

Clinica de pediatrie din Tg.-Mureș (cond.: prof. Gh. Puskás,  
doctor docent în științe)

## DILATAREA CU TUBURI DE MASĂ PLASTICĂ A FOSELOR NAZALE STRICTURATE LA COPII ȘI LA CEI LA CARE REZECȚIA SEPTULUI NAZAL ESTE CONTRAINDICATĂ \*

V. Mulfay, Lucia Horga

În urma unor traumatisme la copii survin de obicei devieri atât de accentuate ale cloazonului, încât împiedică mecanic respirația nazală. Cortegiul simptomatic ce apare în urma obstrucției nazale permanentizate în copilărie, ca tulburările de auz în urma proceselor catarale și supurative otice, respirația orală cu anomalii de dentiție, dezvoltarea vicioasă a scheletului facial și toracic etc. sînt remediabile numai prin restabilirea respirației nazale, condiționată de fose nazale permeabile. Datorită faptului că deviațiile de sept nu se operează înaintea vârstei de 18—20 ani (pentru a evita tulburările de dezvoltare ale scheletului facial și în special al nasului), pînă în prezent eram nevoiți să privim inactivi, chiar ani de zile, suferințele acestor copii, fără să le putem veni în ajutor. Copiii cu deviația gravă a septului nazal erau osîndiți la suferințe îndelungate, iar mai tirziu să poarte toată viața sechelele apărute în urma respirației orale.

Efectuînd dilatarea permanentă a stricturilor esofagiene postcaustice cu sonde de masă plastică (procedeu introdus în clinica noastră de mai mulți ani), am observat că tuburile de masă plastică aplicate prin nas exercită un efect dilatator și asupra foselor nazale. De un timp aplicăm tubul dilatator esofagian chiar prin fosa nazală mai strîmtă cu scopul de a o dilata.

Avînd cîteva cazuri de copii cu obstrucție nazală aproape completă, instalată după fractura cloazonului care susținea respirația orală, ne-am propus să dilatăm fosele nazale stricturate, introducînd tuburi de masă plastică cu calibru crescînd. Pentru realizarea acestui scop trebuiau îndeplinite mai multe condiții: 1. să fie posibilă introducerea tuburilor în fosele nazale strîmtorate, 2. tuburile introduse să fie suficient de bine fixate, ca să nu cadă sau să alunece, putînd fi astfel înghițite sau chiar aspirate accidental de ex. în cursul somnului.

ad. 1. Introducerea este posibilă pentru că fosele nazale, chiar și cele mai strîmte, mai păstrează de obicei un lumen osos; acesta, chiar dacă este înfundat de mucoasa nazală tumefiată sau hipertrofiată, permite introducerea unor tuburi de calibru mic. La început alegem tubul cel mai gros care poate fi introdus fără o forțare remarcabilă. Introducerea propriu zisă se înlesnește prin subțierea extremității tubului, prin rotunjirea vîrfului și prin mișcări de rotație în cursul introducerii.

ad. 2. Fixarea tubului în poziția corectă părea la început mai greu de realizat. După cîteva încercări însă am reușit să elaborăm o metodă de fixare care împiedică cu siguranță alunecarea lui spre faringe. Introducerea concomitent — bilaterală a două tuburi, legate între ele anterior, în fața cloazonului, împiedică alunecarea lor spre faringe (fig. 1). Se realizează un efect estetic foarte bun prin folosirea unor tuburi transparente, necolorate și prin subțierea cît mai mult posibilă a porțiunii de legătură dintre ele.

\* Lucrarea a fost comunicată la U.S.S.M., Secția pediatrie, filiala Tg.-Mureș, la 1. VII. 1964.

Confecționarea tuburilor dilatatoare este foarte simplă, ele se obțin din țevi simple de masă plastică (polietilen sau PVC) cu diferite diametre, fiind croite cu foarfeca de obicei chiar de medic (fig. 1).

Lungimea celor două tuburi este identică și nu depășește orificiul choanal. Porțiunea de legătură trebuie să fie destul de lungă ca să permită ascunderea lor completă în fosele nazale și să nu aibă grosimea peste 1 mm (diametru). Trebuie însă încercat dacă această porțiune nu se rupe ușor (în caz cînd este prea subțire), fiindcă astfel poate favoriza alunecarea spre faringe.

Un tub se păstrează 4—6 zile, după care este schimbat cu unul de calibru mai mare. În general bolnavii suportă bine creșterea calibrului cu 1—2 mm. Sînt tolerate mai greu tuburile dure și cu pereți groși. Nu este admis să introducem tuburi prea groase cu forță. Ele trebuie să intre fără efort în tunelul croit de tubul precedent. Dilatarea se produce mai mult prin îndepărtarea activă a țesuturilor vii de suprafața tubului dilatator și mai puțin prin apăsarea exercitată. Cu cît tubul apasă mai tare (tuburi groase introduse cu forță) cu atît se tolerează mai greu, producînd uneori chiar dureri.

Introducerea lor continuă pînă la obținerea calibrului nazal potrivit, deci pînă la asigurarea unei respirații nazale adecvate.

Prin acest procedeu se poate obține și dilatarea scheletului osos: în același timp are avantajul că după un calibru oarecare respirația nazală este asigurată prin tub însăși.

Tubul bine croit și introdus corect este bine tolerat, fără acuze, chiar și de copiii mici.

Procedeu prezentat a fost aplicat în cursul ultimilor 5 ani la 11 bolnavi (dintre care 2 adulți) și nu s-a observat nici un inconvenient.

*Sosit la redacție: 12 martie 1965.*

### Bibliografie

1. GIRBEA ȘT. și colab.: Oto-rino-laringologie, (1964), Ed. Med. București; 2. MÛLFAY L. SIMION A.: Oto-rino-laringologie (1963), 1, 27.

