary International Symposium On Recent Advances in Otitis Media, 2013, Stockholm, Sweden; VII Съезд Оториноларингологов Республики Беларусь, 2013, Minsk, Belarus; 12th International Congress of the European Society of Pediatric Otorhinolaryngology (ESPO 2014), Dublin, Ireland; 13th Danube International Otorhinolaryngological Congress, Cluj-Napoca, Romania, 2014; 5th Congress of the European Academic Paediatric Societies, EAPS 2014, Barcelona, Spain; 4th Global Congress for Consensus in Pediatrics and Child Health, 2015, Budapest, Hungary; 7th EPA-UNEPSA Europaediatrics, 2015, Italy, Florence; Conferința Națională de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială, Sibiu, Romania, 2017; E-Health and Bioengineering Conference (EHB), Chișinău, Republica Moldova, 2017; 6th IEEE International Conference on E-Health and Bioengineering, Sinaia, Romania, 2017; Conference “Jubileuszową Konferencję Naukową w roku obchodów Setnej Rocznicy Odzyskania Niepodległości RP”, Chișinău, Republica Moldova, 2018; International Conference on Nanotechnologies and Biomedical Engineering IFMBE ICNBME-2019, Chișinău, Republica Moldova; International Scientific Conference “Yesterday’s heritage – implications for the development of tomorrow’s sustainable society”, 3rd edition, Iași, Romania, 2021; International Symposium on “Recent Advances in Otitis Media” 21th edition, virtual meeting, Sussex, UK, 2021; **congrese naționale:** Conferința națională cu participare internațională „Updates in the

diagnosis and treatment of otologic diseases”, Chişinău, Republica Moldova, 2019; Conferinţa naţională cu participare internaţională „Abordări diagnostice şi terapeutice moderne în conduita medicală a copilului cu maladii respiratorii”, Chişinău, Republica Moldova, 2019; Conferinţa naţională cu participare internaţională „Sindromul de tuse şi copilul imunocompromis”, Chişinău, Republica Moldova, 2019; Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău, Republica Moldova, 2020; Conferinţa naţională ştiinţifico-practică cu participare internaţională „Medicina personalizată în diagnosticul şi tratamentul complex al tumorilor la copii”, Chişinău, Republica Moldova, 2021; Zilele Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău, Republica Moldova (2019, 2021, 2022).

Teza a fost discutată, aprobată şi recomandată spre susţinere la şedinţa Catedrei de Otorinolaringologie IP USMF „Nicolae Testemiţanu” (Avizul nr. 3 din 28.03.2024); Seminarului ştiinţific de profil Pediatrie şi neonatologie, din cadrul IP USMF „Nicolae Testemiţanu” (Hotărâre din data de 29.05.2024.); Seminarului ştiinţific extern de profil Pediatrie şi neonatologie, din cadrul al IMSP Institutul Mamei şi Copilului, Republica Moldova (Hotărâre din data de 14.06.2024.); în cadrul Seminarului ştiinţific de profil Otorinolaringologie, Oftalmologie din cadrul USMF „Nicolae Testemiţanu” (Hotărâre din data de 11.09.2024.).

Publicaţii la tema tezei. Rezultatele studiului au fost expuse în 110 de lucrări ştiinţifice publicate, dintre care 1 monografie monoautor, 57 de articole, dintre care 3 - în ediţii cu Factor de Impact, în reviste ISI-Thomson, 17 în alte ediţii internaţionale recunoscute, articole în reviste naţionale recenzate – 34, articole în culegeri ştiinţifice internaţionale – 3, teze cu comunicări naţionale şi internaţionale – 65, 3 brevete de invenţie, 1 capitol în manualul „Otorinolaringologie” şi 1 capitol în manualul „Tests on otorhinolaryngology” pentru învăţământul superior, indicaţii metodice, 1 protocol clinic naţional.

Cuvinte-cheie: otită medie exsudativă persistentă, otită medie recidivantă, screeningul urechii medii la copii, timpanostomie.

Sumarul compartimentelor tezei. Lucrarea este scrisă în limba română, cu titlu de manuscris şi este expusă pe 207 pagini text de bază şi cuprinde adnotarea în limbile română, engleză şi rusă, lista abrevierilor, introducere, 5 capitole, concluzii generale, recomandări practice, bibliografie din 300 surse, anexe, declaraţia pe propria răspundere şi CV-ul autorului. Teza este ilustrată cu 27 tabele, 49 figuri şi 16 anexe.

CONȚINUTUL TEZEI

1. CONCEPȚII ACTUALE PRIVIND EVOLUȚIA, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL OTITEI MEDII EXSUDATIVE PERSISTENTE ȘI RECIDIVANTE LA COPII

Primul capitol este dedicat revizuirii literaturii la tema tezei și abordării minuțioase a aspectelor evolutiv-epidemiologice, patogenetice, etiologice și clinico-funcționale ale otitei medii la copii. Cercetarea s-a axat pe evidențele și dovezile recente ale managementului contemporan, inclusiv tendințele de diagnostic și modalitățile de tratament. Au fost conturate direcțiile actuale de cercetare, și anume evidențierea factorilor de risc de recidivare și persistență a otitelor medii la copii, obiectivizarea eficacității comparative a metodelor de tratament existente și optimizarea tratamentului pentru prevenirea recidivării și persistenței otitelor medii, restabilirea auzului și ameliorarea calității vieții copiilor.

2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE

2.1. Caracteristica cercetării. Cercetarea a fost dezvoltată și realizată în cadrul proiectelor instituționale și internaționale: a). 2 Proiecte instituționale "Elaborarea principiilor teoretico-practice de menținere și fortificare a stării funcționale a organelor ORL în patologia inflamatorie la copii și adulți" 2006-2010 și 2011-2014; b). Proiecte bilaterale cu Departamentul ORL, Clinica Mayo, MN, SUA – "Evoluția otitelor medii la copii" (1997-2014); c). Proiectul bilateral cu Asociația „Pédiatres du Monde”, Clermont-Ferrand, Franța "Enfants sourds et malentendants en Moldavie": "Screeningul și tratamentul chirurgical al otitelor medii la copii (2000 - prezent). În timpul executării Proiectelor "Evoluția otitelor medii la copii" în Clinica Mayo au fost câștigate 3 awarduri - Award Dale C. Groom, Mayo Foundation, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA (2008, 2009, 2010-2011).

Cercetarea a fost efectuată conform direcțiilor stipulate de obiectivele conceptualizate în 4 etape din cadrul studiului (Figura 1.) și a fost realizată în Clinica Universitară Otorinolaringologie Pediatrică, în Clinica „Emilian Coțaga” din cadrul Institutului Mamei și Copilului. O parte din studii a fost efectuată în Departamentul Otorinolaringologie, Clinica Mayo, Minnesota, SUA.

Etapa I. Definirea problemei. A fost efectuată descrierea și planificarea proiectului de cercetare și a fost definit scopul, obiectivele de cercetare științifică și ipoteza de cercetare; au fost evidențiate și analizate problemele de management terapeutic și chirurgical al OM la copii prin monitorizarea stării UM la copiii cu OM după modalitatea de tratament tradițional (studii retrospective, descriptive). A fost elaborat Protocolul de cercetare și obținut Avizul favorabil al Comitetului de etică al cercetării.

Etapa II. Observarea clinică, acumularea materialului. S-a efectuat studiul *observațional, descriptiv, transversal, selectiv*, prin monitorizarea otoscopic-electroacustică a stării urechii medii la cohorta de 1092 de copii fără otită medie cunoscută cu stare premorbidă diferită; a fost determinat eșantionul principal al cercetării și au fost descrise unele aspecte evolutiv-epidemiologice ale OMR și OMEP. Copiii diagnosticați cu otită medie recidivantă, otită medie exsudativă persistentă și otologic sănătoși au participat în evaluarea comparativă clinico-evolutivă, biologică și funcțională. A fost realizat studiul *analitic, experimental, clinic controlat* cu aplicarea a 3 modalități de tratament la copiii cu OMR și OMEP și monitoringul postchirurgical.

Designul general al studiului. Studiul 1 - observațional, descriptiv, transversal, selectiv, (Figura 2.) a inclus *monitoringul otoscopic-electroacustic al stării UM* la cohorta de copii fără otită medie cunoscută cu stare premorbidă diferită: lotul R a inclus 428 de copii cu patologie respiratorie recidivantă, lotul D a fost constituit din 444 de copii cu patologie digestivă recidivantă, lotul S, de control, a fost format din 220 de copii sănătoși. Copiii diagnosticați cu otită medie recidivantă, otită medie exsudativă persistentă și copiii otologic sănătoși au fost incluși în

evaluarea comparativă (concordanța) clinico-evolutivă, biologică, anatomică și funcțională.

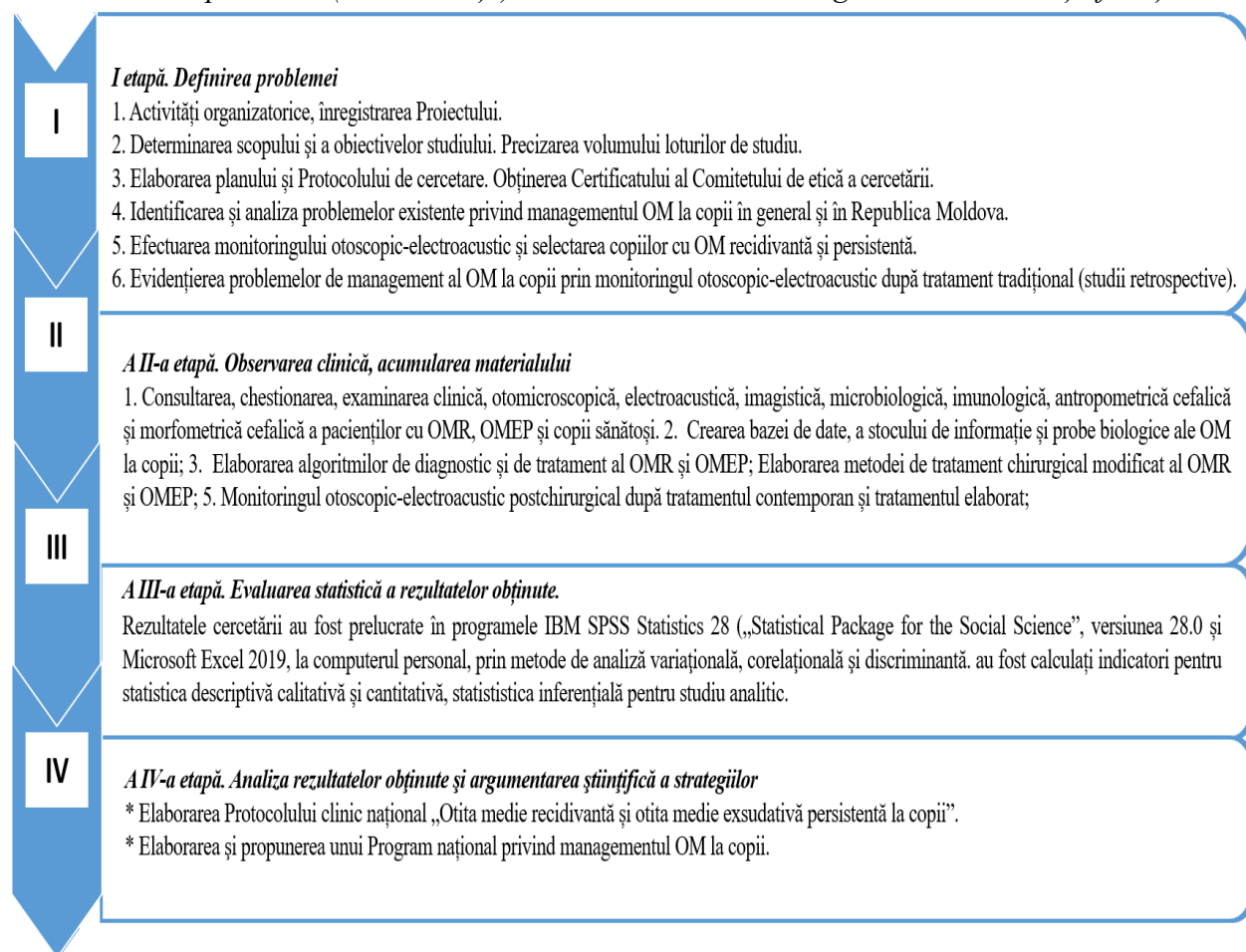


Fig. 2.1. Etapele studiului

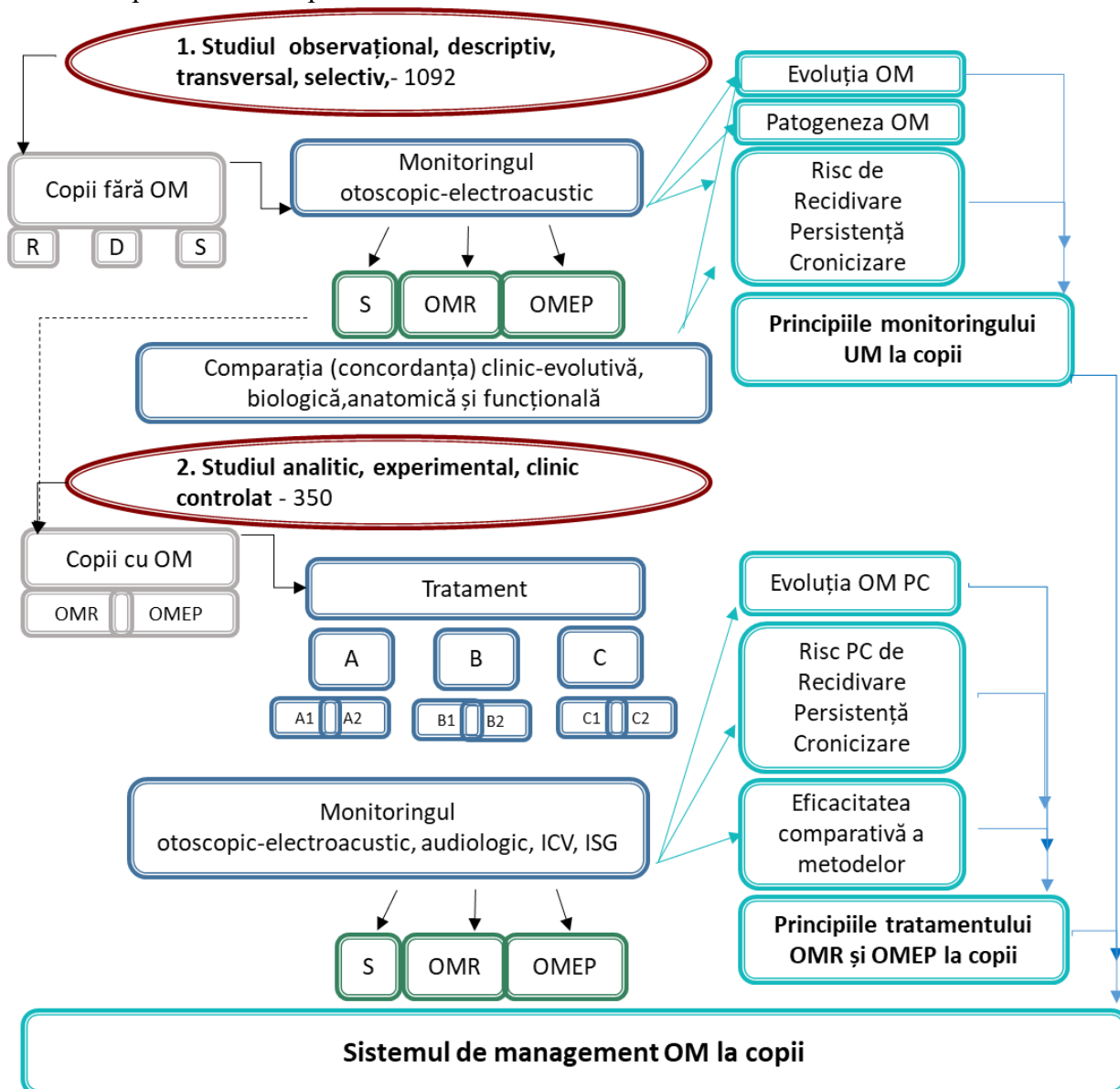
Studiul 2 - analitic, experimental, clinic controlat a inclus aplicarea a 3 modalități de tratament la 350 de copii cu OMR și OMEP, monitoringul postchirurgical otoscopic-electroacustic, audiologic, precum și monitoringul indicilor calității vieții și indicilor sănătății generale. Pacienții cu OMR sau OMEP au fost repartizați în 3 loturi conform tratamentului aplicat: lotul A - 110 pacienți, tratament tradițional (fizioterapeutic și chirurgical - miringotomie și adenotomie); lotul B - 110 pacienți, tratament contemporan (timpanostomie și adenotomie), lotul C a inclus 130 de pacienți, tratament elaborat – timpanostomie asociată cu miringotomie și adenotomie. Fiecare lot a fost divizat în 2 subloturi: sublotul 1 - copii cu OMR; sublotul 2 – copii cu OMEP.

Metodele de investigare aplicate pe itinerarul cercetării. În vederea verificării validității ipotezelor și realizării obiectivelor, am aplicat următoarele metode și instrumente: chestionarea clinico-anamnestică și cercetarea documentației medicale, examinarea clinică ORL, screening-otoscopia, screening-impedansmetria, otoscopia, otomicroscopia, videootoscopia, impedansmetria desfășurată, audiometria convențională, audiometria după înregistrarea otoemisiilor acustice, audiometria obiectivă computerizată după înregistrarea potențialelor evocate auditive ale trunchiului cerebral, examenul microbiologic al faringelui, examenul craniometric (antropometric cefalic și morfometric cefalic), examenul TC spiralat 3D al urechii, examenul radiologic al sinusurilor paranazale, examenul imunologic.

Etapa III. Evaluarea statistică a rezultatelor obținute. Materialele primare ale studiului au fost procesate computerizat cu ajutorul funcțiilor și modulelor programelor IBM SPSS Statistics 28 (Statistical Package for the Social Science, versiunea 28.0) și Microsoft Excel 2019, la computerul personal, prin metode de analiză variațională, corelațională și discriminantă. Au fost calculați

indicatori pentru statistica descriptivă calitativă și cantitativă, statistica inferențială pentru studiu analitic.

Etapă IV. Analiza rezultatelor obținute și argumentarea științifică a strategiilor. Au fost formulate concluziile și recomandările practice. Rezultatele obținute au fost propuse spre implementare în procesul științifico-didactic și științifico-parctic în cadrul Clinicii Universitare Otorinolaringologie Pediatrică, catedra de Otorinolaringologie IP USMF "Nicolae Testemițanu" și IMSP Clinica „Emilian Coțaga”, secția de Otorinolaringologie. Pe baza acestora, au fost elaborate 3 invenții și 2 inovații (3 Brevete de invenții, 2 Certificate de Inovator și 8 Acte de Implementare a invenției și inovației). A fost elaborat și implemenat PCN „Otita medie acută la copii” și elaborat PCN „Otita medie recidivantă și otita medie exsudativă persistentă la copii”.



Notă: OM – otită medie, R – copii cu patologie respiratorie recidivantă, D - copii cu patologie digestivă recidivantă, S - copii fără patologie somatică, OMR - copii cu otită medie recidivantă, OMEP – copii cu otită medie exsudativă persistentă, S – copii otologic sănătoși, UM – urechea medie, A – pacienți supuși tratamentului fizioterapeutic și chirurgical - miringotomie și adenotomie (FMA), B – pacienți supuși tratamentului – timpanostomie și adenotomie (TSA), C - pacienți supuși tratamentului – timpanostomie asociată cu miringotomie și adenotomie (TSMA), A1, B1, C1 – subloturi cu OMR, A2, B2, C2 – subloturi cu OMEP, PC – postchirurgical.

Figura 2. Designul general al studiului

3. OTITELE MEDII LA COPII. PARTICULARITĂȚILE EPIDEMIOLOGICE, CLINICE, PARACLINICE. FORMELE EVOLUTIVE, FACTORII DE RISC

3.1. Caracteristicile generale, epidemiologice și evolutive ale OM la copii. Factorii de risc major ai recidivării și persistenței OM la copii

Monitoringul otoscopic-electroacustic a fost efectuat (aa. 2008-2018) prin screeninguri otoscopic-electroacustice repetate pe parcursul a 3 ani pentru fiecare copil din cohorta de 1092 de copii. Diagnosticul și diagnosticul diferențial a fost efectuat conform algoritmului (Figura 3.).

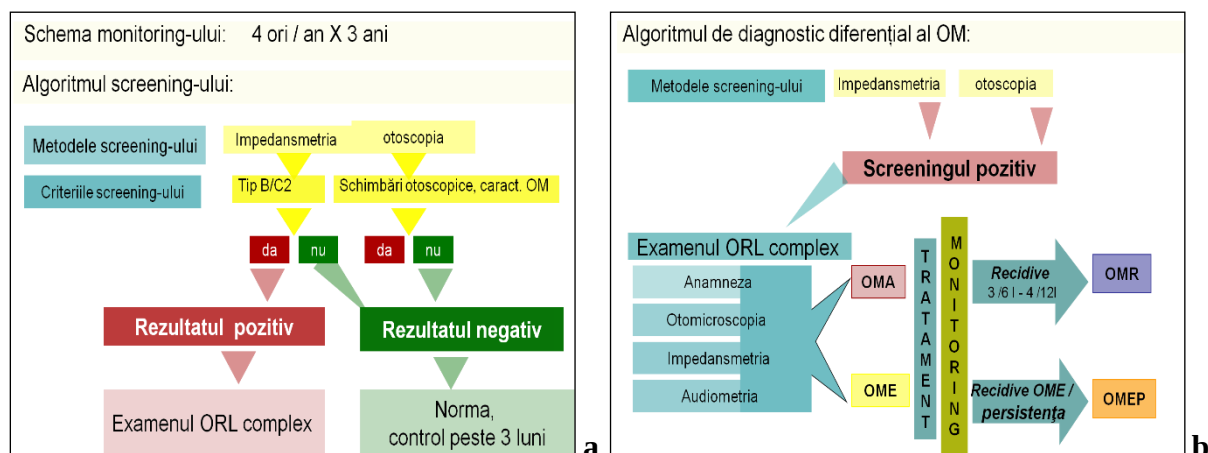


Figura 3. Schema monitoringului (a) și Algoritmul de diagnostic diferențial (b)

Rezultatele monitoringului în funcție de starea premorbidă: majoritatea copiilor din cohorta (561 de copii din 1092 – 51,37%), pe parcursul monitorizării, au avut otită medie (Figura 4.a). Recidivarea cu dezvoltarea OMR (Figura 4.b). a fost confirmată la 142 de copii (RF 0,25, 95% ÎI 0,21-0,30). La 215 copii (RF 0,38; 95% ÎI 0,33-0,44) a fost constatată tendința spre persistența exsudatului și dezvoltarea OMEP. Majoritatea copiilor care au avut OM pe parcursul a 3 ani au fost din lotul R cu riscul relativ (RR) de dezvoltare a OM, în comparație cu lotul D - 2,44 (ÎI 95% 2,13-2,80; $p < 0,0001$), în comparație cu lotul S - 3,32 (ÎI 95% 2,63-4,19; $p < 0,0001$).

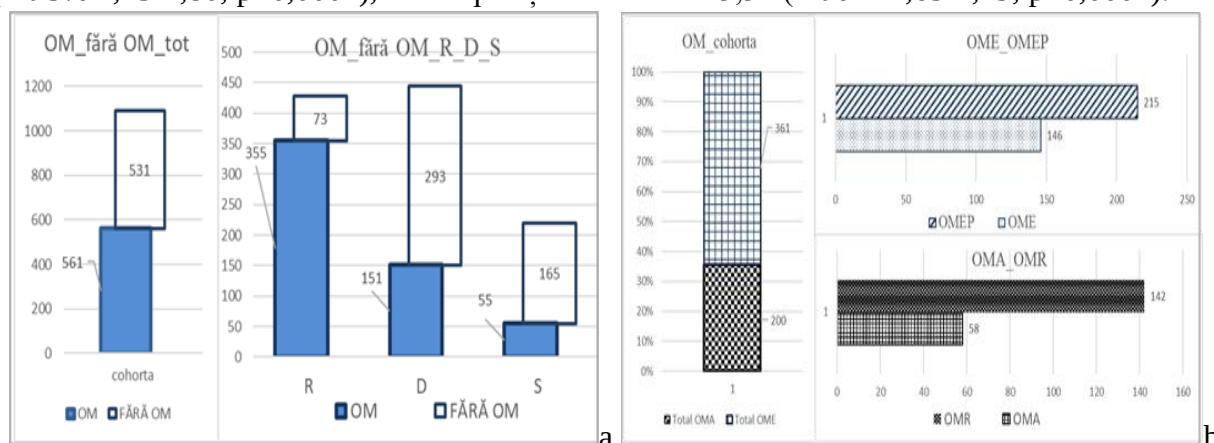


Figura 4. Distribuția (a) și formele (b) OM la copiii din cohorta

Monitoringul a evidențiat recidivarea și persistența otitei medii mai frecvent în loturile R și D decât în lotul S (Figura 5.a) cu un risc relativ foarte mare de OMR în lotul R - 6,6 (ÎI 95% 1,8-24,4; $p = 0,005$) și în lotul D - 7,4 (ÎI 95% 2,0-27,6; $p = 0,003$). Otita medie exsudativă persistentă s-a dezvoltat mai des în loturile R și D decât în lotul S cu un risc relativ foarte mare de OMEP în lotul R și în lotul D vs lotul S - 3,0 (ÎI 95% 1,6-5,5; $p = 0,0006$; ÎI 95% 1,6-5,6; $p = 0,0008$, corespunzător). Dezvoltarea OMR și OMEP a fost înregistrată mai des în loturile R și D decât în lotul S (Figura 5.b), cu un risc relativ foarte mare de cronicizare în lotul R vs lotul S - 3,7 (ÎI 95%

2,1-6,4; $p < 0,0001$) și în lotul D vs lotul S - 4,0 (Î 95% 2,3-7,1; $p < 0,0001$).

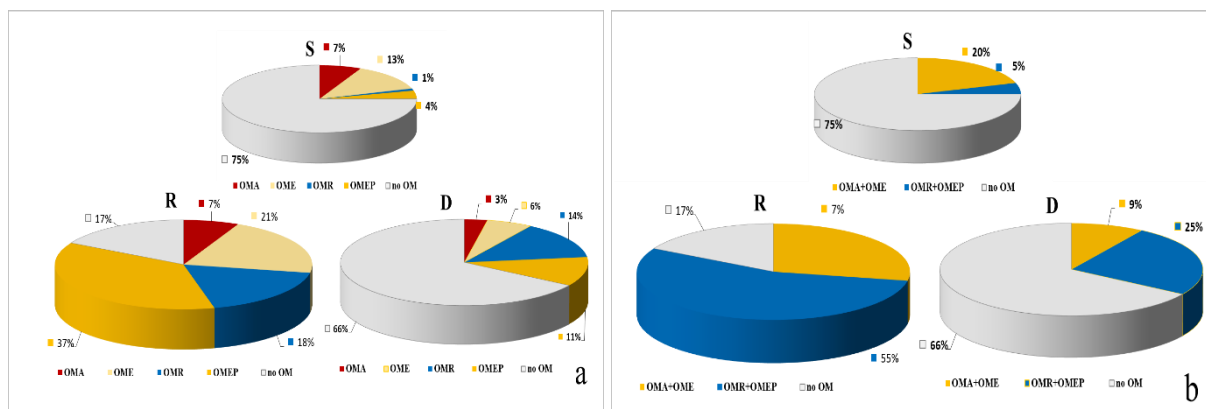


Figura 5. Formele (a) și cronicizarea (b) OM la copiii din loturi

Rezultatele monitoringului în funcție de vârstă. Majoritatea copiilor în vârstă de până la 5 ani au fost diagnosticați cu OM pe parcursul monitorizării: 113 copii (62,1%) în vârstă de până la 1 an, 143 de copii (56,7%) - 1-3 ani, 144 de copii (60,3%) - în vârstă de 3-5 ani (Figura 6.a). Copiii de 5-7 ani și 5-10 ani au avut OM mai rar (46,9% și 28,4%, corespunzător). Cel mai înalt risc de dezvoltare a OM ($p < 0,0001$) a fost înregistrat la copiii în vârstă de până la 5 ani: RR la vârsta de până la 1 an - 1,6 (Î 95% 1,4-1,9;), și la vârsta de 1-5 ani - 1,5 (Î 95% 1,3-1,8; $p < 0,0001$), în comparație cu copiii în vârstă de 5-10 ani.

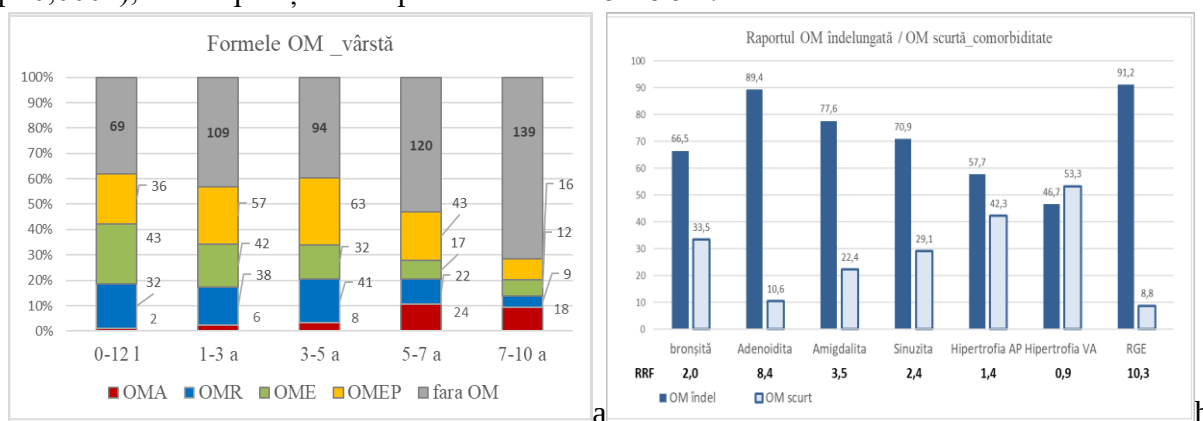


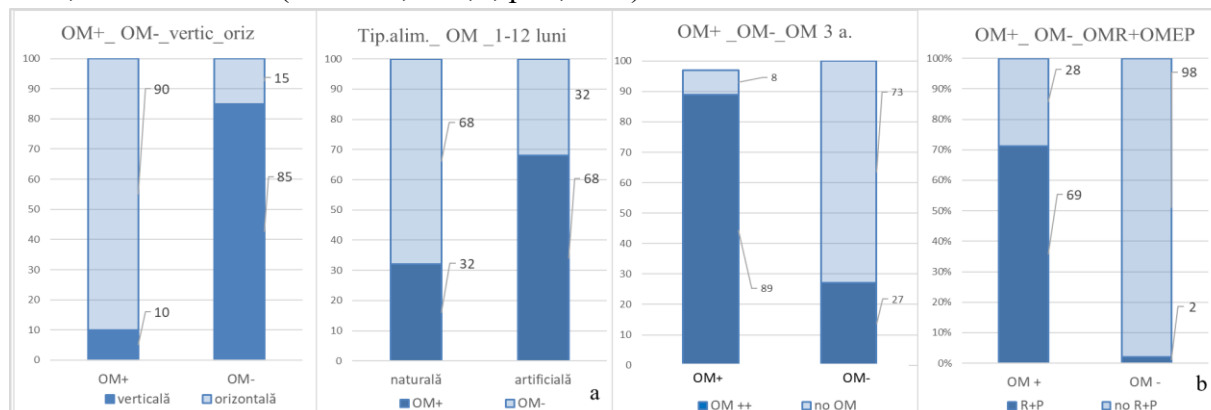
Figura 6. Evoluția otitelor medii la copii în funcție de vârstă (a) și comorbidități (b)

Cel mai înalt risc de apariție a OMR au prezentat copiii cu vârstă de până la 5 ani, cu RR moderat, 2,2 (Î 95% 1,7-2,9; $p < 0,0001$) - la vârsta de până la 1 an și 2,0 (Î 95% 1,5-2,7; $p < 0,0001$) la vârsta de 1-5 ani, în comparație cu copiii în vârstă de 5-10 ani. Riscul de persistență a fost mai înalt la copiii de 1-10 ani decât la copiii de până la 1 an, cu RR redus în limitele de la 1,4 (Î 95% 1,0-1,8; $p = 0,02$) la vârsta de 1-5 ani, până la 1,5 (Î 95% 1,1-2,0; $p = 0,007$) la vârsta de 5-10 ani. Riscul de cronicizare a OM la copiii de până la 5 ani a fost mai înalt decât la copiii de 5-10 ani, cu RR moderat: 1,7 (Î 95% 1,3-2,3; $p < 0,0001$) - la vârsta de până la 1 an, 1,9 (Î 95% 1,5-2,2; $p < 0,0001$) - la copiii de 1-5 ani.

Patologia concomitentă (comorbiditatea) la copiii cu OMR și OMEP. În majoritatea cazurilor, copiii cu OMR sau OMEP au avut câteva patologii respiratorii și/sau digestive concomitente (Figura 5.(b)). Evaluarea raportului ratei de frecvență a confirmat influența semnificativă ($p < 0,0001$) a comorbidităților: RGE (RRF 10,3), adenoiditei (RRF 8,4), amigdalitei (RRF 3,5), sinusitei (RRF 2,4) și bronșitei (RRF 2,0) asupra dezvoltării OM îndelungate. Influența altor comorbidități asupra OM îndelungate nu a fost semnificativă.

3.2. Particularitățile clinice și biologice la copii cu OMR și OMEP

Riscul și evoluția OM în funcție de factorii anamnestici. La copiii cu vârsta de până la 1 an cu *alimentație artificială* riscul de OM a fost mai înalt decât la copiii cu alimentație naturală (Figura 7.a.): RR 2,1 – moderat (ÎI 95% 1,6-2,9; $p < 0,0001$). Riscul de OM la copiii cu *alimentație în poziție orizontală* a fost mai înalt decât la copiii cu alimentație în poziție verticală: RR 8,1 – foarte mare (ÎI 95% 4,5-14,7; $p < 0,0001$).



Nota: (OM+) - prezența OM pe parcursul unui an de viață, (OM-) - lipsa OM pe parcursul unui an de viață, (OM++) - OM pe parcursul 3 ani de viață, R+P – OMR+OMEP

Figura 7. Dezvoltarea OM la vârsta de 1-12 luni în funcție de factorii anamnestici: a. alimentație, b. prezența OM pe parcursul unui an de viață

Prezența OM pe parcursul unui an de viață. La copiii care au avut OM pe parcursul unui an de viață (OM+), OM s-a dezvoltat repetat pe parcursul 3 ani de viață (Figura 7.b) în 91,8% dintre cazuri, comparativ cu 27% dintre cazuri la copiii otologic sănătoși pe parcursul unui an de viață (OM-); RR a fost foarte mare - 3,4 (ÎI 95% 2,5-4,7; $p < 0,0001$) la copiii (OM+) vs copiii (OM-). Recidivarea și persistența OM au fost atestate mai des în lotul (OM+): 21,6% și 49,5% dintre cazuri. În lotul (OM-) în 2,0% dintre cazuri a fost diagnosticată doar OMEP; RR de OMR sau OMEP la copiii din lotul (OM+) a fost foarte mare, comparativ cu copiii din lotul (OM-) - 35,6 (ÎI 95% 9,0-141,1; $p < 0,0001$).

Examenul microflorei faringelui. Rezultatele testelor microbiologice din faringe (Figura 8.a). prelevate de la 114 copii, dintre care 64 au fost din lotul (OM+) și 50 - din lotul (OM-), și datele monitorizării UM pe parcursul primilor 3 ani de viață, evidențiază diferența microflorei.

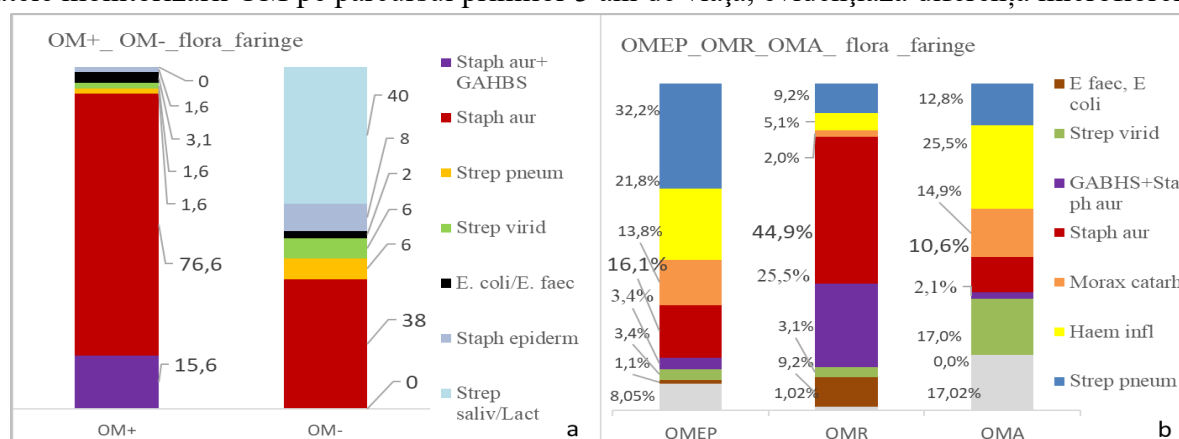


Figura 8. Microflora faringelui

a. în funcție de prezența OM pe parcursul unui an de viață; b. în funcție de forma de OM

Staph. Aureus a fost depistat la 49 de copii din lotul (OM+) (76,6%) și la 19 (38,0%) copii din lotul (OM-). Riscul de OM la copiii cu *Staph Aureus* este mai înalt (moderat) decât la copiii cu altă microfloră - 2,0 (ÎI 95% 1,4-2,9; $p = 0,0003$). Asocierea de *Staph Aureus* cu *Streptococul beta-*

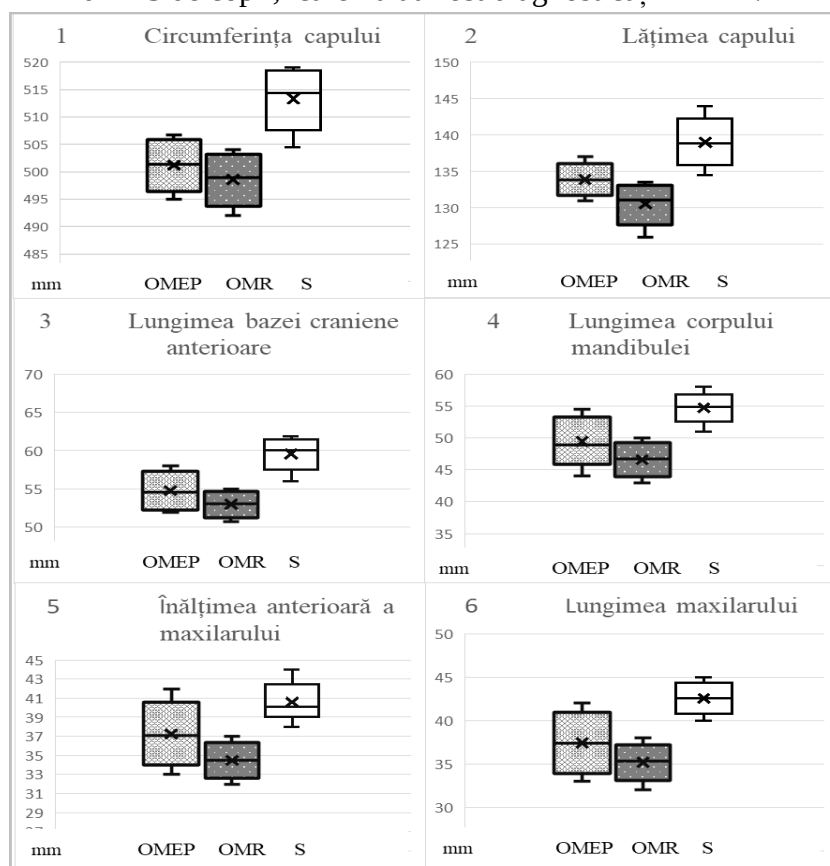
hemolitic de grup A (GABHS) evidențiază un risc moderat de OM comparativ cu copiii care prezintă o altă compoziție a microflorei: RR 2,4 (Î 95% 1,7-3,5; $p<0,0001$).

Cercetarea florei microbiene la copiii cu vârsta de 3-7 ani cu diferite forme de OM a fost efectuată în 232 de cazuri. La copiii cu OMEP, *Strep pneumoniae* a fost depistat mai des decât la copiii cu altă formă de OM (Figura 8.b.): RR 2,1 – risc moderat (Î 95% 1,5-2,8; $p<0,0001$). La copiii cu OMR, *Staph Aureus* și *GABHS* au fost depistați mai des decât la copiii cu altă formă de OM: RR 6,0 – risc foarte mare (Î 95% 4,2-8,6; $p<0,0001$).

Examenul statutului imun a fost efectuat la copii cu vârsta de 3 ani după tratament medicamentos al OM: 19 au fost diagnosticați cu OMEP, 24 - cu OMR. Lotul martor a inclus 25 de copii fără OM. În lotul cu OMR, 6 copii (31,6%) au prezentat valori pozitive ale ASL-O. La copiii fără OM, acest marker a fost negativ în toate probele. Concentrația Ig E a fost relativ mai mare în loturile OMR și OMEP ($t=45,12$; $t=24,37$, corespunzător; $p<0,0001$).

3.3. Parametrii craniometrici la copiii cu OMR și OMEP

Indicii antropometrici cefalici au fost studiați (Figura 9.) la copiii cu vârsta de 3 ani cu OMEP– 38 de pacienți (lotul OMEP) și copiii cu OMR– 42 de pacienți (lotul OMR). Lotul de control a fost alcătuit din 25 de copii, care nu au fost diagnosticați cu OM.



Nota: 1.Circumferința capului; 2.Lățimea capului; 3. N-S, lungimea bazei craniene anterioare; 4. Go-Me, lungimea corpului mandibulei; 5. N-ANS, înălțimea anterioară a maxilarului; 6. PNS-ANS, lungimea maxilarului; Box plot-ul reprezintă grafic o rezumare a unei distribuții prin șase valori: valoarea minimă, prima cuartilă (Q1), mediana (Q2), media aritmetică, a treia cuartilă (Q3) și valoarea maximă.

Figura.9. Indicii craniometrici la copiii cu vârsta de 3 ani

La copiii sănătoși, circumferința maximă a capului a fost în limitele 514,4 (DS 0,6) mm, ceea ce diferă de datele copiilor cu OMR - 499,0 (DS 3,5) mm, ($p<0,0001$). Măsurările lățimii maxime a capului au demonstrat o diferență a acestui indice la copiii cu OMR - 131,1 (DS 0,7) mm

comparativ cu copiii sănătoși - 138,9 (DS 3,7) mm.

Rezultatele examenului cefalic morfometric la copiii cu vârsta de 3 ani conform schemei standard au demonstrat o diferență semnificativă ($p < 0,0001$) între indici (Figura 9.). Lungimea bazei craniene anterioare la copiii cu OMR a fost 53,1 (DS 1,3) mm, mai mic decât la copiii din lotul S ($t = 21,0$), la care acest indice a fost 60,0 (DS 1,0) mm. Lungimea corpului mandibulei la copiii cu OMR a fost 46,7 (DS 1,9) mm, ceea ce diferă ($t = 19,9$) la copiii sănătoși - 54,9 (DS 0,8) mm. Înălțimea anterioară a maxilarului la copiii cu OMR a fost 34,5 (DS 1,2) mm, fiind mai mică decât la copiii din lotul S - 40,1 (DS 0,6) mm ($t = 20,9$). Lungimea maxilarului la copiii cu OMR - 35,3 (DS 1,1) mm a fost mai mică decât la copiii din lotul S - 42,6 (DS 1,1) mm ($t = 23,5$).

4. ROLUL INDICILOR OTOSCOPICI-ELECTROACUSTICI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI EVALUAREA PATOGENEZEI OM LA COPII

4.1. Semnificația clinică a indicilor otoscopici (IO) în diagnosticul OM

Valorile normale ale IO în funcție de vârstă au fost studiate la 300 de copii sănătoși, cu vârsta cuprinsă între 0 și 7 ani, câte 50 de copii în fiecare lot, în funcție de vârstă: I lot - până la 1 an, II lot - 1-2 ani, III lot - 2-3 ani, IV lot - 3-4 ani, V lot - 4-5 ani, VI lot - 5-7 ani. Evaluarea IO la copiii otologic sănătoși a relevat o diferență semnificativă ($p < 0,0001$) dintre tabloul otoscopic la copiii în vârstă de până la 3 ani și 3-7 ani: culoarea modificată a MT în loturile I-III a fost înregistrată mai des decât în loturile IV-VI cu RR foarte mare, 3,8 (95% ÎI 2,6-5,5); proeminența MT - cu RR foarte mare, 10,5 (95% ÎI 3,8-28,9); opacifiere-turbiditate MT - cu RR foarte mare, 6,6 (95% ÎI 3,3-13,0); neclaritate sau lipsă a contururilor MT - cu RR foarte mare, 4,3 (95% ÎI 2,9-6,2); neclaritate sau lipsă a conului de lumină - cu RR foarte mare, 3,5 (95% ÎI 2,7-4,6); schimbări în mobilitatea MT - cu RR moderat, 2,3 (95% ÎI 1,8-3,0).

Evaluarea IO la copiii cu OM în funcție de vârstă (câte 100 de urechi examinate pentru fiecare lot de vârstă; OM în forma aperforativă, fără precizarea diagnosticului) a evidențiat diferența dintre loturile I vs IV-VI: a fost confirmată înregistrarea redusă pentru culoarea MT modificată cu RR 0,8 - factor de protecție redus (95% ÎI 0,8-0,9), $p = 0,0002$. Diferența dintre loturile I-III vs IV-VI a fost confirmată prin risc redus pentru raportul de proeminență vs retractare MT: RR 1,2 (95% ÎI 1,0-1,4), $p = 0,02$ și lipsă sau neclaritate a contururilor: RR 1,2 (95% ÎI 1,1-1,2), $p < 0,0001$. Indicii de dereglări de transparentă, conul de lumină și mobilitatea MT la copiii cu OM au fost identice în loturile I-III vs IV-VI.

Indicii otoscopici în concluzia „sănătos” - „bolnav”. Având în vedere diferența semnificativă dintre rezultatele otoscopiei la copiii sănătoși în vârstă de până la 3 ani vs 3-7 ani, a fost efectuată evaluarea RR la copiii cu OM vs copiii otologic sănătoși, separat în loturile corespunzătoare; diferența a fost semnificativă pentru fiecare IO evaluat ($p < 0,0001$). La copiii în vârstă de până la 3 ani, culoare modificată a MT a fost cu RR foarte mare - 2,6 (95% ÎI 2,2-3,1). Aceiași indici la copiii de 3-7 ani prezintă RR mai mare - 10,5 (95% ÎI 7,4-14,9). Raportul de proeminență MT cu retractare la copiii de până la 3 ani a fost cu RR foarte mare - 3,0 (95% ÎI 2,2-4,1). La copiii de 3-7 ani, acest indice a fost mai mare: RR 43,0 (95% ÎI 16,2-114,4). Riscul relativ de OM în caz de opacifiere sau turbiditate MT este foarte mare în ambele grupuri de vârstă, dar la copiii de 3-7 ani acesta este mai evident: RR - 33,3 (95% ÎI 17,5-63,4), la copiii de până la 3 ani RR 3,4 (95% ÎI 2,7-4,2). Neclaritate a contururilor la copiii de până la 3 ani a avut RR moderat - 2,3 (95% ÎI 2,0-2,7), la copiii de 3-7 ani, RR a fost foarte mare - 8,6 (95% ÎI 6,0-12,3). Neclaritatea conului de lumină în cazul OM, de asemenea, a fost mai evidentă la copiii în vârstă de 3-7 ani cu RR foarte mare - 5,9 (95% ÎI 4,5-7,6), la copiii de până la 3 ani RR a fost moderat - 1,7 (95% ÎI 1,6-1,9). Prezența dopului în CAE a fost confirmat ca un factor de risc foarte mare în ambele

grupuri de vârstă: la copiii de 3-7 ani, RR - 12,2 (95% Î 7,3-20,6), la copiii de până la 3 ani, RR - 20,0 (95% Î 10,4-38,3). Indicele de schimbări în mobilitatea MT a prezentat un RR mai mare (foarte mare) la copiii de 3-7 ani: RR - 4,9 (95% Î 3,9-6,2), la copiii de până la 3 ani, RR a fost moderat - 2,1 (95% Î 1,9-2,4).

Conform cercetărilor efectuate, starea MT la copiii otologic sănătoși cu vârsta de până la 3 ani a fost mai instabilă decât la copiii de 3-7 ani. Modificările IO în caz de OM la copiii cu vârsta de 3-7 ani au fost mai pronunțate decât aceeași indici la copiii de până la 3 ani.

Criteriile de UM sănătoasă. La copiii cu vârsta de până la 3 ani: 1. lipsa dopului în CAE, 2. transparența MT bună, 3. poziția MT neutră, 4. MT sură. **La copiii cu vârsta de 3-7 ani:** 1. poziția MT neutră, 2. transparența MT bună, 3. lipsa dopului în CAE, 4. MT sură, 5. claritatea conturilor, 6. claritatea conului de lumină, 7. mobilitatea MT bună.

Indicii otoscopici în prognoza OM. La copiii în vârstă de până la 3 ani a fost confirmată sensibilitatea înaltă ($p < 0,0001$) cu următorii "factori de risc foarte mare": 1. prezența dopului în CAE - RR 19,3 (95% Î 10,1-37,0); 2. opacifierea sau turbiditatea MT - RR 3,4 (95% Î 2,7-4,2); 3. proeminența MT - RR 3,0 (95% Î 2,2-4,1); 4. culoarea modificată a MT - RR 2,6 (95% Î 2,2-3,1). La copiii în vârstă de 3-7 ani a fost confirmată sensibilitatea înaltă ($p < 0,0001$) cu următorii "factori de risc foarte mare": 1. proeminența MT - RR 43,0 (95% Î 16,2-114,4); 2. opacifierea sau turbiditatea MT - RR 33,3 (95% Î 17,5-63,4); 3. dop în CAE - RR 12,2 (95% Î 7,3-20,6); 4. culoarea modificată a MT - RR 10,5 (95% Î 7,4-14,9); 5. neclaritatea conturilor - RR 8,6 (95% Î 6,0-12,3); 6. neclaritatea conului de lumină - RR 5,9 (95% Î 4,5-7,6); 7. schimbări în mobilitatea MT - RR 4,9 (95% Î 3,9-6,2).

Evaluarea calității diagnostice screeningului-otoscopiei. Informativitatea diagnostică a screeningului-otoscopiei în depistarea OM a fost evaluată în baza prelucrării statistice a datelor otoscopice, separat în 3 grupuri de vârstă: 1. până la 1 an, 2. 1-3 ani, 3. 3-7 ani. Sensibilitatea screeningului-otoscopiei în diagnosticul OM la copiii în vârstă de până la 1 an a fost 99,0% (95% Î 94,6-99,9), la copiii în vârstă de 1-3 ani - relativ mai mare, 99,5% (95% Î 97,3-99,9), iar la copiii de 3-7 ani - maximă - 99,7% (95% Î 98,2-99,99). O tendință similară a fost înregistrată în ceea ce privește specificitatea: caracteristica minimă a fost observată la copiii în vârstă de până la 1 an - 31,0% (95% Î 22,1-41,0), la copiii de 1-3 ani ea a crescut până la 48,5% (95% Î 68,3-78,6), iar la copiii de 3-7 ani a fost maximă - 99,7% (95% Î 98,2-99,99). Valoarea predictivă pozitivă (VPP) a constituit 59,2% (95% Î 55,9-62,3) la copiii de până la 1 an, la copiii de 1-3 ani - 66,0% (95% Î 62,9-69,0) și 99,7% (95% Î 97,7-99,9) la copiii de 3-7 ani. Valoarea predictivă negativă (VPN) a crescut în funcție de vârstă, de la 96,9% (95% Î 81,2-99,6) până la 99,0% (95% Î 93,2-99,9) și 99,7% (95% Î 97,7-99,9), corespunzător loturilor. Aceste date au influențat informativitatea screeningului-otoscopiei în diagnosticul OM: copiii în vârstă de 0-12 - 65,2% (95% Î 58,2-71,7), copiii de 1-3 ani - 74,1% (95% Î 69,5-78,3), copiii de 3-7 ani - 99,7% (95% Î 98,8-99,9).

Evaluarea calității diagnostice a otoscopiei-screening în diferențierea OMA vs OME a fost efectuată în baza prelucrării statistice a datelor otoscopice, separat în 3 grupuri de vârstă: 1. până la 1 an, 2. 1-3 ani, 3. 3-7 ani. Sensibilitatea screeningului-otoscopiei în diagnosticul diferențial OMA vs OME a fost: la copiii în vârstă de până la 1 an - 17,9% (95% Î 9,6-29,2); relativ mai mare la copiii în vârstă de 1-3 ani - 48,2% (95% Î 41,1-56,6) și maximă la copiii de 3-7 ani - 69,9% (95% Î 64,1-75,2). O tendință similară a fost înregistrată și în ceea ce privește specificitatea: la copiii în vârstă de până la 1 an a fost minimă - 83,0% (95% Î 74,2-89,7), la copiii de 1-3 ani - a crescut până la 93,0% (95% Î 88,5-96,1), iar la copiii de 3-7 ani s-a constatat o specificitate maximă - 99,7% (95% Î 98,2-99,99). Informativitatea screeningului-otoscopiei în

diferențierea OMA vs OME a constituit: la copiii în vârstă de până la 1 an - 56,9% (95% ÎÎ 49,0-64,5), la copiii de 1-3 ani - 72,7% (95% ÎÎ 67,9-77,2), la copiii de 3-7 ani - 85,3% (95% ÎÎ 82,2-88,1). Diagnosticul diferențial corect al OMA a fost posibil după ajustarea rezultatelor screeningului-otoscopiei cu evaluarea datelor anamnestice și rezultatelor examenului ORL și pediatric complet.

4.2. Metodele funcționale de examinare a UM în evaluarea patogenezei OM la copii

Valorile normale ale indicilor electroacustici la copii au fost precizate în baza confruntării rezultatelor cercetării electroacustice a UM la 300 de copii practic sănătoși. A fost formulat un set de indici ai timpanogramei, caracteristici pentru copiii sănătoși (Figura 10.).

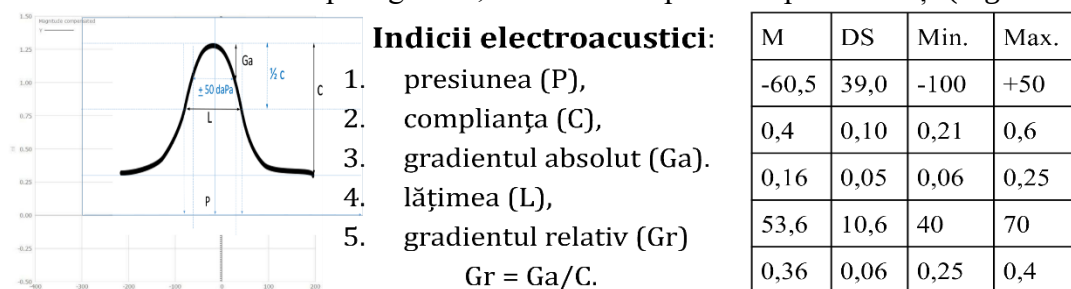


Figura 10. **Evaluarea indicilor electroacustici: schema și rezultatele la copiii sănătoși**

Presiunea a variat între +50 și -100 daPa, cu o medie de -60,5 (DS 39,0) daPa. Complianța a variat de la 0,21 până la 0,6 cc, valoarea medie constituind 0,4 (DS 0,1) cc. Gradientul absolut s-a înregistrat în limitele 0,06 - 0,25 cc, cu o medie de 0,16 (DS 0,05) cc. Lățimea curbei a variat de la 40 până la 69 daPa, constituind, în medie, 53,6 (DS 10,6) daPa. Gradientul relativ a variat de la 0,25 până la 0,4, cu o medie de 0,36 (DS 0,06).

Dinamica indicilor otoscopici-electroacustici la copii în evoluția OMA. A fost realizată o cercetare analitică în baza confruntării și comparației a datelor clinico-otoscopice, electroacustice și chirurgicale în dinamica la copiii cu diagnosticul clinic de OM acută care au fost monitorizați din primele zile de apariție simptomelor OMA. Pacienții au fost repartizați în 6 loturi conform vârstei: 1) până la 1 an, 2) 1-2 ani, 3) 2-3 ani, 4) 3-4 ani, 5) 4-5 ani, 6) 5-7 ani. Riscul de înregistrare a timpanogramei de tip A la copiii în vârstă de până la 3 ani în primele 6 zile de OMA a fost semnificativ mai înalt ($p < 0,0001$) decât la copiii de 3-7 ani: la 1-3 zile de OMA, RR - 11,0 (95% ÎÎ 5,3-22,9), la 4-6 zile de OMA, RR - 64,4 (95% ÎÎ 9,1-458,4). Aceeași tendință notată și la 7-10 zile de OMA, RR - 38,7 (95% ÎÎ 2,4-638,6), $p = 0,001$.

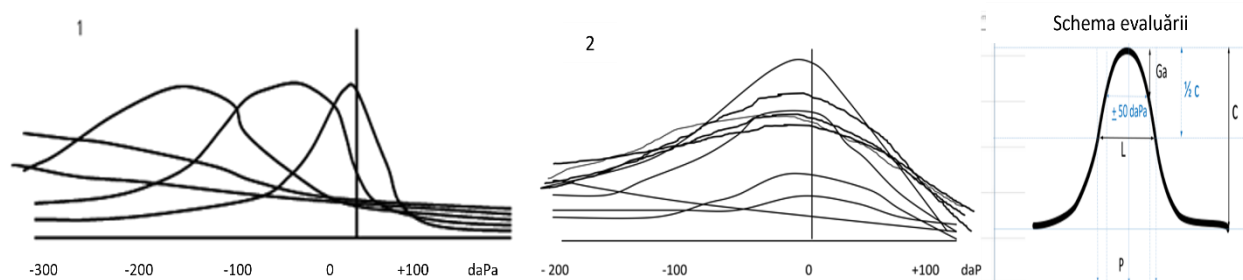
Calitatea diagnostică a timpanometriei în baza evaluării timpanogramei de tip B în diagnosticul OM a corelat cu vârsta copiilor. Sensibilitatea testării la copiii de până la 1 an a fost 59,7% (95% ÎÎ 53,9-65,3), la 1-3 ani - 73,2% (95% ÎÎ 69,4-76,7), iar la 3-7 ani - 72,0% (95% ÎÎ 68,9-74,9). Specificitatea a fost relativ egală: 99,7% (95% ÎÎ 98,2-99,9). Informativitatea timpanometriei în baza înregistrării timpanogramei de tip B în diagnosticul OM: la copiii cu vârsta de până la 1 an a constituit 79,7% (95% ÎÎ 76,3-82,9), de 1-3 ani - 82,0% (95% ÎÎ 79,4-84,5), iar de 3-7 ani - 78,9% (95% ÎÎ 76,5-81,2). După ajustarea datelor cu înregistrarea timpanogramei de tip C2 la copiii cu OM, a fost notată o creștere a calității diagnostice a testului la copiii cu vârsta de 5-7 ani. Sensibilitatea a crescut până la 98,1 % (95% ÎÎ 96,9-98,9), iar informativitatea până la 98,7% (95% ÎÎ 97,9-99,2).

Analiza indicilor electroacustici (IE) ai timpanogramelor de tip A și C a fost realizată prin monitorizare paralelă cu evoluția OMA. Au fost evidențiate cele mai informative ($p < 0,05$) parametri în diagnosticul OM, în cazurile în care au fost înregistrare timpanograme de tip A și C. Lățimea curbei timpanometrice s-a lărgit semnificativ din primele zile ale OM, practic la toți

copiii, indiferent de vârstă; Gr s-a micșorat din primele zile - la copiii de 1-7 ani și după 4-6 zile - la copiii de până la 1 an; Ga s-a micșorat din primele zile - la copiii de 5-7 ani, după 4-6 zile - la copiii de 3-7 ani și după 7 zile - la copiii în vârstă de până la 1 an; P s-a micșorat semnificativ la copiii de 5-7 ani din primele zile ale OMA și după a 7 zi - la copiii de 3-7 ani.

Calitatea diagnostică a timpanometriei, cu aprecierea detaliată a IE la copii, a fost superioară celei bazate exclusiv pe evaluarea timpanogramei de tip B: sensibilitatea a constituit 99,7% (95% ÎI 98,1-99,9), specificitatea - 99,7% (95% ÎI 98,2-99,9), informativitatea a crescut până la 99,7% (95% ÎI 98,8-99,9), indiferent de vârsta copiilor examinați. Analiza detaliată a timpanogramelor în dinamică a evidențiat 2 tendințe de dezvoltare a OMA. La copiii cu vârsta de peste 2-4 ani, diagnosticați cu OMA, timpanograma de tip A a evoluat spre tipul B, trecând printr-o scădere mai pronunțată a presiunii vârfului, fiind înregistrate succesiv timpanograma de tip C1 și apoi de tip C2. Concomitent, am constatat o micșorare treptată a gradientului absolut, gradientului relativ și complianței generale, până la valori care permit constatarea prezenței timpanogramei de tip B.

Rezultatele analizei examenului electroacustic în dinamică au fost exprimate schematic. Tendința 1 (Figura 11.) s-a manifestat prin scăderea mai pronunțată a P decât modificările L, Gr și Ga. Pe parcursul monitorizării, timpanograma de tip A s-a transformat treptat în timpanograma de tip C1, C2, apoi de tip B.



1. P scade; L, C, Ga, Gr se micșorează treptat; 2. L crește, Gr, Ga, C se micșorează, P - constant

Figura 11. **Tendința 1 și tendința 2 de dezvoltare a OM la copii**

A doua tendință a constat în evoluția treptată a timpanogramei de tip A până la timpanograma de tip B, prin modificarea graduală a parametrilor curbei. P reprezintă unicul indice nemodificat care reflectă condiționat P în CvT. Stadiile de evoluție a OMA s-au caracterizat prin lărgirea L și aplatizarea timpanogramei, cu micșorarea Gr, Ga și C. Această tendință a fost caracteristică mai mult pentru copiii cu vârsta de până la 2 ani.

Modificările CvT stabilite intraoperator în cazurile de OMA. Manifestările clinice pronunțate ale OMA au stat la baza efectuării intervenției chirurgicale la 139 de copii (46,33%) incluși în acest lot de studiu (300 de copii). La acești copii a fost stabilit diagnosticul de bază - OM acută bilaterală. În total, 238 de urechi ale 139 de copii cu OMA au fost supuse miringotomiei (condiții: anestezie generală, otomicroscop). Analiza rezultatelor demonstrează că tratamentul chirurgical urgent a fost indicat mai des la copiii din loturile III și IV, adică la copiii cu vârsta de 2-3 ani și 3-4 ani (26,5-28,6%; RA - 0,7; 95% ÎI 0,6-0,8) decât la copiii cu vârsta de până la 2 ani (10,9-13,9%; RA 0,3; 95% ÎI 0,2-0,4) și la copiii de 4-7 ani (7,6-12,6%, RA 0,2; 95% ÎI 0,2-0,3). Riscul relativ de necesitate a tratamentului chirurgical urgent la copiii cu vârsta de 2-4 ani vs de până la 2 ani a constituit 2,2 (95% ÎI 1,6-3,1), $p < 0,0001$. La copiii cu vârsta de 2-4 ani vs 4-7 ani, acest indice a fost 2,8 (95% ÎI 2,0-3,9), $p < 0,0001$. Riscul relativ de necesitate a tratamentului chirurgical la copiii 2-4 ani a reprezentat 2,5 (95% ÎI 2,0-3,0), $p < 0,0001$. Practic, la toți pacienții din loturile I, II, III și IV (100-98,4%) au fost depistată îngroșarea MT. În loturile V și VI, acest

indice a fost înregistrat mai rar, în 80,0% și 66,7% dintre cazuri: RR - 1,3 (95% ÎI 1,1-1,6), $p=0,0009$. La copiii din loturile V și VI, MT a fost clasată ca subțire în 20,0% și 33,3%, ceea ce diferă de datele din loturile I, II, III și IV, în care această modificare, practic, nu a fost depistată: RR - 23,8 (95% ÎI 5,5-102,6), $p<0,0001$. Au fost notate buzunare de retracție în loturile V și VI: RR - 15,8 (95% ÎI 1,8-138,4), $p=0,0013$. Au fost înregistrate granulații în CvT mai des la copiii cu vârsta de până la 3 ani (22 urechi – 84,6%, 27 urechi – 81,8% și 52 urechi – 82,5%) decât la copiii mai mari de 3 ani (39 urechi – 57,4%, 16 urechi – 53,3%, 11 urechi – 61,1%): RR - 1,3 (95% ÎI 1,1-1,5), $p=0,0017$. În majoritatea urechilor explorate au fost depistate eliminări în CvT. La copiii din lotul I au fost identificate eliminări în 19 urechi (73,2%), ceea ce diferă de datele din loturile II, III, IV, V și VI, unde au fost prezente eliminări în 86,8% -100% dintre cazuri: RR - 2,2 (95% ÎI 1,5-3,0), $p<0,0001$. În loturile I și II a fost înregistrată o cantitate mică de eliminări în 11 urechi (57,9%) și 13 urechi (43,3%), ceea ce diferă de cantitatea eliminărilor în loturile III, IV, V și VI, unde au fost prezente eliminări în cantitate mică în 17,2-30,3% dintre cazuri: RR - 3,3 (95% ÎI 2,2-5,0), $p<0,0001$. Eliminări abundente au fost vizibile în 3 urechi (15,8%) din lotul I, spre deosebire de alte loturi, la care această caracteristică a fost înregistrată în 36,7%-69,0% dintre urechile cu eliminări: RR 3,5 – foarte mare (95% ÎI 1,2-10,1), $p=0,018$. În funcție de calitatea eliminărilor, a fost remarcată o diferență între loturi. Eliminările seroase au fost prezente mai des în urechile copiilor din lotul V – 24,1% (7 urechi) și lotul VI - 44,4% (8 urechi), decât în urechile copiilor din alte loturi. În urechile din loturile I-IV au fost depistate eliminări seroase în 0-8,5% dintre cazuri: RR 7,5 – foarte mare (95% ÎI 3,3-17,4), $p<0,0001$. Au fost înregistrate eliminări mucoase mai des în urechile din lotul I – 52,6% (10 urechi) decât în urechile din alte loturi, 5,6%-30%: RR 2,4 (95% ÎI 1,4-3,9), $p=0,0008$. Eliminări purulente au fost înregistrate mai des în urechile din loturile II, III și IV (21 urechi – 70,0%, 40 urechi – 70,2%, 41 urechi – 69,5%) comparativ cu urechile din loturile I, V și VI (47,4%-58,6%): RR 1,3 – clasat în limitele ”risc redus - factor indiferent” (95% ÎI 1,0-1,7), $p=0,031$.

Patogeneza OM în baza confruntării datelor clinice, otoscopic-electroacustice și modificărilor din cavitatea timpanică. Riscul relativ de înregistrare a timpanogramei cu vârful detectat la copiii cu vârsta de până la 1 an cu OMA, în comparație cu copiii mai mari a constituit: RR 6,1 (95% ÎI 2,9-13,1), $p<0,0001$. La copiii cu vârsta de până la 2 ani RR a reprezentat 7,6 (95% ÎI 3,1-18,7), $p<0,0001$. Evaluarea detaliată a indicilor electroacustici înainte de tratamentul chirurgical a demonstrat o diferență semnificativă a IE la copiii cu OMA și copiii sănătoși, fiind confirmată la copiii din toate subgrupurile pentru L, Ga și Gr. La copiii cu OMA clinic evidentă, în cazul înregistrării timpanogramei de tip A sau C, înainte de intervenție lățimea curbei a constituit 178 daPa (DS 21) -183 (DS 9). Gradientul absolut a fost în limitele 0,03-0,02 cc (DS 0,01). Gradientul relativ a fost determinat în limitele 0,15-0,09 (DS 0,01-0,02). În aceste cazuri, presiunea s-a caracterizat prin variabilitate de la -40 daPa până la -297 daPa: la copiii cu vârsta de până la 1 an, -58 (DS 19) daPa, la copiii cu vârsta de 1-2 ani, -68 (DS 28) daPa, iar la copiii mai mari de 3 ani de la -219 daPa (DS 89) până la -277 daPa (DS 20). În toate cazurile de înregistrare a timpanogramei de tip A sau C, complianța s-a micșorat fără vreo semnificație statistică. Așadar, *lărgirea lățimii, micșorarea gradientului absolut și gradientului relativ* sunt IE ai procesului inflamator în UM la copiii cu vârsta de până la 3 ani. Descifrarea detaliată a indicilor și parametrilor electroacustici în concordanță cu modificările din cavitatea timpanică depistate intra-operator, în fiecare caz aparte, a precizat stadiile procesului inflamator și mecanismele patogenetice la copii. Astfel, în stadiul proliferativ incipient al inflamației au fost depistate lărgirea L, micșorarea Gr și aplatizarea vârfului. Progresarea proceselor proliferativ-alterative în UM s-a

manifestat prin scăderea graduală a Ga și lărgirea în continuare a curbei timpanometrice (Figura 12.).

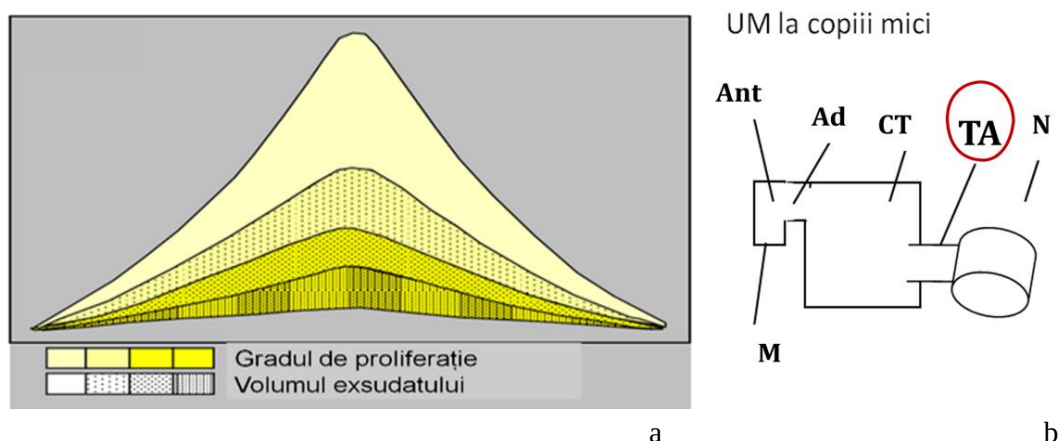


Figura 12. **Relațiile dintre IE și modificările CvT (a), Schema UM la copii (b)**

Patogeneza clasică sau dezvoltarea OM în baza „teoriei de vacuum”. Conform teoriei de vacuum, înainte de debutul OMA, în nazofaringe se dezvoltă un proces inflamator cu edem și eliminări nazale abundente care condiționează închiderea mecanică a trompei lui Eustachio și circumscrierea (limitarea) cavității timpanice. Ca rezultat, se dezvoltă presiunea negativă sau ”vacuum” în cavitatea timpanică. Rezultatele cercetărilor efectuate indică că *acest mecanism a fost caracteristic pentru copiii cu vârsta de 2 ani și mai mari*. Este posibil că trompa auditivă a fost mai des închisă la acești copii decât la copiii mai mici, ceea ce condiționează stabilirea funcției de protecție. Procesul inflamator care s-a dezvoltat în nasul și rinofaringele copilului a provocat apariția edemului în TA, stopând deschiderea TA și pătrunderea aerului în UM. Din punct de vedere clinic, pacientul simte senzații neplăcute, dureri acute, zgomote auriculare și scăderea auzului. Otoscopic, la această etapă se înregistrează retractor MT și accentuarea punctelor de reper. Timpanograma de tip A se modifică până la tipurile C₁ și C₂. Alți indici electroacustici, în această situație, au rămas în limitele normei, ceea ce a demonstrat lipsa procesului proliferativ pronunțat. Cu timpul, P negativă în CvT a provocat transsudarea lichidului din vasele sangvine în lumenul CvT. Din punct de vedere clinic, durerile în ureche s-au accentuat, devenind permanente și pronunțate. Otoscopic, la începutul procesului, MT s-a retractat din cauza presiunii negative, punctele de identificare s-au accentuat, s-a dezvoltat hiperemia circumscrișă, cu o tendință spre hiperemie difuză; iar retractarea MT a fost înlocuită de îngroșare și proeminență, apoi umflare și bombare în cadranele posterioare ale MT, unde s-a acumulat lichid seros. Timpanograma s-a modificat de la tipul C₁ și C₂ până la tipul B. Dacă în acel moment s-a asociat infecția microbiană, ca rezultat s-a dezvoltat procesul purulent cu o creștere în volum a lichidului și transformarea acestuia în exsudat mucopurulent. Colectarea rapidă și bruscă a lichidului în exces a provocat extensia MT, care s-a manifestat clinic prin accentuarea durerilor în ureche. Dinamica datelor clinico-anamnestice, completate de vizualizarea otoscopică a schimbării de la retractor la bombare a MT, înregistrarea modificării dinamice a timpanogramei de tip A la tipul C₁, C₂ și B, precum și detectarea secreției seros-purulente în timpul miringotomiei au confirmat acest mecanism de dezvoltare a OM.

Particularitățile clinico-funcționale a OM la copiii în vârstă de până la 2-3 ani. Apariția anxietății și neliniștii la copil, fără semne clinic sesizabile de afectare a organelor respiratorii, completate de o ușoară netezire otoscopică a conturilor și o ușoară turbiditate a MT au fost indicații pentru evaluarea clinică, otoscopică și electroacustică. Funcțional, s-a înregistrat o timpanogramă de tip A, dar cu IE alterați, cu lărgirea L și scăderea Gr. Observarea dezvoltării

procesului a stabilit dinamica: clinic - agravare a anxietății, simptomelor respiratorii și clinice generale a corespuns progresării treptate a indicilor otoscopici ale otitei medii, sub forma intensificării turbidității MT, iar din punct de vedere funcțional, a fost înregistrată aplatizarea timpanogramei cu lărgirea L, micșorarea a Gr, Ga și C fără modificarea a P. Creșterea anxietății copilului, cu stagnarea IO și aplatizarea curbei timpanogramei până la tipul B a fost o indicație pentru miringotomia exploratorie. În timpul intervenției chirurgicale, în CvT a fost înregistrată secreție mucoasă groasă și vâscoasă.

Schema patogenezei OM la copiii în vârstă de până la 2-3 ani poate fi următoarea: prin TA deschisă, agentul patogen împreună cu eliminările nazale migrează direct în CvT, iar toxinele virale și microbiene stimulează hiperplazia epitelului. Prin urmare, celulele Goblet proliferază, producând eliminări proprii în CvT, începând cu eliminările seroase care relativ liber evacuează în cavitatea nazală prin TA deschisă. Procesele de hiperplazie și exsudație au modificat IE, menținând presiunea stabilă în CvT la începutul procesului patologic, din cauza TA deschise. Produsele inflamatorii paralizează mișcarea cililor mucoasei și provoacă transformare eliminărilor seroase în conținutul mucos, vâscos. Edemațierea și hiperplazia pereților TA au cauzat închiderea treptată a lumenului TA, blocând evacuarea exsudatului mucos din CvT. Presiunea în CvT a fost, practic, stabilă pe fundalul schimbării altor IE. *Evoluția asimptomatică sau nespecifică (latentă) a OM la copiii mici* a fost determinată de progresarea treptată a inflamației și păstrarea funcției de drenare a TA la începutul procesului. Acest fapt a cauzat modificări locale minime la majoritatea copiilor mici (MT roz, mată, netransparentă), determinând o eficiență diagnostică mică a otoscopiei, pe fundalul manifestărilor pronunțate ale simptomelor generale (intoxicație, tulburări funcționale ale altor organe). Aplatizarea vârfului timpanogramei, cu lărgirea L și micșorarea Gr și Ga, constituie cele mai vizibile modificări ale curbei timpanometrice.

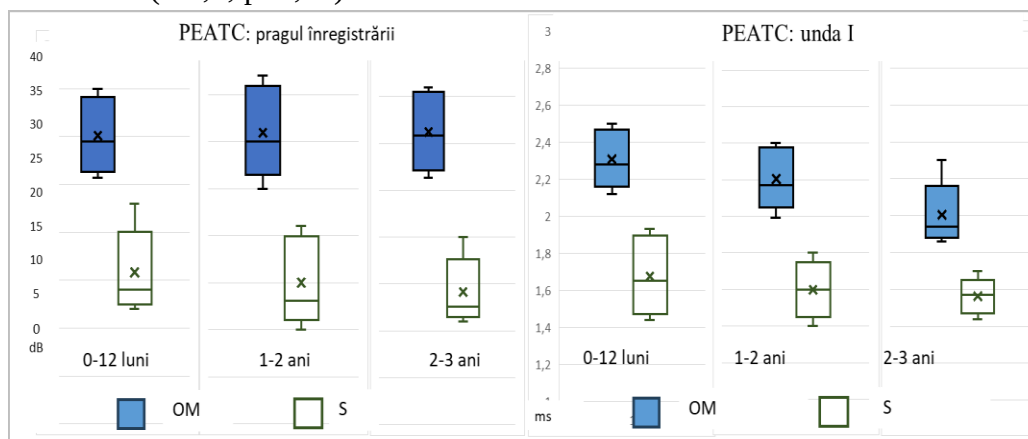
Particularitățile anatomice de vârstă, care sunt caracteristice pentru copiii cu vârsta de până la 2 ani, condiționează pătrunderea mai ușoară a infecției din nazofaringe în CvT. Plasticitatea TA la copiii cu vârsta de la 2 până la 5-7 ani facilitează pătrunderea infecției în CvT doar la forțarea deschiderii TA.

4.3. PEATC în diagnosticul OM la copii

Înregistrarea potențialelor evocate auditive ale trunchiului cerebral (PEATC) a fost efectuată la 128 de copii, cu vârsta între 3 luni și 3 ani (în medie, 22 de luni), 71 de băieți și 57 de fete, care au fost repartizați în 3 loturi, în funcție de vârstă: lotul A - copiii cu vârsta de până la un an; 21 de copii cu OM și 20 de copii sănătoși, lotul B - 25 de copii cu OM și 18 copii sănătoși, cu vârsta de 1-2 ani; lotul C - 25 de copii cu OM, cu vârsta de 2-3 ani, precum și 19 copii sănătoși. Repartizarea pacienților după sex a fost practic egală ($p=0,2-1,0$).

Pragul înregistrării PEATC. La copiii sănătoși din lotul A, pragul reacției (PR) PEATC a constituit, în medie, 14,0 (DS 3,1) dB, lotul B – 13,1 (DS 3,5) dB, lotul C - 12,6 (DS 2,6) dB. *În cazul OM*, au fost înregistrate PEATC cu PR 29,5 (DS 3,8) dB la copiii din lotul A, la copiii din lotul B - PR de 30,0 (DS 4,8) dB, iar la copiii din lotul C - PR de 30,8 (DS 4,5) dB (Figura 13.). Diferența dintre PR PEATC la copiii cu OM vs copiii sănătoși a fost veridică în fiecare grup de vârstă ($t=12,7$; $t=15,7$; $p<0,0001$). Prezența PR PEATC de 20 dB a fost considerată drept un criteriu pentru aprecierea calității diagnostice a metodei. Sensibilitatea PEATC după înregistrarea PR de la 20 dB a constituit 100% (95% ÎI 94,9-100), specificitatea – 100% (95% ÎI 93,8-100), informativitatea – 100% (95% ÎI 97,2-100).

Indicii PEATC la copiii sănătoși. Latența medie a undei I la copiii cu vârsta de până la 3 ani a fost relativ stabilă: 1,65 (DS 0,21) ms la copiii cu vârsta de până la 1 an, 1,57 (DS 0,13) ms la copiii de 2-3 ani ($t=1,4$; $p=0,16$).



Box plot-ul reprezintă grafic o rezumare a unei distribuții prin șase valori: valoarea minimă, prima cuartilă (Q1), mediana (Q2), media aritmetică, a treia cuartilă (Q3) și valoarea maximă.

Figura 13. PEATC: Pragul înregistrării și latența I la copiii cu OM și copiii sănătoși

Analiza comparativă a PEATC la copiii cu OM vs copiii sănătoși. Undele PEATC, înregistrate la copiii cu OM din lotul A, au fost caracterizate prin prelungirea latenței undelor (LU) I, III și V. LU I s-a prelungit la copiii cu vârsta până la 1 an până la 2,28 (DS 0,16) ms, la copiii 1-2 ani – 2,17 (DS 0,18) ms, la copiii 2-3 ani – 1,94 (DS 0,08) ms, ceea ce semnificativ diferă de indicii corespunzători la copiii sănătoși ($p<0,05$).

Informativitatea PEATC în depistarea OM. La copiii cu vârsta de până la 3 ani, sensibilitatea PEATC după înregistrarea PR de la 20 dB a constituit 100% (95% ÎÎ 94,9-100), specificitatea – 100% (95% ÎÎ 93,8-100), informativitatea – 100% (95% ÎÎ 97,2-100). Conform rezultatelor studiului, nivelurile PR și LI sunt cele mai stabile și pot fi folosite pentru a evalua auzul la copiii din aceste grupe de vârstă. Examinarea PEATC a fost foarte utilă la copiii cu vârsta de până la 3 ani, la care examenul audiologic convențional este dificil din cauza particularităților psihofiziologice de vârstă la această categorie de pacienți.

5. CARACTERISTICA ȘI EFICIENȚA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL LA COPIII CU OMR ȘI OMEP

5.1. Caracteristica pacienților incluși în studiul analitic, experimental, clinic controlat

Studiul a fost efectuat în baza evaluării eșantionului de 350 de pacienți cu OMR sau OMEP, care au fost repartizați în 3 loturi în funcție de tratamentul aplicat. Lotul A a inclus 110 pacienți care au urmat tratamentul tradițional complex FMA; lotul B - 110 pacienți care au fost supuși tratamentului contemporan TSA și lotul C - 130 de pacienți care au urmat tratamentul elaborat TSMA. Fiecare lot a fost divizat în 2 subloturi, în funcție de manifestările OM la pacienții acceptați pentru studiu: sublotul 1 – pacienți cu OMR, sublotul 2 – pacienți cu OMEP.

5.2. Metodele de tratament utilizate în studiul analitic, experimental, clinic controlat

În studiul clinic, au fost aplicate și evaluate 3 metode de tratament al copiilor cu OMR și OMEP: 1. metoda tradițională - complexul medicamentos-fizioterapeutic (MF) și tratamentul chirurgical – miringotomia și adenotomia (MA); 2. metoda contemporană - tratamentul chirurgical – timpanostomia și adenotomia (TSA); 3. metoda optimizată, propusă de autor, care include tratamentul chirurgical – timpanostomia asociată cu miringotomia și adenotomia (TSMA).

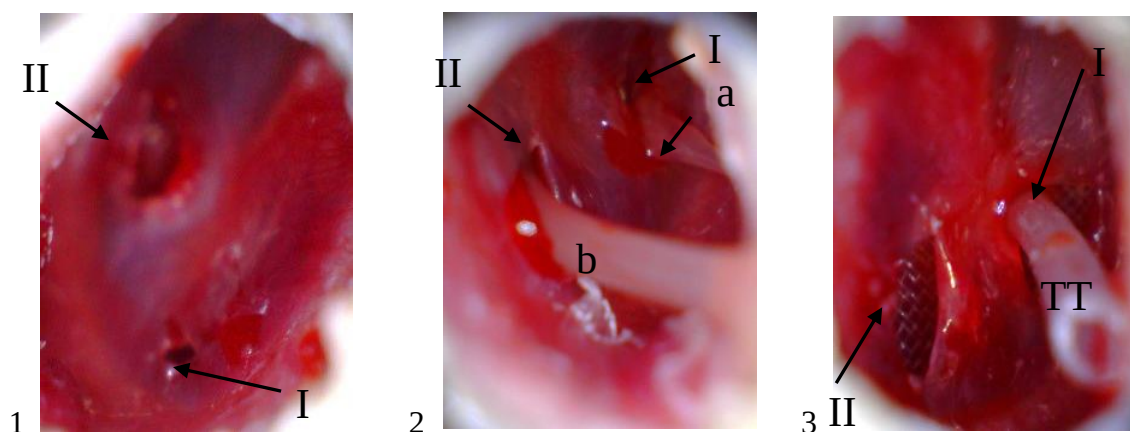
Miringotomia, Timpanostomia și Timpanostomia asociată cu miringotomia sunt metode otochirurgicale minim invazive, se efectuează în condiții de anestezie generală sub microscop sau cu ajutorul endoscopului. Etapele *miringotomiei* au inclus incizia MT în cadranul postero-inferior sau în locul umflării ori bombării MT, aspirația conținutului patologic, instilația soluțiilor de antibiotic și glucocorticosteroid. *Timpanostomia* prevede incizia MT de 2 mm cu timpanotomul în cadranul antero-superior sau antero-inferior, aspirația conținutului patologic și instilația soluțiilor cu antibiotice și corticosteroizi. De asemenea, în locul inciziei se introduce și se fixează un tub timpanostomic cu diametrul de 1,16-1,44 mm.

5.2.1. Justificarea pentru aplicarea metodei optimizate

Metoda optimizată de tratament al copiilor cu OMEP și OMR – TSMA a fost propusă de autor și include tratamentul chirurgical – timpanostomia asociată cu miringotomia și adenotomia (TSMA). Justificarea pentru optimizarea metodei de tratament al OM recidivante și persistente la copii a fost realizată în baza analizei datelor din literatură și cercetărilor efectuate de autor în *Department of Otorhinolaryngology, Clinica Mayo, Rochester, MN* (în cadrul Proiectului bilateral), sub conducerea profesorului Thomas J. McDonald, pe parcursul anilor 2000-2017.

Cercetările clinice și fundamentale efectuate la copiii *cu otită medie exsudativă persistentă și otită medie recidivantă* au confirmat *particularitățile conținutului cavității timpanice*. Rezultatele studiului au demonstrat *prevalența exsudatului mucos, vâscos în partea retrotimpanală a cavității timpanice la copiii cu OMR și OMEP care au fost tratați cu tratament fizioterapeutic și adenotomie în prealabil și la copiii cu vârsta de până la 5 ani cu durata bolii mai mare de 3 luni*. În acest context, au fost apreciate și evaluate *avantajele și limitările miringotomiei și timpanostomiei clasice*. În baza aprecierii specificului tratamentului chirurgical al OM cu exsudat vâscos, și anume combinația de evacuare adecvată a exsudatului printr-o incizie de 4-5 mm cu drenarea scurtă (3-10 zile) a CvT în caz de miringotomie, și compunere de evacuare incompletă a exsudatului printr-o incizie de 2 mm cu drenare îndelungată (12 luni) a CvT în caz de timpanostomie, a fost elaborată metoda optimizată – timpanostomia asociată cu miringotomie. Aceasta metoda permite evacuarea completă a conținutului vâscos, printr-o incizie de 4-5 mm a MT în cadranul postero-inferior, precum și drenarea îndelungată a CvT prin tubul timpanostomic fixat în incizia de 2 mm în cadranul antero-inferior.

Timpanostomia asociată cu miringotomia (Figura 14.). Pentru introducerea și fixarea tubului timpanostomic cu diametrul de 1,16-1,44 mm, se efectuează o incizie de 2 mm. Dacă este prezent lichid în cavitatea timpanică, acesta poate fi aspirat cu ajutorul unui tub de aspirator 5F sau 3F, cu diametrul de 1-1,7 mm, respectiv. În plus, se efectuează o incizie semilunară cu dimensiunea de 4-5 mm în cadranul postero-inferior (incizia II), după ce se efectuează aspirația secretului mucos din partea retrotimpanală a cavității timpanice cu ajutorul unui tub de aspirator 7F sau 9F, cu diametrul de 2,3-3 mm. Irigarea cu soluție salină poate elimina eficient efuziunile mucoide groase din spațiul retrotimpanal al CvT. Inspecția cavității timpanice se efectuează prin incizia II, cu ajutorul unui endoscop cu diametrul de 2-4 mm. Tubul timpanostomic se plasează prin incizia I în cadranul antero-inferior.



1.Efectuarea a 2 incizii; 2.Aspirația exsudatului; 3. Fixarea TT.

I – incizie pentru fixarea TT (cadranul antero-inferior), II – incizie pentru eliberarea CvT (cadranul postero-inferior); a - exsudatul seros, b – exsudatul mucos, vâscos.

Figura 14. **Etapele metodei optimizate** (imagine endoscopică)

5.3. Eficacitatea tratamentului tradițional FMA

Monitorizarea otoscopică a inclus aprecierea semnelor otomicroscopice și evaluarea rezultatelor integral în sublot, prin calcularea indicelui otoscopic OM scor - IOOMS, conform formulei: $IomS_c_1-5 = (Iom_c_1 + Iom_c_2 + Iom_c_3 + Iom_c_4 + Iom_c_5) / Nr_cS$; Iom_c_n a fost calculat conform formulei: $Iom_c_n = Nr_c_n_g * (g-1)$, unde $IomS_c_1-5$ – indice OM scor – IOOMS conform celor 5 criterii, n- criteriu, g- gradul expresiei a criteriului dat, Iom_c_n - indice conform 1 din 5 criterii, $Nr_c_n_g$ - numărul cazurilor la un anumit grad al expresiei criteriului dat, g-1 – valoarea gradului al criteriului otoscopic, Nr_cS – numărul cazurilor în sublot.

Monitorizarea otoscopică după tratamentul FMA a evidențiat o dinamică undulată ($p < 0,0001$) a indicilor otoscopici: o scădere a IOOMS până la 3,6 (95% ÎÎ 3,2-4,0) în sublotul A1 și până la 3,6 (95% ÎÎ 3,2-3,9) în sublotul A2, în decurs de o lună, confirmată de raportul ratei frecvenței: RRF - 3,42 (95% ÎÎ 3,1-3,8) în sublotul A1, RRF - 3,23 (95% ÎÎ 2,89-3,62) în sublotul A2 și creșterea graduală a indicelui IOOMS până la 9,0 (95% ÎÎ 8,4-9,6) în sublotul A1 și până la 9,2 (95% ÎÎ 8,7-9,8) în sublotul A2, în decurs de 12 luni, sugerând nivelarea efectului terapeutic, confirmată prin RRF: 0,4 (95% ÎÎ 0,35-0,45) în sublotul A1 și 0,39 (95% ÎÎ 0,35-0,44) în sublotul A2. În total, raportul IOOMS în 1 zi vs 12 luni a demonstrat o scădere semnificativă: sublotul A1 - 1,4 (95% ÎÎ 1,3-1,5); sublotul A2 - 1,3 (95% ÎÎ 1,2-1,4).

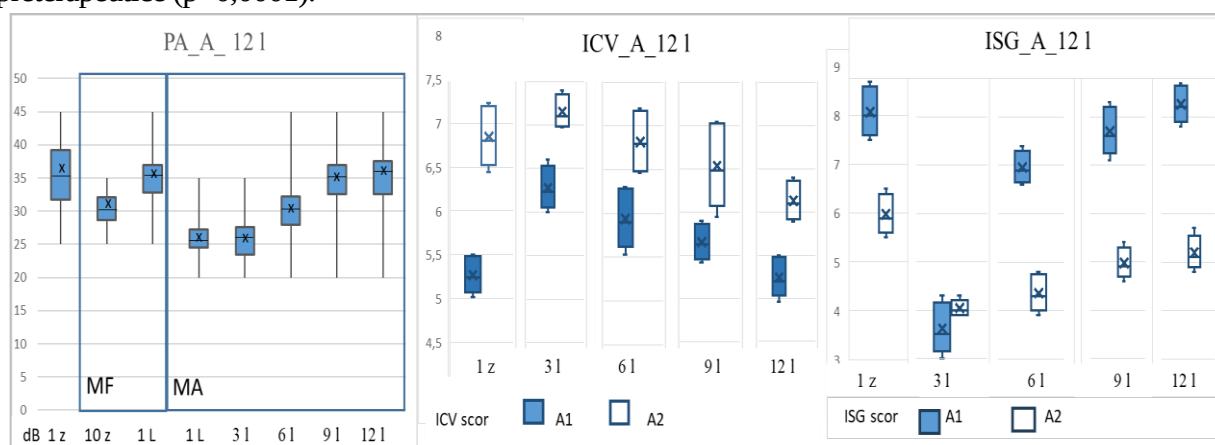
Monitorizarea electroacustică după tratamentul FMA. Raportul ratei de frecvență a timpanogramei de tip B a demonstrat o dinamică undulată, caracterizată prin creșterea și micșorarea RF până la nivelul preterapeutic pe parcursul a 12 luni: peste o lună vs 12 luni, a fost evidențiată o dinamică negativă semnificativă în ambele subloturi ($p < 0,0001$): peste o lună RRF în sublotul A1 - 16,8 (6,92-53,08), în sublotul A2 - 11,13 (5,41-26,56); iar peste 12 luni RRF în sublotul A1 a constituit 0,07 (95% ÎÎ 0,02-0,16), în sublotul A2 - 0,09 (95% ÎÎ 0,04-0,19). Indicii electroacustici stabiliți în cazul timpanogramelor cu vârful evident au reflectat o dinamică undulată a IE: P peste o lună a crescut până la 80,2 (DS 17,7) daPa, iar pe parcursul a 12 luni - o micșorare veridică până la -250,9 (DS 20,2) daPa, $t=61,7$; $p < 0,0001$. Complianța a crescut peste o lună până la 0,4 (DS 0,1) cc și gradual s-a micșorat până la nivel preterapeutic, $t=13,2$; $p < 0,0001$. Peste o lună, lățimea s-a micșorat până la 75,0 (DS 16,1) daPa și, gradual, a devenit veridică mai largă peste 12 luni - 171,2 (DS 15,0) daPa; dinamica a fost veridică ($t=40,0$; $p < 0,0001$). Devierile Ga și Gr, cu o dinamică undulată negativă pe parcursul a 12 luni în lotul A, au fost veridice ($t=14,4$; $t=3,3$; $p < 0,0001$). Comparățiile indicilor

electroacustici peste o lună vs 12 luni după tratamentul MA efectuat au demonstrat lărgirea L, precum și micșorarea P, C, Ga și Gr ($p < 0,0001$).

Monitorizarea audiologică după tratamentul FMA a demonstrat (Figura 15.a): peste o lună, PA s-a micșorat, în medie, până la 25,4 (DS 1,9) dB ($t=36,0$; $p < 0,0001$); după 6 luni de monitorizare, PA a crescut, în medie, până la 30,1 (DS 2,1) dB; la 9 și 12 luni, PA a crescut până la 34,8 (DS 2,2) și 35,1 (DS 2,5) dB - nivel preterapeutic ($p > 0,05$).

Monitorizarea indicilor calității vieții după tratamentul FMA a elucidat (Figura 15.b): peste 3 luni, creșterea ICV ($p < 0,0001$) în sublotul A1 până la 6,23 (DS 0,23), iar în sublotul A2 până la 7,0 (DS 0,3); peste 6 luni, o micșorare în sublotul A1 până la 5,9 (DS 0,37) și până la nivel preterapeutic – 6,8 (DS 0,34) în sublotul A2. Peste 12 luni, s-a constatat o diminuare continuă a ICV până la 5,2 (DS 0,26) în sublotul A1 și până la 6,1 (DS 0,21) în sublotul A2 - nivel preterapeutic ($p < 0,0001$).

Monitorizarea indicilor sănătății generale după tratamentul FMA a stabilit (Figura 15.c) micșorarea ISG ($t=47,1$; $t=34,8$; $p < 0,0001$). Peste 6-9 luni, a fost înregistrată o creștere a ISG în ambele subloturi: SLA1 - 6,9 (DS 0,3) și 7,6 (DS 0,5), SLA2 - 4,3 (DS 0,4) și 4,9 (DS 0,3). Peste 12 luni, s-a constatat o creștere continuă a ISG până la niveluri preterapeutice: 8,2 (DS 0,4), $t=2,32$; $p < 0,05$ - în SLA1 și 5,1 (DS 0,3), $t=12,1$; $p < 0,0001$ - în SLA2. Pe parcursul monitorizării a fost constatată o dinamică undulată, caracterizată printr-o micșorare la 3 luni și creșterea ISG la 6 – 12 luni în SLA spre niveluri preterapeutice ($p < 0,0001$).



Box plot-ul reprezintă grafic o rezumare a unei distribuții prin șase valori: valoarea minimă, prima cuartilă (Q1), mediana (Q2), media aritmetică, a treia cuartilă (Q3) și valoarea maximă.

Figura 15. Dinamica PA, ICV și ISG la copiii din lotul A după FMA (12 luni)

5.4. Eficacitatea tratamentului contemporan TSA

Monitorizarea otoscopică după tratamentul chirurgical TSA a demonstrat o micșorare evidentă a IOOMS până la 3,0 (2,7-3,4) în SLB1 și 3,9 (3,6-4,3) în SLB2, confirmată prin raportul ratei de frecvență la 1 zi vs 24 luni postoperator ($p < 0,0001$): SLB1 - RRF 3,1 (95% ÎI 2,76-3,52); SLB2 - RRF 3,05 (95% ÎI 2,74-3,40); în pofida creșterii ne semnificative a IOOMS în SLB1 - RRF 0,85 (95% ÎI 0,72-0,99), $p=0,04$.

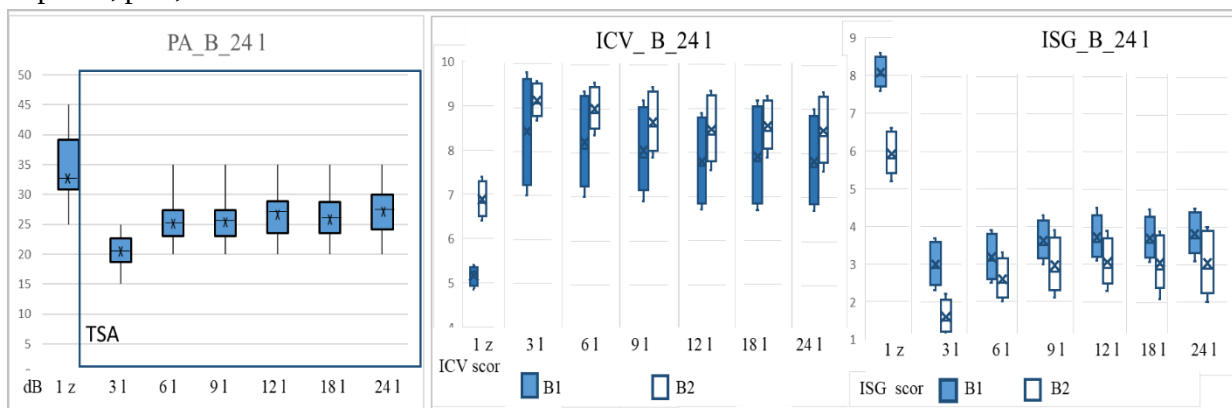
Monitorizarea electroacustică după tratamentul TSA a evidențiat o dinamică pozitivă, confirmată prin RRF a timpanogramei de tip B la 1 zi vs 12 luni după TSA și închiderea perforației ($p < 0,0001$): SLB1 - RRF 7,3 (95% ÎI 3,95-14,57); SLB2 - RRF 6,6 (95% ÎI 3,94-11,71). Evaluarea IE a constatat o dinamică semnificativă ($p < 0,0001$): P a crescut până la -118,3 (DS 68,2) daPa, ceea ce diferă de datele preoperatorii ($t=6,8$); C a crescut ($t=12,4$), până la 0,4 (DS 0,07) cc; L s-a redus ($t=47,4$) până la 90,2 (DS 16,7) daPa; Ga a crescut până la 0,09 (DS 0,04) cc ($t=8,0$); Gr a crescut ($t=3,5$; $p < 0,0001$) până la 0,22 (DS 0,14). Modificările IE peste o lună după închiderea

perforației au fost evidente și pe parcursul a 12 luni de monitorizare au fost veridice pentru P, C, L, Ga și Gr, în pofida micșorării valorii t.

Monitorizarea audiologică după tratamentul TSA (Figura 16.): peste 3 luni, PA s-a micșorat, până la 20,7 (DS 2,0) dB: $t=46,5$; $p<0,0001$. Peste 6-12 luni, s-a constatat creșterea PA până la 26,2 (DS 2,7) dB ($t=26,6$; $p<0,0001$), care a continuat până la 24 de luni de monitorizare (PA – 27,1 (DS 2,9)), cu micșorarea diferenței de datele preoperatorii ($t=23,3$; $p<0,0001$).

Monitorizarea indicilor calității vieții după tratamentul TSA (Figura 16.): peste 3 luni, s-a înregistrat creșterea ICV în SLB1 până la 8,5 (DS 1,0), iar în SLB2 - 9,1 (DS 0,4): $t=20,7$; $t=32,3$; $p<0,0001$. ICV s-a micșorat peste 6-9 luni, iar peste 12-24 de luni s-a înregistrat o stabilizare la nivelurile de 7,7 (DS 1,0) - 7,8 (DS 1,1) în SLB1 și 8,4 (DS 0,8) - 8,5 (DS 0,6) în SLB2. Diferența față de datele preoperatorii s-a micșorat ($t=15,6$, $t=14,2$; $p<0,0001$).

Monitorizarea indicilor sănătății generale după tratamentul TSA (Figura 16.): peste 3 luni, s-a constatat micșorarea ISG în ambele subloturi: până la 2,9 (DS 0,6) - în SL B1 și 1,5 (DS 0,4) - în SLB2; $t=48,5$; $t=47,3$; $p<0,0001$. Peste 6-24 luni, ISG a crescut până la 3,7 (DS 0,6) în sublotul B1 și până la 2,9 (DS 0,9) în sublotul B2, cu micșorarea diferenței față de datele preoperatorii în SLB2: $t=40,9$; $t=21,3$, respectiv, $p<0,0001$.



Box plot-ul reprezintă grafic o rezumare a unei distribuții prin șase valori: valoarea minimă, prima cuartilă (Q1), mediana (Q2), media aritmetică, a treia cuartilă (Q3) și valoarea maximă.

Figura 16. Dinamica PA, ICV și ISG în lotul B după TSA (24 de luni)

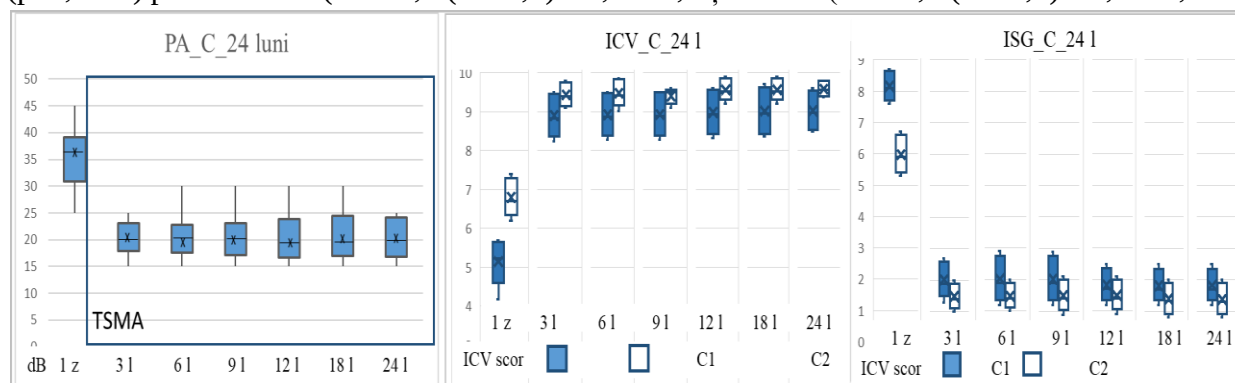
5.5. Eficacitatea tratamentului elaborat TSMA

Monitorizarea otoscopică după tratamentul chirurgical TSMA a constatat o micșorare IOOMS timp de o lună, până la 0,9 (95% ÎÎ 0,7-1,1) în SLC1 și 0,6 (95% ÎÎ 0,48-0,72) în SLC2, confirmată prin RRF 13,4 în SLC1 și RRF 17,8 în SLC2, $p<0,0001$. Micșorarea continuă a IOOMS, până la 0,5 (95% ÎÎ 0,4-0,6) în SLC1 și 0,6 (95% ÎÎ 0,5-0,8) în SLC2, cu stabilitatea IOOMS timp de 24 de luni, în SLC1 – RRF 2,1 (95% ÎÎ 1,5-3,1), $p<0,0001$; în SLC2 – RRF 1,4 (95% ÎÎ 1,1-1,8), $p=0,01$. Tendința spre micșorare IOOMS timp de 24 de luni a fost confirmată prin RRF ($p<0,0001$): în SLC1 - 23,6 (95% ÎÎ 17,7-32,1), în SLC2 - 16,3 (95% ÎÎ 13,3-20,0).

Monitorizarea electroacustică după tratamentul TSMA. Dinamica pozitivă, în comparație cu datele preoperatorii, a fost confirmată ($p<0,0001$) de RRF a timpanogramei de tip B în 1 zi vs 1 lună după închiderea perforației: în SLC1 - RRF 45,5 (95% ÎÎ 12,2-381), în SLC2 - 70,5 (95% ÎÎ 19,2-588); și RRF al acestui indicator în 1 zi vs 12 luni: în SLC1 - 45,5 (95% ÎÎ 12,2-381), în SLC2 – (după ajustarea RF cu datele RF mai slab (timpanograma de tip C2) - 141 (95% ÎÎ 24,9-5608). Evaluarea IE a constatat o dinamică evidentă ($p<0,0001$): P a crescut până la -53,2 (DS 31,3) daPa; $t=27,5$; iar timp de 12 luni acest indice a fost stabilit la nivel de -49,8 (DS 24,9) daPa, ceea ce diferă de datele preoperatorii - $t=34,9$; C a crescut până la 0,4 (DS 0,07) cc; $t=14,1$ și a fost stabilă pe

parcursul a 12 luni - $t=14,1$; L curbei a scăzut până la 55 (DS 9,3) daPa; $t=55,5$; și a rămas stabilă - $t=51,4$; Ga a crescut peste 3 luni până la 0,12 (DS 0,05) cc; $t=9,3$; și a fost stabil pe parcursul monitorizării; Gr a crescut peste o lună până la 0,3 (DS 0,013); $t=5,5$ și s-a menținut relativ stabil pe parcursul a 12 luni ($t=6,4$; $p<0,0001$), ceea ce confirmă modificările pozitive ale stării UM, observate la copiii din lotul C după tratamentul TSMA.

Monitorizarea audiologică după tratamentul TSMA (Figura 17.a) a evidențiat micșorarea PA în toate cazurile până la 20,5 (DS 2,6) dB ($t=48,2$; $p<0,0001$). Peste 6 luni s-a înregistrat stabilizarea PA până la nivelul de 20,2 (DS 2,6) dB. Aceste modificări au fost constant observate ($p<0,0001$) peste 12 luni (PA 20,2 (DS 3,6) dB, $t=43,7$ și 24 luni (PA 20,5 (DS 3,6) dB, $t=42,9$.



Box plot-ul reprezintă grafic o rezumare a unei distribuții prin șase valori: valoarea minimă, prima cuartilă (Q1), mediana (Q2), media aritmetică, a treia cuartilă (Q3) și valoarea maximă.

Figura 17. **Dinamica PA, ICV și ISG în lotul C după TSMA (24 de luni)**

Monitorizarea indicilor calității vieții după tratamentul TSMA a evidențiat (Figura 17.b.) o creștere semnificativă a ICV după 3 luni ($p<0,0001$): în SLC1 până la 8,83 (SD 0,6), $t=35,4$; iar în SLC2 până la 9,40 (SD 0,3), $t=41,4$. Peste 6-12 luni, în lotul C, ICV a fost stabil în ambele subloturi, 8,93 (SD 0,6) în SLC1 și 9,51 (SD 0,3) în SLC2. Stabilizarea ICV la copiii din SLC s-a confirmat ($p<0,0001$): până la 12 luni (SLC1 $t=36,4$; SLC2 $t=43,1$) și 24 de luni după tratamentul TSMA (SLC1 $t=41,5$; SLC2 $t=47,7$). Analiza dinamicii ICV la copiii după tratamentul TSMA, pe parcursul a 24 de luni, a demonstrat o dinamică pozitivă semnificativă, cu creșterea ICV peste 3 luni și stabilizarea ICV până la 24 de luni după tratamentul TSMA.

Monitorizarea indicilor sănătății generale după tratamentul TSMA a identificat (Figura 17.b): peste 3 luni după tratamentul TSMA efectuat, o micșorare a ISG în ambele subloturi până la 1,9 (SD 0,6) și 1,4 (SD 0,4) în subloturile C1 și C2, care a fost confirmată prin $t=56,1$ și $t=55,8$, respectiv, în SLC1 și SLC2, $p<0,0001$. Monitorizarea ISG a evidențiat o stabilitate relativă a acestui indicator în ambele subloturi: la 12 luni postoperator, în SLC1 – 1,7 (DS 0,5), în SLC2 – 1,4 (DS 0,5). Diferența față de nivelurile preoperatorii ($p<0,0001$): $t=64,0$; $t=51,5$; în SLC1 și SLC2. Monitorizarea ISG pe parcursul a 24 de luni postoperator a confirmat ($p<0,0001$) tendința de menținere a nivelului ISG și a schimbărilor pozitive: în SLC1 - ISG 1,7 (DS 0,5), $t=64,0$; în SLC2 – ISG 1,3 (DS 0,5), $t=52,7$.

5.6. Studiul comparativ al rezultatelor monitorizării după tratamentul efectuat

Monitorizarea otoscopică a evidențiat: IOOMS timp de o lună după tratamentul MF în comparație cu MA (Figura 18.), a atestat o diferență semnificativă ($p<0,0001$): RRF 2,2 (95% ÎI 2,0-2,5) în SLA1 și SLA2; după MA și TSA - o diferență redusă (SLA1 vs SLB1 - RRF 1,2 (95% ÎI 1,0-1,4; $p=0,03$) și lipsa diferenței (SLA2 vs SLB2 - RRF 0,9 (95% ÎI 0,8-1,0; $p>0,05$). La o lună după MA și TSMA, a fost înregistrată o diferență semnificativă ($p<0,0001$) între SLA1 vs SLC1 și SLA2 vs SLC2: RRF 4,2 (95% ÎI 3,3-5,3) și RRF 6,1 (95% ÎI 4,9-7,7). Rezultatele la o lună

după tratamentele TSA și TSMA au fost diferite ($p < 0,0001$): SLB1 vs SLC1 - RRF 2,9 (95% ÎI 2,3-3,7) și SLB2 vs SLC2 - RRF 6,7 (95% ÎI 5,3-8,4). Diferența IOOMS S, la 12-24 de luni după tratamentul MA vs TSA - între SLA1 vs SLB1 și SLA2 vs SLB2 a fost veridică ($p < 0,0001$): RRF 2,8 (95% ÎI 2,5-3,2) și 3,0 (95% ÎI 2,7-3,4),.

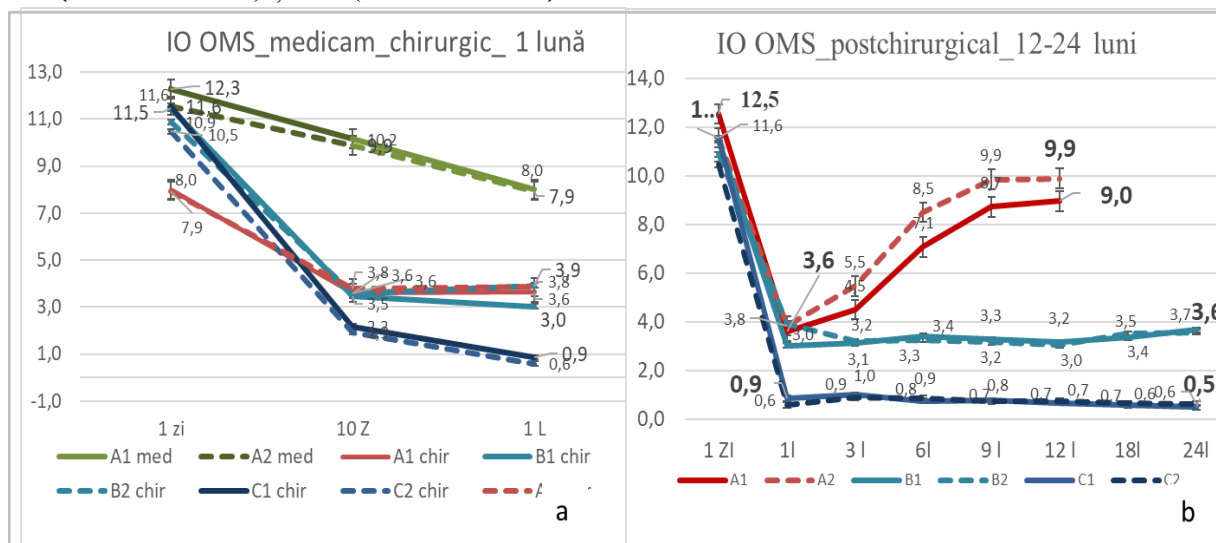


Figura 18. **Dinamica IOOMS în trei loturi postoperator**

La 12 luni după MA și TSMA, s-a constatat o diferență pronunțată ($p < 0,0001$): SLA1 vs SLC1 - RRF 13,4 (95% ÎI 10,4-17,4), SLA2 vs SLC2 - RRF 12,4 (95% ÎI 10,2-15,1). Rezultatele otoscopice peste 12 luni după tratamentele TSA și TSMA au confirmat o diferență ($p < 0,0001$) între IOOMS : SLB1 vs SLC1 - RRF 4,7 (95% ÎI 3,6-6,2) și SLB2 vs SLC2 - RRF 4,1 (95% ÎI 3,3-5,1). La 24 de luni după tratamentele TSA și TSMA, rezultatele otoscopice au confirmat o diferență ($p < 0,0001$) între subloturi: SLB1 vs SLC1 - RRF 7,5 (95% ÎI 5,6-10,4) și SLB2 vs SLC2 - RRF 5,6 (95% ÎI 4,5-6,9).

Monitorizarea electroacustică pe parcursul a 12 luni după tratamentul chirurgical și închiderea perforației MT a evidențiat (Figura 19.): riscul de timpanograma B+C₂, în comparație cu A+C₁, la 6 luni de monitorizare a fost mai mic ($p < 0,0001$) la copiii din lotul B decât din lotul A - RR 0,2 – factor de protecție mare (ÎI 95% 0,2-0,3); la copiii din lotul C vs lotul A - RR 0,03 – factor de protecție mare (ÎI 95% 0,02-0,07); din lotul C vs lotul B - RR 0,2 – factor de protecție mare (ÎI 95% 0,07-0,3). Monitorizarea continuă a atestat: peste 12 luni, riscul de timpanograma B+C₂ vs A+C₁ a fost mai mic ($p < 0,0001$) la copiii din lotul C vs lotul B - RR 0,1 – factor de protecție mare (ÎI 95% 0,04-0,2). Studiul comparativ al indicilor electroacustici, în baza aprecierii timpanogramelor de tip A, și C a demonstrat că presiunea în CvT la 6 luni a fost semnificativ ($p < 0,0001$) mai mare în lotul B decât în lotul A - $t=25,7$; în lotul C vs lotul A - $t=55,5$; în lotul C vs lotul B - $t=14,8$. La 12 luni de monitorizare, comparația loturilor a confirmat o diferență veridică ($p < 0,0001$): B vs A - $t=14,2$; C vs A - $t=56,1$; C vs B - $t=14,9$. Diferență între loturi a fost atestată în ceea ce privește lățimea timpanogramelor, care la 6 luni de monitorizare a fost mai mică ($p < 0,0001$): în loturile B vs A - $t=50,6$; în C vs A - $t=74,7$; în C vs B - $t=29,4$. La 12 luni această tendință a continuat ($p < 0,0001$): loturile B vs A - $t=32,4$; loturile C vs A - $t=69,5$; C vs B - $t=27,5$. Comparație în dinamică a evidențiat o dinamică semnificativă ($p < 0,0001$) a complianței, gradientului absolut și gradientului relativ în loturile B vs A: în C vs A; în C vs B.

Monitorizarea audiologică a demonstrat: dinamica PA la 6 luni (Figura 20.) a fost semnificativ ($p < 0,0001$) mai mare în lotul B decât în lotul A - $t=23,9$; în lotul C vs lotul A - $t=46,3$; în lotul C vs lotul B - $t=22,5$. La 12 luni de monitorizare, această tendință a continuat: diferența ($p < 0,0001$) dintre loturile B vs A - $t=35,9$; C vs A - $t=51,7$; C vs B - $t=20,4$. Comparația

rezultatelor monitorizării auzului la 24 de luni a confirmat efectul semnificativ ($p < 0,0001$) al tratamentului TSMA decât efectul tratamentului TSA: C vs B $t = 21,9$.

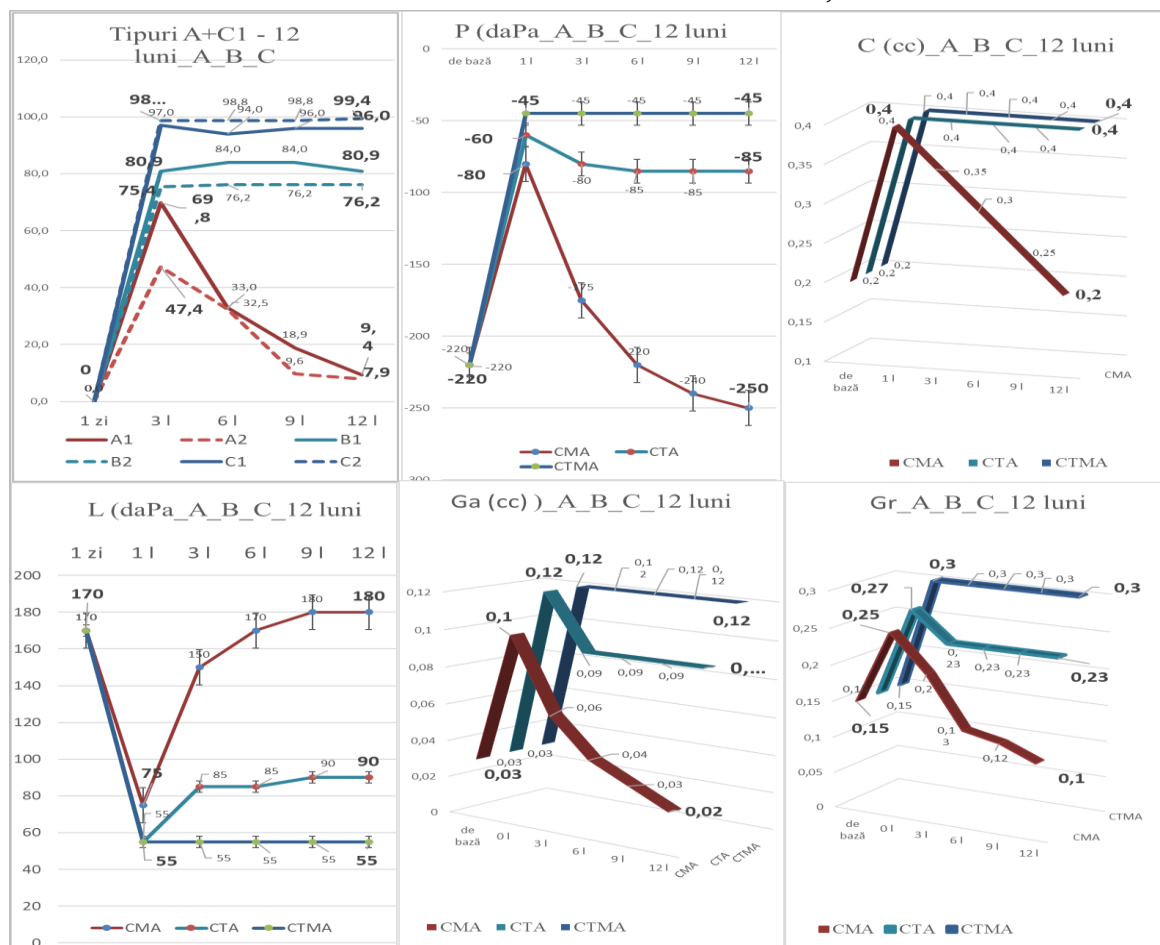


Figura 21. **Dinamica timpanogramelor și indicilor electroacustici în trei loturi postoperator**

Monitorizarea indicilor calității vieții a evidențiat: la 6 luni, dinamica ICV (Figura 20.) a fost semnificativ ($p < 0,0001$) mai mare în SLB1 decât în SLA1: $t = 13,6$; în SLB2 decât în SLA2: $t = 27,5$. La 12 luni, comparația ICV a confirmat această tendință comună ($p < 0,0001$): în SLB1 vs SLA1 - $t = 17,4$; în SLB2 vs SLA2 - $t = 21,1$. Efectul semnificativ ($p < 0,0001$) al tratamentului TSMA vs TSA a fost evidențiat în urma comparării ICV la 6 luni - SLC1 vs SLB1 - $t = 4,3$; și SLC2 vs SLB2 - $t = 6,7$; la 12 luni - SLC1 vs SLB1 - $t = 7,4$; și SLC2 vs SLB2 - $t = 11,3$; la 24 luni, SLC1 vs SLB1 - $t = 8,1$; și SLC2 vs SLB2 - $t = 12,9$.

Monitorizarea indicilor sănătății generale a demonstrat: scorul ISG (Figura 20.) a fost semnificativ ($p < 0,0001$) mai mic la 6 luni - în SLB1 decât în SLA1 - $t = 40,7$; în SLB2 vs SLA2 - $t = 21,6$; la 12 luni, în SLB1 vs SLA1 - $t = 51,1$; în SLB2 vs SLA2 - $t = 20,0$. Efectul semnificativ ($p < 0,0001$) al tratamentului TSMA vs TSA a fost evidențiat în urma comparării ISG la 6 luni - SLC1 vs SLB1 - $t = 9,0$; și SLC2 vs SLB2 - $t = 13,1$; la 12 luni - SLC1 vs SLB1 - $t = 18,7$; și SLC2 vs SLB2 - $t = 14,6$; și la 24 de luni - SLC1 vs SLB1 - $t = 17,9$; SLC2 vs SLB2 - $t = 13,5$.

Monitorizarea clinică a UM pe parcursul unui an după tratamentul efectuat a evidențiat: UM bolnavă clinic a fost mai rar la copiii din lotul B decât la copiii din lotul A (Figura 21.a) - RR 0,3 – factor de protecție mare (ÎI 95% 0,3-0,4; $p < 0,0001$); la copiii din lotul C decât din lotul B - RR 0,6 – factor de protecție redus (ÎI 95% 0,4-0,8; $p = 0,0006$). Dezvoltarea OMR a fost observată mai rar la copiii din lotul B vs lotul A: RR 0,3 – factor de protecție mare (ÎI 95% 0,2-0,4; $p < 0,0001$); din lotul C vs din lotul B - RR 0,4 – factor de protecție moderat (ÎI 95% 0,2-0,7; $p = 0,006$). Evoluția clinică a OMEP a fost înregistrată mai rar la copiii din lotul B vs lotul A - RR 0,2 – factor de protecție mare (ÎI 95% 0,1-0,3; $p < 0,0001$); din lotul C vs lotul B - RR 0,04 – factor de protecție

mare (Î 95% 0,005-0,3; $p=0,001$). Riscul de OMR+OMEP clinic a fost semnificativ ($p<0,0001$) mai mic la copiii din lotul B vs lotul A - RR 0,2 – factor de protecție mare (Î 95% 0,2-0,3); din lotul C vs B - RR 0,2 – factor de protecție mare (Î 95% 0,1-0,4).

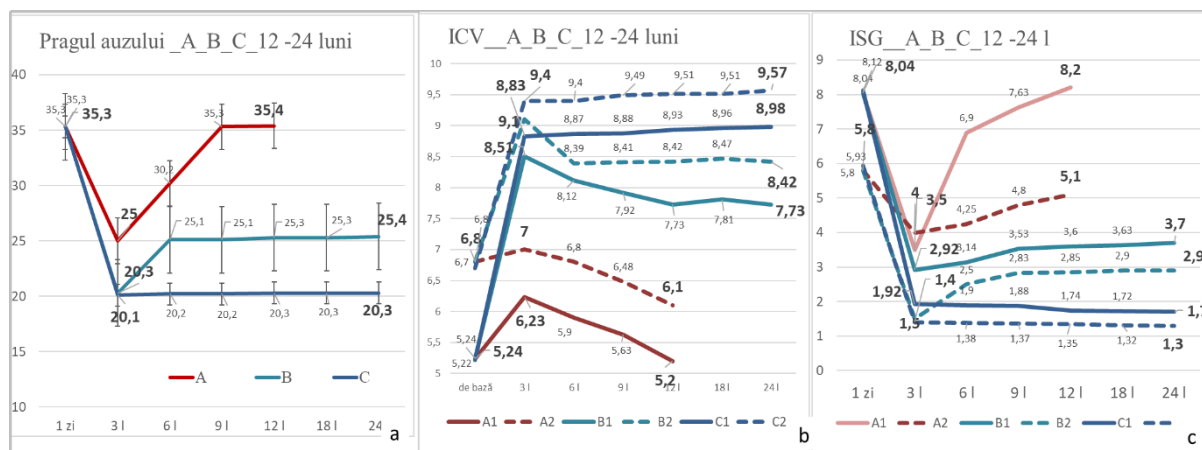


Figura 20. **Dinamica PA (a), ICV (b) și ISG (c) în trei loturi postoperator**

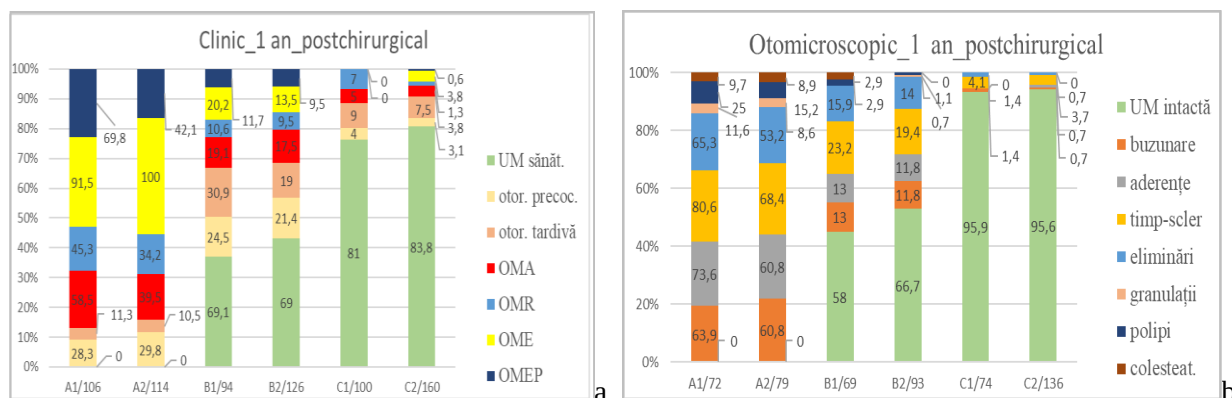


Figura 21. **Evoluția OM postoperator: evoluția clinică (a), evoluția otomicroscopică (b)**

Revizia cavității timpanice a fost efectuată peste un an după tratamentul chirurgical: în 151 de cazuri din lotul A, revizia a fost argumentată de recidivare sau persistența OM; în loturile B și C, intervenția chirurgicală a fost efectuată pentru extragerea tubelor timpanostomice fixate în MT - 162 de cazuri în lotul B și 210 cazuri în lotul C. Riscul de UM afectată a fost mai mic ($p<0,0001$) la copiii din lotul B decât la copiii din lotul A (Figura 21.b) - RR 0,4 – factor de protecție moderat (Î 95% 0,3-0,5); la copiii din lotul C decât din lotul B - RR 0,1 – factor de protecție mare (Î 95% 0,06-0,2). Riscul relativ de OM cronică inactivă a fost mai mic ($p<0,0001$) la copiii din lotul B vs lotul A - RR 0,3 – factor de protecție mare (Î 95% 0,2-0,4); la copiii din lotul C vs din lotul B: RR 0,2 – factor de protecție mare (Î 95% 0,1-0,4). Riscul relativ de proces inflamator cronic activ a fost mai mic ($p<0,0001$) la copiii din lotul B vs lotul A - RR 0,2 – factor de protecție mare (Î 95% 0,1-0,3); la copiii din lotul C vs lotul B - RR 0,06 – factor de protecție mare (Î 95% 0,02-0,3; $p=0,0002$).

Evaluarea comparativă a eficacității a 3 metode de tratament ale OMR și OMEP, în baza monitorizării clinico-funcționale și revizia otomicroscopică postoperatorie, a demonstrat că efectuarea tratamentului optimizat, spre deosebire de alte metode de tratament, a condiționat ameliorarea semnificativă și stabilă clinico-funcțională, cu însănătoșirea clinică completă, restabilirea auzului, calității vieții, sănătății generale, precum și vindecarea urechii medii în majoritatea cazurilor.

CONCLUZII GENERALE

1. Otita medie cu evoluție îndelungată la copii este caracterizată prin asocierea cu o stare premorbidă afectată. Comorbiditățile respiratorii și digestive recidivante reprezintă factori de risc ai recidivării (RR 6,6-7,4) și persistenței OM (RR 3,0). Concordanța semnificativă a OM recidivante și persistente a fost evidențiată pentru refluxul gastroesofagian, adenoidită, amigdalită, sinusită și bronșită (RRF 10,3; 8,4;; 3,5; 2,4; 2,0).
2. O tendință semnificativă de recidivare a otitei medii a fost stabilită la copiii în vârstă de până la 5 ani (RR 2,0) și la copiii care au suportat OM pe parcursul a 1 an de viață (RR 35,6). Factorii de risc ai dezvoltării OM la copiii cu vârsta de până la 1 an au constituit particularitățile îngrijirii și alimentației și proceselor fiziologice ale copilului (RR 8,1; 2,1; 5,1). La copiii cu vârsta de 3 ani diagnosticați cu OMR s-au constatat disincronismul anatomic relativ și dezechilibrul unor indici craniometrici. La copiii cu vârsta de 1 și 3 ani cu OMR în faringe s-au depistat asocierii de *GABHS* și *Staphylococcus Aureus* (RR 2,4 și 6,0).
3. Clasarea parametrilor clinico-funcționali, stabilită în baza sincronizării lor cu dovezile chirurgicale, a permis amplificarea informativității otoscopiei până la 65,2-99,7%, în funcție de vârstă. Diferențierea formei OM a fost posibilă în baza confruntării indicilor otoscopici cu informativitatea - 56,9-85,3%, în funcție de vârstă și datele anamnestic-clinice în dinamică cu pronosticul corect în 65-89%. Informativitatea timpanometriei cu aprecierea detaliată a indicilor electroacustici la copiii cu vârsta de până la 7 ani a fost mai înaltă (99,7%) decât în baza evaluării timpanogramei de tip B (78,9-82,0%, în funcție de vârsta copiilor). La copiii cu vârsta de până la 3 ani, informativitatea PEATC, după înregistrarea pragului reacției la 20 dB și aprecierea latenței unde I, a fost maximă (100%).
4. Monitorizarea și sincronizarea parametrilor clinico-funcționali și chirurgicali au evidențiat 2 tendințe de dezvoltare a otitei medii acute. Tendința 1 s-a manifestat clinic - prin forma evidentă, accentuată a OM la copiii în vârstă de 3-7 ani și funcțional - prin scăderea graduală a presiunii, cu transformarea timpanogramei de la tipul A până la tipul C1, C2, apoi până la tipul B. A 2-a tendință s-a deosebit clinic prin forma nespecifică a OM la copiii cu vârsta de până la 3 ani și funcțional - prin regresia graduală a Gr, Ga, lărgirea L și presiunea constantă, cu modificarea timpanogramei de la tipul A direct până la tipul B..
5. În baza aprecierii specificului tratamentului chirurgical al OM cu exsudatul vâscos, a fost elaborată metoda optimizată – timpanostomia asociată cu miringotomia, care permite evacuarea completă a conținutului vâscos prin incizia de 4-5 mm a MT în cadranul postero-inferior, precum și drenarea CvT prin tubul timpanostomic fixat în incizia de 2 mm în cadranul antero-inferior.
6. Evaluarea comparativă a eficacității a 3 metode de tratament ale OMR și OMEP, în baza monitoringului clinico-funcțional postoperator și revizia otomicroscopică postoperatorie, a demonstrat că efectuarea tratamentului optimizat, spre deosebire de alte metode de tratament, a condiționat ameliorarea semnificativă și stabilă clinico-funcțională, însănătoșirea clinică completă, restabilirea auzului, calității vieții, sănătății generale, precum și vindecarea urechii medii în 95,9%-96,3% dintre cazuri.
7. Sistemul de management al otitei medii la copii cuprinde monitoringul otoscopic-electroacustic selectiv la pacienții cu factori de risc ai recidivării și persistenței OM în funcție de vârstă, tratamentul optimizat și monitoringul postchirurgical.

RECOMANDĂRI PRACTICE

I. La nivel național:

1. Elaborarea Protocoalelor clinice privind otita medie recidivantă și otita medie exsudativă persistentă la copii.
2. Elaborarea Registrului național pentru copiii cu risc major de dezvoltare a OMR și OMEP pentru includerea în monitoringul urechii medii.
3. Susținerea proiectelor științifice privind fiziologia și patologia organului auditiv la copil.
4. Asigurarea cu instrumente de monitoring, diagnostic, corecție chirurgicală și monitoring postchirurgical al copilului cu OMR și OMEP.

II. Pentru asistența medicală primară (medici de familie, pediatri în medicina primară):

5. În vederea profilaxiei otitelor medii recidivante și persistente la copii, care sunt o consecință a multor boli asociate și dependente de vârsta copilului, se recomandă evidențierea factorilor de risc privind dezvoltarea OMR și OMEP la copil în perioada primei copilării, cu utilizarea chestionarului corespunzător.
6. În cazul prezenței la copil a unor factori de risc sugestivi pentru declanșarea OMR și OMEP, se recomandă monitorizarea stării urechii medii, identificarea și gestionarea acestor factori de risc, în scopul prevenirii dezvoltării OMR și OMEP.

III. Pentru medicii-pediatri:

7. Copiii care au suportat OM până la vârsta de 5 ani trebuie monitorizat de către medicii audiolog și otorinolaringolog, conform unui program individual, cu utilizarea unor algoritmi specifici (Algoritmul de diagnostic și de conduită terapeutică pentru copiii cu OMA, OMR, OMEP).
8. Copiii care suferă de boli recidivante și cronice, incluși în grupa factorilor de risc de dezvoltare a OMR și OMEP, copiii cu particularități de dezvoltare psihoneurologică deosebită, precum și cei cu parametri craniometrice specifici trebuie să fie incluși în monitorizarea clinică și funcțională, în vederea prevenirii recidivării și persistenței otitei medii.

IV. Pentru medicii otorinolaringologi și medicii audiologii:

9. Copiii care prezintă un risc major de dezvoltare a OMR și OMEP necesită să fie monitorizați în cadrul unui monitoring selectiv clinico-funcțional.
10. Copiii cu factori de risc pentru OMR și OMEP trebuie să fie evaluați de specialiști, în vederea identificării și reducerii influenței acestor factori și prevenirii apariției bolii.
11. Copiii care au suferit de OM trebuie să fie evaluați clinico-funcțional, cu evidențierea factorilor de risc, conform managementului etapizat al OMR și OMEP.
12. Copiii diagnosticați cu OMR și OMEP trebuie să fie incluși în evaluarea clinico-funcțională și în tratamentul chirurgical, conform Protocolului.

BIBLIOGRAFIE SELECTATĂ

1. AARHUS, L.; HOMOE, P.; ENGDAHL, B.; Otitis media in childhood and disease in adulthood: a 40-year follow-up study, *Ear Hear.* 2020;41:67–71.
2. ABABII, I. Afecțiunile inflamatorii recidivante ale urechii medii și căilor respiratorii în copilăria precoce (diagnosticul, tratamentul, profilaxia și prognozarea). *Teza de doctor habilitat în științe medicale*, Moscova, 1986.
3. ABABII, I.; MANIUC, M.; **DIACOVA, S.** Otita medie acută la copil. *Protocol clinic național*. Chișinău, Moldova. 2021, 26 p.
4. LARAIFI, A. et al. Predictors of otitis media with effusion recurrence following myringotomy. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022 Dec;74(Suppl 3):4053-4058. doi: 10.1007/s12070-021-02817-0. Epub 2021 Aug 14. PMID: 36742680; PMCID: PMC9895307.
5. ALVARENGA, K. et al. From research to clinical practice: An analysis of 226 Hz-probe tone tympanometry to identify otitis media with effusion in children. *Auris Nasus Larynx*, 2024, 51(3), pp. 569-574. ISSN 0385-8146
6. BLUESTONE, C.; SWARTS, J.; D. Human evolutionary history: consequences for the pathogenesis of otitis media. *Otolaryng. Head. Neck. Surg.* 2010, V.143:739-44.
7. CASSELBRANT, M. et al. Information on co-morbidities collected by history is useful for assigning Otitis Media risk to children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016;85:136-40. doi: 10.1016/j.ijporl.2016.03.040. Epub 2016 Apr 11. PMID: 27240512; PMCID: PMC4890165.
8. **DIACOVA, S.** Electro-acoustical examination in noninvasive monitoring as a basis for treatment selection. In: *4th International Conference on Nanotechnologies and Biomedical Engineering. ICNBME 2020. IFMBE Proceedings*, vol 77, pp. 627-631. Springer, Cham. ISBN 978-3-030-31865-9 doi: 10.1007/978-3-030-31866-6_111
9. **DIACOVA, S.** Post-surgical noninvasive monitoring of middle ear in otitis media prolonged forms. În: *Mold Med, J.* Chișinău, Moldova, 2020; nr. 3(63), P.11-15. ISSN 2537-6373 ISSN 2537-6381 doi: 10.5281/zenodo.3958429
10. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; DESVIGNES, V. et al. Otitis media screening in children with chronic somatic pathology. 7th Extraordinary International Symposium On Recent Advances in Otitis Media. In: *Medimond International Proceedings*, Editografica, Bologna, Italy, 2014, pp. 9-12. ISBN 978-88-7587-699-9
11. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; McDONALD, Th. et. al. Effectiveness of tympanostomy tube insertion. 7th Extraordinary International Symposium On Recent Advances in Otitis Media. In: *Medimond International Proceedings*, Editografica, Bologna, Italy, 2014, pp. 13-16. ISBN 978-88-7587-699-9
12. **DIACOVA, S.**; MCDONALD, T.; ABABII, I. Clinical, functional, and surgical findings in chronic bilateral otitis media with effusion in childhood. *Ear Nose Throat, J.*; 2016 August; vol.95, nr. 8:E31-38.
13. DJURHUUS, B.; CHRISTENSEN, K.; SKYTTE, A. et al. The impact of ventilation tubes in otitis media on the risk of cholesteatoma on a national level. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2015, V. 79(4), P. 605-609.
14. DRUG, V.; COBZEANU, D.; PAPAGHIUC, C. et al. [Gastroesophageal reflux involvement in ENT disorders]. *Rev Med Chir Soc Med Nat*; Iasi; 2005 Apr-Jun;109(2):220-222. PMID: 16607774.
15. GREMBA, A. et al. Craniofacial shape in children with and without a positive otitis media history. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016;84:110-5. doi: 10.1016/j.ijporl.2016.02.029. Epub 2016. PMID: 27063764; PMCID: PMC4839180.
16. MCDONALD, T.; **DIACOVA, S.** A comparison of outcomes following tympanostomy tube placement or conservative measures for management of otitis media with effusion. *Ear, Nose and Throat J*, Philadelphia, PA, USA, 2007, 96(9), pp. 552-555.

17. MIHU, I.; IVAS, T. Refluxul gastroesofagian la copil. *Protocol clinic național PCN-128*: Chișinău: 2020. 25 p. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/PCN-128-RGE-la-copil.pdf>.
18. REVENCO, N.; ȚUREA, V.; CIUNTU, A.; HADJIU, S.; SPRINCEAN, M. ș.a. *Pediatrie. /sub red. Ninel Revenco; USMF "Nicolae Testemițanu". Ed.a 2-a. Chișinău; S.n.; 2020 (Tipogr.Reclama")*. 1064, P. ISBN: 978-9975-58-240-7.
19. ROSENFELD, R.; al. Clinical Practice Guideline: Tympanostomy Tubes in Children (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022 Feb;166(1_suppl):S1-S55. doi: 10.1177/01945998211065662. PMID: 35138954.
20. SANDSTRÖM J et al. A machine learning approach to screen for otitis media using digital otoscope images labelled by an expert panel. *Diagnostics (Basel)*. 2022 May 25;12(6):1318. doi: 10.3390/diagnostics12061318. PMID: 35741128; PMCID: PMC9222011.
21. SERBAN, R.; FILIP, C.; RADULESCU, L.; BADESCU, M.; BADESCU, M.; DIACONESCU, B.; COBZEANU, M.; COBZEANU, B. IL-1 α , IL-6 and IL-8 serum values in patients with chronic suppurative otitis media. *Experimental and therapeutic medicine*,. 2021 Nov;22(5):1226. doi: 10.3892/etm.2021.10660. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34539822; PMCID: PMC8438691.
22. TUCKER AS. Major evolutionary transitions and innovations: the tympanic middle ear. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2017 Feb 5;372(1713):20150483. doi: 10.1098/rstb.2015.0483. PMID: 27994124; PMCID: PMC5182415.
23. VAL, S. Basic Science Concepts in Otitis Media Pathophysiology and Immunity: Role of Mucins and Inflammation. In: DP, editor. *Otitis Media: State of the Art Concepts and Treatment*. Springer; 2015. pp. 53–79.
24. VAL S, POLEY M, ANNA K, et al. Characterization of mucoid and serous middle ear effusions from patients with chronic otitis media: implication of different biological mechanisms? *Pediatr Res*. 2018 Aug;84(2):296-305. doi: 10.1038/s41390-018-0060-6. Epub 2018 May 28. PMID: 29915406; PMCID: PMC6185811.
25. WANG, X.; XIA, Z.; HU, Y. Normal reference values of low frequency specific air-conducted auditory brainstem responses among normal hearing children of different ages: A retrospective observational study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2023 Jan;164:111409. doi: 10.1016/j.ijporl.2022.111409. Epub 2022 Dec 9. PMID: 36516533.
26. YOO MH et al. Factors affecting the extrusion rate and complications after ventilation tube insertion: a multicenter registry study on the effectiveness of ventilation tube insertion in pediatric patients with chronic otitis media with effusion-part II. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2022 Nov;15(4):326-334. doi: 10.21053/ceo.2022.00934. Epub 2022 Sep 1. PMID: 36097840; PMCID: PMC9723292
27. YOSHIDA, S. et al. Clinical characteristics of atelectatic eardrums and adhesive otitis media in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2022 Aug;159:111188. doi: 10.1016/j.ijporl.2022.111188. Epub 2022 May 26. PMID: 35653949.
28. VETRICEAN, S. Eficientizarea tratamentului și profilaxia maladiei urechii operate prin chirurgia reconstructivă - studiu clinico-experimental. *Teza de doctor habilitat în științe medicale*; 2019, 299 p.

LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE, ȘTIINȚIFICO-METODICE ȘI DIDACTICE

Lucrări științifice

1. Monografii:

a. monografii monoautor

1. **DIACOVA, S.** *Evoluția otitelor medii la copii*. Chișinău: CEP „Medicina”, 2019. 160 p. ISBN 978-9975-82-146-9.

2. Articole în reviste științifice

2.1. în reviste din bazele de date Web of Science și SCOPUS

2. ORVIDAS, L.; FABRY, L.; **DIACOVA, S.**; MCDONALD, Th. Hearing and otopathology in Crouzon syndrome. In: *The Laryngoscope*. The American Laryngological, Rhinological and Otological Society, Inc.; 1999, 109(9), pp. 1372-1375. ISSN 1531-4995 <https://doi.org/10.1097/00005537-199909000-00002>. (IF: 3,325).
3. **DIACOVA, S.**; MCDONALD, Th. A comparison of outcomes following tympanostomy tube placement or conservative measures for management of otitis media with effusion. In: *Ear Nose Throat J.* Philadelphia, PA, A Vendom Publication, 2007, 86(9), pp. 552-554. ISSN 0145-5613. <https://doi.org/10.1177/014556130708600909>. (IF: 1,3).
4. **DIACOVA, S.**; MCDONALD, Th.; ABABII, I. Clinical, functional, and surgical findings in chronic bilateral otitis media with effusion in childhood. In: *Ear Nose Throat J.* Philadelphia, PA, Vendom Publication, 2016, 95(8), E 31-7. ISSN:0145-5613. PMID:27551851.(IF: 1,3).

2.2. în reviste științifice din străinătate recunoscute

5. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; ANTOHII, I.; MANIUC, M. Показатели коротколатентных слуховых вызванных потенциалов у детей грудного возраста с воспалением среднего уха. In: *Вестник оториноларингологии*. Медиа Сфера, Москва, Россия, 1995, 59(4), pp. 28-31. ISSN 00424668, 23091274
6. ABABII, I.; **DIACOVA, S.** Diagnosis of silent otitis media in infants in the first year of life. In: *Central and East European Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*. Warsaw, Poland, 1998, III(1/9), pp.173-177. ISSN 1234-9305.
7. MCDONALD, Th.; **DIACOVA, S.** 34 years of surgery for chronic otitis media at Mayo Clinic, 1965-1999. In: *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. Clinical research respiratory center, Saint-Petersburg, Russia, 1999, 5(3-4), pp. 14-19. ISBN 978-5-8469-0052-3. ISSN: 2310-3825.
8. **DIACOVA, S.** Management of post-tympanostomy otorrhea in otitis media with effusion. In: *Archives of the Balkan Medical Union*. Celsius publishing house, România, 2008, 43(3) Suppl, pp. 104-106. ISSN 0041-6940.
9. **DIACOVA, S.** Otitis media with effusion: history and current state. In: *Archives of the Balkan Medical Union*. Celsius publishing house, România, 2008, 43(3) Suppl, pp.285-287. ISSN 0041-6940.
10. ABABII, I.; **DIACOVA, S.** Клинико-морфологические корреляции при различных формах среднего отита у детей. В: *Международный научно-практический журнал Оториноларингология в Беларуси*. Профессиональные издания, Минск, Беларусь, 2011, 2(03), pp. 30-36. ISSN 2220-1416. eISSN 2414-3596.
11. **DIACOVA, S.** Скрининг и лечение среднего экссудативного среднего отита у детей. In: *Международный научно-практический журнал Оториноларингология. Восточная Европа*. Профессиональные издания, Минск, Беларусь, 2013, 3(12), pp. 57-63. ISSN 2226-3322.
12. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; MANIUC, M.; DANILOV, L.; ABABII, P. Организация помощи детям со средним отитом в Молдове. In: *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. Clinical research respiratory center, Saint-Petersburg, Russia, 2013, 19(3), c. 50-55. ISSN 2310-3825.
13. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; CHIABURU, A.; ABABII, P.; DESVIGNES, V. Otitis media screening in children with chronic somatic pathology. In: *Medimond International Proceedings, 7th Extraordinary international symposium on recent advances in otitis media*.

- Stockholm, Sweden, 2013. Editografica. Bologna, Italy, 2014, pp. 9-12. ISBN 978-88-7587-699-9.
14. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; MANIUC, M.; DANILOV, L.; MCDONALD, Th. Effectiveness of tympanostomy tube insertion. In: *Medimond International Proceedings, 7th Extraordinary international symposium on recent advances in otitis media*. Stockholm, Sweden, 2013. Editografica. Bologna, Italy, 2014, pp. 13-16. ISBN 978-88-7587-699-9.
 15. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; MANIUC, M.; DANILOV, L.; ABABII, P. Мониторинг состояния среднего уха и показатели здоровья у детей раннего возраста. In: *Оториноларингология. Восточная Европа*. Профессиональные издания, Минск, Беларусь, 2015, 1(18), pp. 54-61. ISSN 2226- 3322.
 16. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; MANIUC, M. ş.a. ; Middle ear monitoring in children. In: *IFMBE Proceedings, 3rd International Conference on nanotechnologies and biomedical engineering*. Springer Science+Business Media, Singapore. 2016, 55, pp. 458-462. ISBN 978-981-287-736-9. https://doi.org/10.1007/978-981-287-736-9_108.
 17. **DIACOVA, S.** Effectiveness of modified miniinvasive otomicrosurgery in recurrent and persistent otitis media in children. In: *IEEE Xplore. E-Health and bioengineering conference (EHB). Sinaia, Romania, 2017*. Danvers, MA, 2017, pp. 386-390. ISBN:978-1-5386-0358-1. ISBN:978-1-5386-1514-0. doi.org/10.1109/EHB.2017.7995442.
 18. **DIACOVA, S.** Electrophysiology characteristics of middle ear in understanding of otitis media development in early childhood. In: *IEEE Xplore. E-Health and bioengineering conference (EHB). Sinaia, Romania, 2017*. Danvers, MA, 2017, pp. 377-381. ISBN 978-1-5386-0358-1. ISBN 978-1-5386-1514-0. doi.org/10.1109/EHB.2017.7995440.
 19. **DIACOVA, S.** Principles of otitis media management in children. In: *Filodiritto Editore – Proceedings, ENT, head and neck surgery conference. Arad, Romania, 2018*. Bologna, Italy, pp. 496-502. ISBN 978-88-85813-13-7.
 20. **DIACOVA, S.** Electro-acoustical examination in noninvasive monitoring as a basis for treatment selection. In: *IFMBI Proceedings. 4th International conference on nanotechnologies and biomedical engineering. ICNBME 2019*. Springer, Cham, Switzerland, 2020, 77, pp. 627-631. ISSN 1680-0737. ISBN 978-3-030-31865-9. doi.org/10.1007/978-3-030-31866-6_111.
 21. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; DANILOV, L.; MANIUC, M.; ABABII, P. et al. Functional and morphological correlations in prolonged otitis media in childhood. In: *IFMBI Proceedings. 4th International Conference on Nanotechnologies and Biomedical Engineering. ICNBME 2019*. Springer, Cham, Switzerland, 2020, 77, pp. 633-638 ISSN 1680-0737. ISBN 978-3-030-31865-9. https://doi.org/10.1007/978-3-030-31866-6_112.
- 2.3. în revistele din Registrul Național al revistelor de profil, cu indicarea categoriei:**
- categoria B+**
22. **DIACOVA, S.** Post-surgical noninvasive monitoring of middle ear in otitis media prolonged forms. In: *Moldavian Medical Journal*. Chișinău, 2020, 3(63), pp. 11-15. ISSN 2537-6373. ISSN 2537-6381. doi.org/10.5281/zenodo.3958429.
- categoria B**
23. ABABII, I.; **DIACOVA, S.** Evoluția otitelor medii la copii cu patologii bronhopulmonară. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. Chișinău, 2011, 4(32), pp. 81-83. ISSN 1857-0011.
 24. **DIACOVA, S.** Posibilitățile impedansmetriei în diagnosticul otitelor medii la copii. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. Chișinău, 2012, 1(33), pp. 393-397. ISSN 1857-0011.
 25. **DIACOVA, S.** Optimizarea managementului otitei medii exsudative la copii. În: *Buletin de Perinatologie*. Chișinău, 2014, 1(61), pp. 52-55. ISSN 1810-5289.
 26. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; MANIUC, M.; DANILOV, L.; ABABII, P. Optimizarea managementului otitei medii recidivante la copii. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. Chișinău, 2015, 1(46), pp. 403-407. ISSN 1857-0011.

27. **DIACOVA, S.**; CANANA, O.; BEHTA, E. Particularitățile microbiologice ale faringelui la copii în evoluția otitei medii. În: *Buletin de Perinatologie*. Chișinău, 2018, 5(81), pp. 26-28. ISSN 1810-5289.
28. **DIACOVA, S.**; ABBAS, S. Urechea medie la copii cu patologia maxilo-facială. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. Chișinău, 2021, 2(70), pp. 84-86. ISSN 1857-0011. doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.

categoria C

29. ABABII, I.; **DIACOVA, S.** Otitele medii exsudative și recidivante la copii. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2005, 2(2), pp. 63-66. ISSN 1857-0011.
30. **DIACOVA, S.** Unele aspecte patogenetice ale otitelor medii la copiii primelor 3 ani de viață. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*, Ed. a 10-a. Chișinău: CEP Medicina, 2009, IV, pp. 331-332. pISSN: 1857-1719.
31. **DIACOVA, S.**; JENED, R. Surgical findings in tympanic cavity of children suffering from otitis media. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*, Ed. a 10-a. Chișinău: CEP Medicina, 2009, IV, pp. 342-345. pISSN: 1857-1719.
32. **DIACOVA, S.** Evoluția naturală a otitei medii exsudative la copii. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*, Ed. a 10-a. Chișinău: CEP Medicina, 2009, IV, pp. 345-348. pISSN: 1857-1719.
33. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; CHIABURU, A. ș.a. Surditate mixtă la copiii cu otită medie exsudativă. În: *Curierul medical*, Chișinău, 2009, 5(311), pp. 5-7. ISSN 1875-0666
34. **DIACOVA, S.** Evoluția otitei medii exsudative în funcție de tratament. În: *Curierul medical*, Chișinău, 2009, 5(311), pp. 26-28. ISSN 1875-0666
35. **DIACOVA, S.** Particularitățile patogenetice în otitele medii la copii în primii 3 ani de viață. În: *Curierul medical*, Chișinău, 2009, 5(311), pp. 24-25. ISSN 1875-0666
36. **DIACOVA, S.** Otita medie exsudativă cronică la copii: diferite metode de tratament. *Anale științifice ale Asociației Chirurgilor Pediatri „Natalia Gheorghiu”*. Chișinău, 2009, X, pp. 49-51. ISSN 1857-0631.
37. **DIACOVA, S.** Importanța tratamentului chirurgical al otitelor medii exsudative la copii. În: *Anale științifice ale Asociației Chirurgilor Pediatri „Natalia Gheorghiu”*. Chișinău, 2010, XII, pp. 55-57. ISSN 1857-0631.
38. **DIACOVA, S.** Particularitățile patogenetice ale otitelor medii la copii primelor 3 ani de viață. În: *Anale științifice ale Asociației Chirurgilor Pediatri „Natalia Gheorghiu”*. Chișinău, 2010, XII, pp. 57-59. ISSN 1857-0631.
39. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; CHIRTOCA, D.; CHIABURU, A.; PARII, S. Otita medie adezivă la copii: corelații clinico-funcționale și morfopatologice. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău, 2010, IV, pp. 281-285. ISSN 1857-1719.
40. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; CHIABURU, A.; CHIRTOCA, D.; JANED, R. The clinical and functional data in children with chronic otitis media with effusion. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău, 2010, IV, pp. 286-290. ISSN 1857-1719.
41. **DIACOVA, S.** Particularitățile otitelor medii la copii în primii ani de viață. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2010, IV, pp. 354-357. ISSN 1857-1719.
42. **DIACOVA, S.** Importanța tratamentului chirurgical al otitelor medii exsudative la copii. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2010, IV, pp. 357-361. ISSN 1857-1719.
43. **DIACOVA, S.** Eficacitatea comparativă a tratamentului chirurgical al otitelor medii exsudative cronice la copii. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2011, IV, pp. 289-293. ISSN 1857-1719.
44. **DIACOVA, S.**; CHIABURU, A.; PARII, S.; CHIRTOCA, D.; JANED, R. Clinical, functional and morphological correlations in otitis media in childhood. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*.: CEP Medicina, 2011, IV, pp. 298-303. ISSN 1857-1719.

45. **DIACOVA, S.**; CHIABURU, A.; ANTOHI, E.; Rolul factorului alimentației în dezvoltare otitelor medii la copiii în primul an de viață. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2011, IV, pp. 293-298. ISSN 1857-1719.
46. **DIACOVA, S.**; ANTOHI, E.; MACALET, T.; JIVALCOVSCHI, A.; GRECOVA, A. Otita medie acută la copii primului an de viață. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2012, IV, pp. 310-314. ISSN 1857-1719.
47. **DIACOVA, S.**; CHIABURU, A.; ANTOHI, E. ș.a. Otita medie la copiii cu infecție respiratorie acută. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2012, IV, pp. 315-319. ISSN 1857-1719.
48. **DIACOVA, O.**; **DIACOVA, S.** Starea urechii medii la copiii cu patologia recidivantă a tractului respirator. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2012, IV, pp. 319-323. ISSN 1857-1719.
49. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; CHIABURU, A.; CHIRTOCA, D. Eficacitatea tratamentului otitei medii exsudative la copii. În: *Buletin de Perinatologie*. Chișinău, 2013, 2-3 (58-59), pp. 22-24. ISSN 1810-5289.
50. **DIACOVA, S.** Optimizarea timpanostomiei la copii. În: *Buletin de Perinatologie*. Chișinău, 2013, nr. 2-3 (58-59), pp. 136-138. ISSN 1810-5289.
51. **DIACOVA, S.** Screening-ul otitei medii la copii cu patologie somatică. În: *Buletin de Perinatologie*. Chișinău, 2013, 2-3(58-59), pp. 139-142. ISSN 1810-5289.
52. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; MANIUC, M.; MANIC, V.; **DIACOVA, O.** Rezultatele timpanostomiei modificate la copii. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2013, 4, pp. 222-224. ISSN 1857-1719.
53. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; MANIUC, M.; DANILOV, L.; ABABII, P. Posibilitățile screeningului otitei medii la copii. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2013, 4, pp. 224-228. ISSN 1857-1719.
54. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; TURCAN, V.; GAVRILUȚA, V. Optimizarea tratamentului otitei medii la copii. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: CEP Medicina, 2013, 4, pp. 286-290. ISSN 1857-1719.
55. **DIACOVA, S.**; ABABII, I. Principiile managementului otitei medii exsudative la copiii cu patologia somatică. În: *Arta Medica*. Chișinău, 2014, 2(53), pp. 28-31. ISSN: 1810-1852.

3. Articole în culegeri științifice

3.1. în lucrările conferințelor științifice internaționale (peste hotare)

56. **DIACOVA, S.** Management of otitis media in children. In: *Patrimoniul de ieri – implicații în dezvoltarea societății durabile de mâine*. Iași-Chișinău, România, 2021, pp. 245-248. ISSN 2558-894X.

3.2. n lucrările conferințelor științifice internaționale (Republica Moldova)

57. ABABII I.; **DIACOVA, S.**; MANIUC, M.; ABABII, P.; DANILOV, L. Electro-acoustical and Electrophysiological Examinations in Diagnostics of Otitis Media in Infants. In: *International Conference on Nanotechnologies and Biomedical Engineering*. Chișinău, 2011, p.263-265. ISBN 978- 9975-66-239-0.
58. ABABII I.; **DIACOVA, S.**; CHIABURU, A.; PARII, S.; CHIRTOCA, D.; MANIUC, M.; DANILOV, L.; ABABII, P. Diagnostics of otitis media with effusion. In: *Nanotechnologies and Biomedical Engineering*, Ed. 2. Chișinău, 2013, pp. 447-450. ISBN 978- 9975-62-343-8.

4. Teze

4.1. în reviste din bazele de date Web of Science și SCOPUS

59. **DIACOVA, S.**; ABABII I.; DANILOV, L.; DESVIGNES, V.; REVENCO, N.; **DIACOVA, O.** Evolution of otitis media in children of the first 7 years of life in Moldova. In: *Archives of disease in childhood*. London, UK, 2012, 97 (suppl 2), pp. A238. doi.org/10.1136/archdischild-2012-302724.0827 (**IF: 2,88**).
60. **DIACOVA, S.**; DESVIGNES, V.; CHIABURU, A.; CHIRTOCA, D.; PARII, S. Tympanostomy and adenoidectomy for treatment of otitis media in children. In: *Archives of disease in childhood*. London, UK, 2012, 97(suppl 2), p. A453. doi.org/10.1136/archdischild-2012-302724.1601 (**IF: 2,88**).

61. **DIACOVA, S.**; REVENCO, N.; CULESIN, T.; CEREMPEI, L.; DIACOVA, O.; DESVIGNES, V. Otitis media in children with recurrent somatic pathology. In: *Archives of disease in childhood*. London, UK, 2014, 99(Suppl 2), pp. A255-256. doi.org/10.1136/archdischild-2014-307384.694. **(IF: 2.905)**.
 62. **DIACOVA, S.**; JIVALCOVSCHI, A.; ANTOHI, E.; MACALET, T.; DIACOVA, O. Alimentation factor in otitis media development in children of the first year of life. In: *Archives of disease in childhood*. London, UK, 2014, 99(Suppl 2), p. A286. doi.org/10.1136/archdischild-2014-307384.694. **(IF: 2.905)**.
 63. **DIACOVA, S.**; ABABII I.; MANIUC, M. .ș.a. Modified surgery in children with persistent and recurrent otitis media. In: *Archives of disease in childhood*. London, UK, 2014, 99(Suppl 2), p. A137. doi.org/10.1136/archdischild-2014-307384.694. **(IF: 2.905)**.
 64. **DIACOVA, S.**; MCDONALD, TH.; ABABII, I. Clinical, functional, and surgical findings in chronic bilateral otitis media with effusion in childhood. In: *Ear Nose Throat J*. Philadelphia, PA, 2016, 95(8), p. 298. ISSN: 0145-5613. PMID: 27551851. **(IF: 1,3)**.
- 4.2. în reviste științifice din străinătate recunoscute internațional (peste hotare)**
65. АБАБИЙ, И.; ДЬЯКОВА, С. и др. К вопросу о факторах риска среднего отита у детей первого года жизни. В: *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. ТОВ Вістка, Київ, Україна, Київ, Україна, 2011, 3-с, с. 2-3. ISSN 0044-4650.
 66. АБАБИЙ, И.; ДЬЯКОВА, С. и др. Клинико-морфологическая характеристика среднего отита у детей. В: *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. ТОВ Вістка, Київ, Україна, 2011, 3-с, с. 3-4. ISSN 0044-4650.
 67. АБАБИЙ, И.; ДЬЯКОВА, С. Влияние аденоотомии на состояние среднего уха у детей с хроническим экссудативным и рецидивирующим средним отитом. В: *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. ТОВ Вістка, Київ, Україна, 2011, 5-с, с. 2-3. ISSN 0044-4650.
 68. АБАБИЙ, И.; ДЬЯКОВА, С. и др. Средний отит у детей у детей первого года жизни с гастроэзофагальным рефлюксом. В: *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. Київ, Україна, ТОВ Вістка, Київ, Україна, 2011, 5-с, с. 3-4. ISSN 0044-4650.
 69. АБАБИЙ, И.; ДЬЯКОВА, С. и др. Скрининг среднего отита у детей первых 7 лет жизни. В: *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. ТОВ Вістка, Київ, Україна, 2012, 3-с, с. 2-3. ISSN 0044-4650.
 70. ДЬЯКОВА, С.; АБАБИЙ, И. и др. Тимпаностомия у детей первых 7 лет жизни. В: *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. ТОВ Вістка, Київ, Україна, 2012, 3-с, с. 75-76. ISSN 0044-4650.
 71. **DIACOVA, S.**; CHIABURU A. et al. Otitis media in children with somatic pathology. In: *ORL.ro. Medichub Media*, București, România, 2016, 31(2), p. 42. ISSN 2067-6530.
 72. **DIACOVA, S.**; MANIUC, M. et al. Quality of life in small children with otitis media. In: *ORL.ro. Medichub Media*, București, România, 2016, 31(2), p. 43. ISSN 2067-6530.
 73. ДЬЯКОВА, С.; АБАБИЙ, И. и др. Модифицированная тимпаностомия у детей первых 7 лет жизни. В: *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. ТОВ Вістка, Київ, Україна, 2016, 5-с, с. 39-40. ISSN 0044-4650.
 74. **DIACOVA, S.**; GHINDA, S. et al. Bacterial flora and immune status in otitis media evolution. *Wiadomości Lekarskie*. Aluna Publishing House, Warsaw, Poland, 2016, 3, cz.1, p. 364. ISSN 0043-5147.
 75. **DIACOVA, S.**; MANIUC M. et al. Otitis media outcome in function of somatic background.. *Wiadomości Lekarskie*. Aluna Publishing House, Warsaw, Poland, 2016, 3, cz.1, pp. 364-365. ISSN 0043-5147.
 76. **DIACOVA, S.**; RIMBU, A. et al. Role of imaging in recurrent persistent and otitis media. *Wiadomości Lekarskie*. Aluna Publishing House, Warsaw, Poland, 2016, 3, cz.1, p. 365. ISSN 0043-5147.
- 4.2. n lucrările conferințelor științifice internaționale (peste hotare)**
77. АБАБИЙ, И.; ДЬЯКОВА, С. и др. Обоснование дифференцированного скрининга среднего отита у детей. *Актуальные вопросы оториноларингологии на современном*

- этапе. Тезисы докладов VII Съезда оториноларингологов Республики Беларусь. Минск, Беларусь, 2013, с. 31-32. ISSN 2226-3322.
78. **ДЬЯКОВА, С.** Оптимизация лечения хронического экссудативного среднего отита. *Актуальные вопросы оториноларингологии на современном этапе. Тезисы докладов VII Съезда оториноларингологов Республики Беларусь.* Минск, Беларусь, 2013, с. 51-52. ISSN 2226-3322.
 79. **ДЬЯКОВА, С.; МАНЮК, М. и др.** Эффективность лечения хронического экссудативного среднего отита у детей. В: *Тезисы VII-го съезда оториноларингологов Республики Беларусь.* 2013, Минск, Беларусь, 2013, с. 53-54. ISSN 2226-3322.
 80. **DIACOVA, S.; ABABII, I.; McDONALD, Th.** Tympanostomy tube outcomes in function of effusion's aspiration. In: *Abstract book. 7th Extraordinary International Meeting on Recent Advances in Otitis Media.* Stockholm, Sweden, 2013, p. 26.
 81. **DIACOVA, S.; CHIABURU, A.; DESVIGNES, V.** Screening of otitis media in children with recurrent and chronic somatic pathology. In: *Abstract book. 7th Extraordinary International Meeting on Recent Advances in Otitis Media.* Stockholm, Sweden, 2013, p. 15.
 82. **DIACOVA, S.; ŞEVCENCO, I. ş.a.** Otitis media chronicity in dependence of nasopharyngeal bacterial flora. In: *4th Global Congress for consensus in pediatrics and child health. CIP 2015. Abstract book.* Budapest, Hungary, 2015, p. 145.
 83. **DIACOVA, S.; JIVALCOVSCHI, A. MACALEŢ, T.; ANTOCHI, E.; DIACOVA, O.** Risk factors of otitis media in infants. In: *4th Global Congress for consensus in pediatrics and child health. CIP 2015. Abstract book.* Budapest, Hungary, 2015, p. 166.
 84. **DIACOVA, S.; REVENCO, N.; CHIABURU, A.; CHIRTOCA, D.; CEREMPEI, L.; CULESIN, T.; DESVIGNES, V.; DIACOVA, O.** Influence of recurrent somatic pathology on otitis media evolution in children. In: *4th Global Congress for consensus in pediatrics and child health. CIP 2015. Abstract book.* Budapest, Hungary, 2015, p. 165.
 85. **DIACOVA, S.; ABABII, I.; MANIUC, M.; ABABII, P.; DANILOV, L.; DIACOVA, O.; MCDONALD, TH.** Modified surgery for otitis media. In: *4th Global Congress for consensus in pediatrics and child health. CIP 2015. Abstract book.* Budapest, Hungary, 2015, p. 153.
 86. **DIACOVA, S.; ABABII, I.; MANIUC, M. ABABII, P.; DANILOV, L.; DIACOVA, O.; MCDONALD, TH.** Surgical preventive method of otitis media recurrence. In: *7th EPA-UNEPSA Europaediatrics – Florence. Abstract book.* Italy, Florence, 2015, p. 95.
 87. **DIACOVA, S.; DANILOV, L.; CHIRTOCA, D.; DIACOVA, O.; GLIJIN, V.; UTICA, I.; SEVCENCO, I.** Nasopharyngeal bacterial flora in otitis media evolution. In: *7th EPA-UNEPSA Europaediatrics – Florence. Abstract book.* Italy, Florence, 2015, p. 174.
 88. **DIACOVA, S.; DIACOVA, O.; GRECOVA, A.; JIVALCOVSCHI, A.; ANTOHI, E.; MACALET, T.** Alimentation in pathogenesis of otitis media in infants. In: *7th EPA-UNEPSA Europaediatrics – Florence. Abstract book.* Italy, Florence, 2015, p. 241.
 89. **DIACOVA, S.; CHIABURU, A.; REVENCO, N.; CULESIN, T.; DESVIGNES, V.; DIACOVA, O.** Recurrent somatic pathology in otitis media outcome. In: *7th EPA-UNEPSA Europaediatrics – Florence. Abstract book.* Italy, Florence, 2015, p. 260.
 90. **DIACOVA, S.; DANILOV, L.; CHIRTOCA, D.; DIACOVA, O.** Bacterial flora of tonsils in otitis media evolution. In: *18th International symposium on Recent advances in otitis media. Abstract book.* National Harbor, MD, USA, 2015, p. 345.
 91. **DIACOVA, S.; DIACOVA, O.; GRECOVA, A.** Infants care in pathogenesis of otitis media. In: *18th International symposium on Recent advances in otitis media. Abstract book.* National Harbor, MD, USA, 2015, p. 357.
 92. **DIACOVA, S.; CHIABURU, A.; REVENCO, N.; CEREMPEI, L.; CULESIN, T.; DIACOVA, O.** Otitis media in children with recurrent somatic pathology. In: *18th International symposium on Recent advances in otitis media. Abstract book.* National Harbor, MD, USA, 2015, p. 358.
 93. **DIACOVA, S.; ABABII, I.; MANIUC, M.; ABABII, P.; DIACOVA, O.** Prevention of otitis media recurrence. In: *18th International symposium on Recent advances in otitis media. Abstract book.* National Harbor, MD, USA, 2015, p. 373.

94. **DIACOVA, S.**; MANIUC, M.; DANILOV, L.; ABABII, P.; DIACOVA, O.; MCDONALD, TH. Impactul tratamentului chirurgical modificat asupra calității vieții copiilor cu otita medie. În: *Conferința Națională de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială, Volum de rezumate*. Sibiu, Romania, 2017, p. 121.
95. **DIACOVA, S.** Otitis media in children with recurrent somatic pathology. În: *Conferința Națională de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială, Volum de rezumate*. Sibiu, Romania, 2017, pp. 121-122.
96. **DIACOVA, S.**; BALAN, G.; TSIMBALARI, E. Antimicrobial susceptibility of pseudomonas aeruginosa. În: *Conferința Națională de Otorinolaringologie și Chirurgie Cervico-Facială, Volum de rezumate*. Sibiu, Romania, 2017, p. 122.
- 4.3. în lucrările conferințelor științifice naționale cu participare internațională**
97. **DIACOVA, S.**; ABABII, I. ș.a.. Variantele otitei medii acute la copii. În: *Arta Medica*. 2008, 4(31), pp. 20-21. ISSN: 1810-1852.
98. **DIACOVA, S.** Middle ear changes in function of tonsillar microbial flora. In: *3rd Regional Workshop "Health Technology Management". Abstract book*. Chișinău, 2016, p. 128. ISBN 978-9975-51-774-4
99. **DIACOVA, S.**; CHIABURU, A.; REVENCO, N. Tympanometry in children with somatic pathology. In: *3rd Regional Workshop "Health Technology Management". Abstract book*. Chișinău, 2016, p. 113. ISBN 978-9975-51-774-4
100. **DIACOVA, S.** Monitorizarea post-chirurgicală noninvazivă a urechii medii în formele prelungite ale otitei medii. În: *Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova*. Chișinău, 2020, p. 476.
101. **DIACOVA, S.**; ABABII, I.; MANIUC, M.; DANILOV, L.; ABABII, P.; CHIABURU, A. Monitorizarea urechii medii la copiii cu patologia organelor respiratorii. În: *Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova. Abstract book*. Chișinău, 2020, p. 477.
102. **DIACOVA, S.** Management of otitis media in children. In: *Patrimoniul de ieri –implicații în dezvoltarea societății durabile de mâine*. Chișinău, 2021, p. 43.
103. **DIACOVA, S.**; MANIUC, M.; DANILOV, L. ș.a. Managementul otitelor medii la copii. Conferința științifică anuală USMF "Nicolae Testemițanu". În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova. Culegere de rezumate. Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*. Chișinău, 2022, p. 348. pISSN: 2345-1467

5. Alte lucrări științifice

5.1. brevete de invenții

104. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; JUCOVSCII, C. Metoda de diagnosticare a afecțiunilor inflamatoare latente ale urechii medii la copiii în primul an de viață. Brevet de invenție Nr. 1039, *Buletin oficial de proprietatea intelectuală. Official Bulletin of Intellectual Property*. 10/98, p.19.
105. ABABII, I.; **DIACOVA, S.**; JUCOVSCII, C. Metoda de prognozare a afecțiunilor inflamatoare latente ale urechii medii la copiii în primul an de viață. Brevet de invenție Nr. 1041 din 31.10.98.; *Buletin oficial de proprietatea intelectuală. Official Bulletin of Intellectual Property*. 10/98, p. 20.
106. **DIACOVA, S.**; ABABII I. Metoda de tratament a otitei medii exudative la copii. Brevet de invenție MD 674Y. *Buletin oficial de proprietatea intelectuală. Official Bulletin of Intellectual Property*. 2013-09-30, p. 24-25.

Lucrări științifico-metodice și didactice

6. Manuale:

6.1. manuale pentru învățământul universitar

107. ABABII, I.; POPA, V.; SANDUL, A.;... **DIACOVA, S.** și al. *Tests on otorhinolaryngology*. USMF „Nicolae Testemițanu”, Department of Otorhinolaryngology. Chișinău: CEP Medicina, 2014. 187 p. ISBN 978-9975-118-51-4.
108. ABABII, I.; MANIUC, M.; SANDUL, A.;... **DIACOVA, S.** și al. *Otorinolaringologie: manual*. CEP Medicina, 2019. 407 p. ISBN 978-9975-56-618-6.

7. Ghiduri metodice/metodologice:

109. **DIACOVA, S.;** ABABII I.; CHIABURU A. Impedansmetria în diagnosticul otitelor medii la copii. *Recomandare metodică*. Chișinău: CEP *Medicina*, 2012. 18 p.

8. Protocoale clinice

110. ABABII, I.; MANIUC, M.; **DIACOVA, S.** Otita medie acută la copil. *Protocol clinic național*. (PCN-11). Chișinău, 2008, actualizat 2021. 24 p.

ADNOTARE

Diacova Svetlana

Evoluția otitelor medii la copii: specificarea etapelor diagnostic-curative în baza monitorizării clinico-funcționale

Teză de doctor habilitat în științe medicale. Chișinău, 2025

Volumul și structura tezei: introducere, 5 capitole, concluzii și recomandări, 207 pagini de text de bază, bibliografie din 300 de surse, 27 de tabele, 49 de figuri, 16 anexe.

Rezultatele cercetării au fost publicate în 110 de lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: otită medie exsudativă persistentă, otită medie recidivantă, screeningul urechii medii la copii, timpanostomie.

Domeniul de cercetare: otorinolaringologie pediatrică.

Scopul cercetării: eficientizarea managementului otitelor medii recidivante (OMR) și otitelor medii exsudative persistente (OMEP) la copii, prin specificarea factorilor de risc de evoluție îndelungată, monitoringul selectiv al urechii medii și tratamentul chirurgical optimizat.

Obiectivele cercetării: 1. Determinarea factorilor de risc de evoluție îndelungată a otitelor medii în baza monitoringului otoscopic-electroacustic la copii, în funcție de starea premorbidă: specificarea impactului comorbidității respiratorii și digestive. 2. Detalierea tendințelor evolutiv-epidemiologice ale otitei medii în funcție de vârsta copiilor și evaluarea factorilor de risc de evoluție îndelungată a otitelor medii la copiii în vârstă de 1 an și de 3 ani. 3. Determinarea și amplificarea informativității metodelor de diagnostic ale otitelor medii în funcție de vârsta copiilor. 4. Specificarea particularităților de dezvoltare a otitelor medii la copii, în baza comparării indicilor clinico-funcționali și modificărilor depistate intraoperator. 5. Optimizarea tratamentului chirurgical al otitelor medii recidivante și otitelor medii exsudative persistente. Evaluarea comparativă a eficacității a două metode existente și a metodei optimizate de tratament al otitelor medii recidivante și persistente, în baza monitoringului postoperator clinico-funcțional, precum și în baza reviziei postoperatorii a urechii medii. 7. Elaborarea sistemului de management al otitelor medii la copii, bazat pe monitoringul otoscopic-electroacustic selectiv al urechii medii și tratamentul etapizat.

Noutatea științifică: ajustarea bazată pe dovezi a opțiunilor de prognozare a recidivării și persistenței OM însoțită de modelul multidisciplinar al managementului copiilor cu factori de risc. A fost propus și justificat monitoringul selectiv al UM la copii pentru prognoizarea evoluției OM la copii. Particularitățile anatomo-funcționale ale UM și particularitățile evolutive ale OM la copii sunt explicate în baza comparării indicilor clinico-funcționali și modificărilor intraoperatorii. Evaluarea comparativă a eficacității metodelor existente și metodei optimizate de tratament aduce argumente în favoarea tratamentului elaborat.

Problema științifică aplicativă de importanță majoră soluționată: fundamentarea și fortificarea managementului factorii de risc de recidivare și persistență OM la copii, care sunt la baza apariției OM cronice, prin crearea sistemului de monitoring selectiv al urechii medii la copii; favorizarea acțiunilor de prevenire a recidivării și persistenței prin stabilirea profilului de risc al copiilor, crearea modelului multidisciplinar al îngrijirii copiilor la diferite etape de acordare a asistenței medicale.

Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării: prezenta cercetare este în acord cu cadrul actual al strategiilor pentru sănătate publică la nivel global și național, oferind dovezi obiective pentru a asigura sporirea capacității funcționale a sistemului de supraveghere a factorilor de risc pentru recidivare și persistență OM la nivelul asistenței medicale primare în Republica Moldova. A fost precizată și amplificată calitatea de exactitate a fiecărei metode din complexul diagnostic; a fost formulat algoritmul de diagnostic. Au fost evidențiate particularitățile evolutive ale OM la copii în baza comparării caracteristicilor clinico-funcționale și modificărilor intraoperatorii. În baza aprecierii specificului OMR și OMEP la copii a fost elaborată o metodă optimizată, al cărei beneficiu a fost demonstrat prin monitoring și revizie postchirurgicală. A fost elaborat sistemul de management al OM la copii.

Implementarea rezultatelor științifice: Rezultatele au fost utilizate la elaborarea și implementarea Protocolului clinic național *Otită medie acută la copil*, constituind un suport metodologic pentru asigurarea monitoringului copiilor cu factorii de risc ai OMR și OMEP, precum și pentru formarea continuă a medicilor de familie, pediatriilor și medicilor ORL în cadrul Disciplinei de Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”.

ANNOTATION

Diacova Svetlana

Evolution of otitis media in children: specification of diagnosis-curative stages based on clinical-functional monitoring.

Thesis of Habilitated Doctor of Science in Medicine. Chisinau, 2025

The volume and structure of the thesis: introduction, 5 chapters, conclusions and recommendations, 207 pages of basic text, bibliography from 300 sources, 27 tables, 49 figures, 16 annexes.

The research results were published in 110 scientific works.

Key words: otitis media with effusion, recurrent otitis media, middle ear screening in children, tympanostomy.

Research field: pediatric otorhinolaryngology.

The aim of the research: to improve the efficiency of recurrent otitis media (ROM) and persistent otitis media with effusion (POME) management in children by specifying the OM prolonged evolution factors, selective monitoring of middle ear and optimized surgery.

Study objectives: 1. Determination of risk factors of prolonged evolution of OM based on otoscopic-electroacoustic monitoring, depending on the premorbidity: specifying the impact of respiratory and digestive comorbidity; 2. Detailing the evolution-epidemiological trends of OM according to the children's age and evaluation of risk factors of prolonged evolution of OM in 1 y.o. and in 3 y.o. children; 3. Determining and amplifying of diagnostic methods's informativeness depending on child's age; 4. Specifying the OM pathogenetic mechanisms, based on confrontation of otoscopic-electroacoustic and surgical characteristics; 5. Optimization of surgical treatment of recurrent and persistent otitis media; 6. Comparative evaluation of 3 treatment methods effectiveness in OMR and OMEP: two existed and proposed one, using the otoscopic-electroacoustic, audiological, ICV, ISG, postoperative monitoring and the otomicroscopic middle ear (ME) revision; 7. Elaboration of the OM management system, based on otoscopic-electroacoustic selective ME monitoring and staged treatment.

Scientific novelty: evidence-based adjustment of prognostic options for the recurrence and persistence of OM in children accompanied by the multidisciplinary model of the management of children with MRF. The selective monitoring of ME in children was proposed and justified, for prognosis of the OM evolution in children. The anatomical-functional particularities of ME, the specific pathogenesis, the high frequency and the evolutionary features of OM in young children are explained based on the comparison of otoscopic-electroacoustic, clinical and intraoperative indices. The comparative evaluation of the effectiveness of existing and elaborated method of treatment brings arguments in favor of the effectiveness of the elaborated treatment, perfecting the surgical management of OM in children.

The applied scientific problem of major importance solved: substantiating and strengthening the management of risk factors of OM recurrence and persistence in children, which are at the basis of the appearance of chronic OM by creating the system of selective monitoring of the ME in children; favoring actions to prevent OM recurrence and persistence by establishing the risk profile of children, creating the multidisciplinary model of child care at different stages of medical assistance.

Theoretical significance and applied value of the work: this research is in line with the current framework of global and national public health strategies, providing objective evidence to ensure the enhancement of the functional capacity of the surveillance system of major risk factors for recurrence, persistence and chronicity of OM in the level of primary medical care in the Republic of Moldova. The quality and accuracy of each method in the diagnostic complex were specified and amplified, formulating the diagnostic algorithm. Pathogenetic mechanisms of OM in young children were specified based on the confrontation of the otoscopic-electroacoustic and surgical peculiarities. Based on the assessment of the OMR and OMEP specifics in children, an optimized method was developed, the benefit of which was demonstrated by the post-surgical monitoring and revision. The management system of OM in children was developed.

Implementation of the scientific results: the research results were used in the development of the national clinical protocol *Acute otitis media in children*, they are a methodological support for ensuring the monitoring of children with risk factors of OMR and OMEP and for the continuous training of family doctors, pediatricians and ENT doctors within the Discipline of Otorhinolaryngology, *Nicolae Testemițanu* PI SUMPh.

АННОТАЦИЯ

Дьякова Светлана

Эволюция среднего отита у детей: спецификация диагностических и лечебных этапов на основе данных клинико-функционального мониторинга

Диссертация доктора хабилитат медицинских наук. Кишинев, 2025 г.

Объем и структура диссертации: введение, 5 глав, выводы и рекомендации, 207 страниц основного текста, библиография из 300 источников, 27 таблицы, 49 рисунков, 16 приложений.

Результаты исследований опубликованы в 110 научных работах.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, рецидивирующий средний отит, скрининг среднего уха у детей, тимпаностомия.

Область научных исследований: детская оториноларингология.

Цель исследования: повышение эффективности менеджмента рецидивирующего среднего отита (РСО) и персистирующего экссудативного среднего отита (ПЭСО) у детей путем спецификации факторов риска пролонгированной эволюции, селективного мониторинга среднего уха и хирургического оптимизированного лечения.

Задачи исследования: 1. Определение факторов риска пролонгированной эволюции среднего отита на основе оптико-электроакустического мониторинга у детей с различным преморбидным состоянием: спецификация влияния респираторной и пищеварительной коморбидности; 2. Детализация эволюции среднего отита в зависимости от возраста детей и выявление факторов риска пролонгированной эволюции у детей 1 года и у 3-летних детей; 3. Определение и повышение информативности методов диагностики СО в зависимости от возраста детей; 4. Уточнение патогенетических механизмов СО у детей раннего возраста, на основании сопоставления оптико-электроакустических и интраоперационных показателей; 5. Оптимизация хирургического лечения РСО и ПЭСО; 6. Сравнительная оценка эффективности двух существующих и предложенного методов лечения РСО и ПЭСО, на основе оптико-электроакустического, аудиологического, клинического послеоперационного мониторинга и отомикроскопической ревизии среднего уха (СУ); 7. Разработка менеджмента СО у детей на основе селективного оптико-электроакустического мониторинга СУ и этапного лечения.

Научная новизна и оригинальность: обоснована оценка риска рецидивирования и персистенции СО у детей и создания полидисциплинарной модели менеджмента детей с факторами риска. Предложен селективный мониторинг СУ у детей с факторами риска для выявления тенденций к рецидивированию и персистенции. На основе сравнения оптико-электроакустических, клинических и интраоперационных показателей объяснены анатомо-функциональные особенности СУ, особый патогенез, высокая частота и специфика эволюции СО у детей раннего возраста. Сравнительная эффективность существующих и разработанного методов лечения аргументирует преимущества предложенного усовершенствованного варианта хирургического вмешательства при СО у детей.

Значимая научная проблема решенная в исследовании: обоснован и усовершенствован менеджмент факторов риска рецидивирования и персистенции СО у детей, предрасполагающих к хроническому СО, путем осуществления селективного мониторинга СУ у детей, нивелирования факторов риска рецидивирования и персистенции и создания полидисциплинарной модели организации помощи детям на разных этапах.

Теоретическая значимость и прикладная ценность работы: исследование соответствует актуальным стратегическим направлениям общественного здравоохранения, совершенствуя менеджмент факторов риска рецидивов и персистенции СО на уровне первичной медицинской помощи. Уточнена и улучшена информативность диагностического комплекса; создан диагностический алгоритм. На основании сопоставления оптико-электроакустических и интраоперационных данных уточнены механизмы патогенеза СО у детей. На основе выявленной специфики РСО и ПЭСО у детей, предложен оптимизированный метод лечения, преимущества которого продемонстрированы послеоперационным мониторингом и ревизией. Разработана система менеджмента СО у детей.

Внедрение научных результатов: разработка национального клинического протокола «Острый средний отит у детей», методическое обоснование менеджмента СО у детей с факторами риска РСО и ПЭСО и непрерывное обучение семейных врачей, педиатров и ЛОР-врачей в ГУМФ «Николае Тестемицану».

LISTA ABREVIERILOR

ASL-O	Antistreptolizina-o
C	Complianța
CAE	Conductul auditiv extern
CvT	Cavitate timpanică
daPa	Decapascali
dB	Decibel
DP	Disease prevalence
FMA	Fizioterapeutic și chirurgical: miringotomia+adenotomia (Tratament)
Ga	Gradient absolut
GABHS	<i>Group A beta-hemolytic streptococc</i>
Gr	Gradient relativ
ICV	Indicele calității vieții
IE	Indici electroacutici
IÎ	Interval de încredere
IL	Interleukina
IO	Indici otoscopici
IP USMF	Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
ISG	Indicele sănătății generale
LU	Latența undei
MA	Tratament chirurgical: miringotomia+adenotomia
MF	Medicamentos – fizioterapeutic (Tratament)
MT	Membrana timpanică
NPS	Nivelul presiunii sonore
OAE	Otoemisiile acustice evocate
OM	Otită medie
OM:CV-SG	Calitatea vieții și sănătatea generală la copii cu OM (chestionar)
OMA	Otită medie acută
OMR	Otită medie recidivantă (otită medie acută recidivantă)
OME	Otită medie exsudativă
OMEP	Otită medie exsudativă persistentă
ORL	Otorinolaringologie
P	Presiune
PA	Pragul auditiv
PEATC	Potențialele evocate auditiv ale trunchiului cerebral
PC	Postchirurgical
Pg	Picogram ($1 \text{ pg} = 10^{-12}\text{g}$)
PR	Pragul reacției
RF	Rata de frecvență
RRF	Raportul ratei de frecvență
RR	Riscul relativ
SL	Sublotul
TA	Tuba auditivă
TC	Tomografie computerizată
TSA	Timpanostomia +adenotomia (Tratament)
TSMA	Timpanostomia +miringotomia+adenotomia (Tratament)
TT	Tubul timpanostomic
UM	Urechea medie

Diacova Svetlana

**EVOLUȚIA OTITELOR MEDII LA COPII: SPECIFICAREA
ETAPELOR DIAGNOSTIC-CURATIVE ÎN BAZA
MONITORIZĂRII CLINICO-FUNCȚIONALE**

321.16. OTORINOLARINGOLOGIE

Rezumatul tezei de doctor habilitat în științe medicale

Aprobat spre tipar: 21.05.2025
Hârtie ofset. Tipar ofset.
Coli de tipar: 4,0

Formatul hârtiei A 5
Tiraj 50 ex.
Comanda nr. 254

SRL ARTISORO
Chișinău, str. Octavian Goga, 25