

Клиническая симптоматика деформаций перегородки носа у детей

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Брестская детская областная больница»,
УЗ «Брестская областная больница»

Деформация перегородки носа является одной из частых причин нарушения носового дыхания, обонятельной, резонаторной, защитной функций носа, нередко приводит к развитию хронического воспаления слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух, слуховой трубы, среднего уха, к рефлекторным изменениям в различных органах и другим расстройствам в организме. Единственный метод лечения деформаций перегородки носа – хирургический. Нет необходимости доказывать значение носового дыхания для нормального развития организма ребенка и говорить об отрицательном влиянии ухудшения дыхания через нос.

Материал и методы

В ЛОР-отделении УЗ «Брестская детская областная больница» за период с 2003 по 2007 гг. под нашим наблюдением находилось 210 детей с деформациями перегородки носа. Среди общего числа обследованных детей преобладали мальчики (67,6%), тогда как девочки составляли лишь (32,4%). Младшему ребенку было 8 лет, старшему – 17 лет. В зависимости от применяемого метода все дети были разделены на две клинические группы методом случайной выборки. Основную группу составили 180 детей, которым была выполнена септоринопластика с применением аутоотрансплантатов на питающей ножке. Контрольную группу составляли 30 детей. В ней хирургические вмешательства проводились без применения аутоотрансплантатов на питающей ножке. Известно, что в педиатрии возрастные периоды разделяются на ранний детский (до 3-х лет); дошкольный (4-6 лет); школьный (7-14 лет); подростковый (15-17 лет). Однако особенности роста и формирования перегородки носа у детей имеют другие возрастные периоды, связанные с зонами роста, которые определяют морфо-функциональное состояние функций носа и его скелета.

Распределение пациентов по полу и возрастным группам представлено в таблицах 1,2.

Таблица 1. Основная группа

Пол	Возрастные группы			Итого
	7-10 лет	11 -14 лет	15-17 лет	
Мальчики	7	53	63	123
Девочки	3	26	28	57
Всего	10	79	91	180

Таблица 2. Контрольная группа

Пол	Возрастные группы			Итого
	7-10 лет	11 -14 лет	15-17 лет	
Мальчики	3	9	7	19
Девочки	1	5	5	11
Всего	4	14	12	30

В возрасте 7-10 лет было 5,6% детей – 7 мальчиков и 3 девочки. Возрастная группа 11-14 лет составила 43,9%, и состояла из 53 мальчиков и 26 девочек. В группе подростков 15-17 лет было 63 мальчика и 28 девочек, т.е. 50,5%.

Как видно, имеется определенная закономерность в нарастании числа лиц с деформацией перегородки носа, обратившихся для лечения в отделение, с увеличением возраста. В группе 7-10 лет эта патология составляла 3,9% от общего числа, в группе 11-14 лет – 29,4%, а в группе 15-17 лет – 35%. Такая динамика указывает на наличие приобретаемых с возрастом факторов в этиологии деформаций перегородки носа у мальчиков и, вероятнее всего, это факторы физических травм.

У девочек возрастная динамика распространенности деформаций перегородки носа имеет другую закономерность. В возрастной группе 7-10 лет составляет 1,7% от общего числа обследованных детей, в возрастной группе 11-14 лет – 14,4%, и в группе 15-17 лет – 15,6%. Видно, что у девочек вновь приобретенные факторы этой патологии не выявляются, а скорее всего, носят эндогенный характер.

Всем детям перед хирургическим лечением и в различные сроки после него проводили всестороннее обследование общеклиническими и специальными методами исследований. Общеклиническое обследование направлено на изучение общего соматического состояния ребенка, в частности, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, выделительной и нервной систем.

С целью выявления сопутствующих заболеваний, которые могут осложнить или быть противопоказанием для хирургического вмешательства на перегородке носа, дети консультировались у смежных специалистов, а именно педиатра, невролога, стоматолога, окулиста, эндокринолога.

Всем детям назначали необходимый минимум лабораторных исследований: общий анализ крови и мочи, ее свертывающей системы, биохимический состав крови в целях возможности применения общего наркоза.

Диагноз основного заболевания устанавливали на основании жалоб ребенка (чаще со слов родителей), анамнеза, собранного у родителей, и тщательного обследования ЛОР-органов.

Данные анамнеза собранные у родителей, о вероятных причинах деформации перегородки носа у ребенка представлены в таблице 3.

Таблица 3. Основная группа

Причина	Мальчики		Девочки		Всего	
	число	%	число	%	число	%
Травма	81	45	17	9,4	98	54,4
Физиологическая («наследственная»)	39	21,7	15	8,3	54	30
Не выяснена	21	11,7	7	3,9	28	15,6
Итого	141	78,4	39	21,6	180	100

Результаты и обсуждение

Травматический генез деформации перегородки носа не требует пояснений. Под физиологической («наследственной») причиной деформации перегородки носа у ребенка подразумевается эндогенное развитие ее за счет морфо-функциональной асимметрии роста черепа, которая также выражена у родителей (чаще отца) ребенка и его ближайших родственников. Ребенок, унаследованный тип строения черепа и форму носа родителей, также наследует и характерные деформации [1]. В случае исключения травмы и явных признаков наследования деформации, классифицировали

причину как «невыясненную». Видно, что наибольшее число среди причин составляет травма (54,4-56,6%) и физиологическая (26,7-30%) и лишь в 15,6-16,7% причина неизвестна. Дети, живущие длительное время с деформированной перегородкой носа, имеют характерный вид, включающий бледную кожу, астеническое телосложение, иногда килеобразный тип груди, аденоидный тип лица. Внешние проявления аденоидного типа лица: ребенок дышит ртом, нижняя челюсть отвисшая, носогубные складки сглажены, верхняя челюсть удлинена, твердое небо «готического» типа, зубы растут, выходя из пределов альвеолярной дуги. Поведение ребенка заискивающее, привязчивое, зависимое от окружающих.

Таблица 4. Контрольная группа

Причина	Мальчики		Девочки		Всего	
	число	%	число	%	число	%
Травма	13	43,3	4	13,3	17	56,6
Физиологическая (наследственная)	5	16,7	3	10	8	26,7
Не выяснена	2	6,7	3	10	5	16,7
Итого	20	66,7	10	33,3	30	100

При деформациях перегородки носа основными ринологическими жалобами были нарушения носового дыхания и, в случаях деформации наружного носа, наличие косметического дефекта. Остальные жалобы и симптомы являлись сопутствующими для основного заболевания. Одностороннее нарушение носового дыхания было в опытной группе у 143 детей (79,4%), такое же двустороннее встретилось у 37 детей (20,6%), в контрольной – одностороннее – у 23 детей (76,7%), двустороннее у 7 детей (23,3%).

Таблица 5. Типичные внешние признаки при деформации перегородки носа

Наименование признака	Число больных	
	абсолютное	%
Бледность кожных покровов	129	61,4
Астеническое телосложение	82	39
Килеобразная грудь	9	4,3
Аденоидный тип лица	210	100
Неадекватно сублимированное, зависимое поведение	210	100

Степень нарушения носового дыхания может увеличиваться в зависимости от состояния слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, однако ее уменьшения не наблюдается. Важно в диагностическом плане проводить пробу с анемизацией слизистой оболочки полости носа. Несмотря на определенное сокращение ее, затруднение носового дыхания на стороне искривления перегородки носа остается прежним. Определенную роль в затруднении носового дыхания могут играть аденоидные вегетации, но это, как правило, касается двустороннего нарушения носового дыхания. У всех детей с деформацией перегородки носа была отмечена жалоба на повышенную утомляемость. Это является характерным симптомом для данной патологии и связано с определенной дыхательной недостаточностью и ослаблением общего тонуса организма ребенка. Повышенная утомляемость прямо влияет на успеваемость в школе. 172 (81,9%) наблюдавшихся нами ребѐнка школьного возраста не отличались высокими успехами в обучении.

Общим симптомом для детей с деформацией перегородки носа является различной степени выраженности гнусавость (*rinolalia clausus*), отмеченная у 176 детей (83,8%). Причиной этого симптома служит нарушение конфигурации резонансной полости «носоглотка-полость носа», необходимой для нормального колебания столба воздуха при фонации.

Следующей по частоте встречается жалоба на головную боль. В большинстве случаев (168 детей / 80%) головная боль отмечается на стороне затруднения носового дыхания, и лишь в 8,6% (18 детей) головная боль носила разлитой характер. Учитывая характер основного заболевания, можно предполагать, что латерализованные головные боли у детей с искривлением перегородки носа имеют невралгический генез с вовлечением V и VII пары черепно-мозговых нервов, а также сопутствующим синуситом и ринитом.

Риниты и синуситы в анамнезе у обследуемых детей выявлены в 30,5% случаев (64 ребенка). Такой процент сопутствующего поражения околоносовых пазух при искривлении перегородки носа указывает, что лишь определенная степень и форма деформации перегородки носа может вызвать нарушение функции околоносовых пазух. Подобные соотношения имеются и между частыми респираторными заболеваниями и наличием искривления перегородки носа. Частые респираторные заболевания имели 43,8% (92 ребенка) обследованных детей.

Выделения из носа, как симптом раздражения слизистой оболочки полости носа деформированной перегородкой, наблюдались у 83 детей (39,5%). Раздражение слизистой оболочки полости носа, носовых раковин и перегородки, вызывает и такие симптомы, как кашель и выделение мокроты. И то и другое встречается в одинаковом числе случаев по 26 детей (12,4%).

Ряд жалоб из-за их малой распространенности у детей с деформацией перегородки носа нельзя определенно связать с основным заболеванием, однако и исключить такую возможность трудно. К этим жалобам и симптомам относятся частые ангины (8 детей / 3,8%), ночной энурез (3 ребенка / 1%) и бронхоспастические приступы (9 детей / 4,3%). В ряде случаев бронхоспастические приступы проходят после хирургического лечения деформаций перегородки носа.

Прямым следствием деформации перегородки носа являются нарушения обоняния и слуха. Нарушения обоняния возникают в условиях физического воздействия на область обонятельного эпителия деформированными отделами перегородки носа и как следствие гуморально-трофические расстройства. У обследованных детей установленная ольфакторными пробами anosmia была в 12,9% случаев (26 детей). Легкие нарушения обонятельной функции на стороне искривления были практически у всех детей.

Деформация перегородки носа опосредованно, через нарушение морфо-функционального состояния носоглоточного устья слуховой трубы, вызывает нарушения слуха в виде кондуктивной тугоухости. Клинически это проявляется в рецидивирующих или хронических евстахеитах и катаральных средних отитах. Среди обследованных детей воспаление среднего уха в анамнезе было у 74 детей (35,2%), а наличие евстахеита и кондуктивной тугоухости при поступлении в стационар имелось у 71 ребенка (33,8%). При этом у 62 детей (29,5%) имелась односторонняя кондуктивная тугоухость на стороне искривления перегородки носа, а у 9 детей (4,3%) – двусторонняя.

Таблица 6. ЛОР и общая симптоматика у детей с деформацией перегородки носа

№ п.п.	Наименование жалобы или симптома	Число больных	
		Абсолют.	%
1	Стойкое нарушение носового дыхания		
	а) одностороннее	143	79,4
	б) двустороннее	37	20,6
2	Выделения из носа	83	39,5
3	Нарушение обоняния	26	12,9
4	Нарушение фонации	176	83,8
5	Кондуктивная тугоухость		
	а) односторонняя	62	29,5
	б) двусторонняя	9	4,3
6	Цефалгия		
	а) на стороне затруднения носового дыхания	168	80
	б) общая	18	8,6
7	Повышенная утомляемость	210	100
8	Плохая успеваемость в школе	172	81,9
9	Кашель	26	12,4
10	Выделение мокроты	26	12,4
11	Бронхоспастические приступы	9	4,3
12	Частые ангины	8	3,8
13	Частые респираторные заболевания	92	43,8
14	Ночной энурез	3	1
15	Риниты и синуситы в анамнезе	64	30,5
16	Воспаление среднего уха в анамнезе	74	35,2
17	Закрытая гнусавость	176	83,8

Из общего числа 210 детей отмечено 568 сопутствующих заболеваний. Того или другого плана. Основными из этих заболеваний были невралгические головные боли в 65,7% случаев (138 детей); храп в 52,9% (111 детей); нейровегетативная форма вазомоторного ринита в 54,8 % (115 детей); аллергическая форма вазомоторного ринита в 14,8% (31 ребенок); аденоиды 1-2 степени с аденоидитом в 41,4% (87 детей); евстахеит в 33,8% (71 ребенок).

Таблица 7. Заболевания при деформации перегородки носа у детей

Нозологическая форма осложняющего заболевания	Число больных	
	Абсолют.	%
Вазомоторный ринит, нейровегетативная форма	115	54,8
Вазомоторный ринит, аллергическая форма	31	14,8
Хронический гипертрофический ринит	18	8,6
Хронический синусит	23	11
Аденоиды 1-2 ст., аденоидит	87	41,4
Аденоиды 3ст., аденоидит	19	9
Евстахеит	71	33,8
Хронический тонзиллит	12	5,7
Храп	111	52,9
Временные головные боли невралгического характера	131	62,4
Деформация наружного носа	32	15,2
Прочие заболевания	18	8,6
Всего	568	

Клинические анализы крови и мочи у детей, поступающих в стационар на хирургическое лечение деформации перегородки носа, были в пределах нормы. Это связано с тем, что дети до госпитализации проходили санацию выявленных очагов острой или хронической инфекции. Таким образом, согласно представленным данным анамнеза, результатам клинического обследования все больные, включенные в исследование, соответствовали критериям отбора, а группы больных были репрезентативны.

Таким образом следует отметить, что показанием к операции по исправлению деформации носовой перегородки является не само наличие той или иной степени и формы искривления перегородки носа, а наличие определённых клинических нарушений, которые можно поставить в связь с этим анатомическим изменением строения носовой перегородки. Следует считать за ошибку выполнение операций при наличии искривленной перегородки, если она не вызывает нарушения функции носа или других органов и систем, не приводит к развитию заболеваний в них, не способствует предупреждению осложнения или сокращению рецидивов заболеваний. Однако, с другой стороны, даже в тех случаях, когда мы имеем дело с незначительными анатомическими изменениями носовой перегородки, следует планировать операцию для устранения причин заболевания или его рецидивов.

Если хирургическое восстановление носового дыхания у взрослого человека способствует улучшению качества его жизни, то при лечении деформаций носа у детей нашей задачей является еще и создание возможности дальнейшего правильного формирования всех органов и систем растущего организма. Операцию на перегородке носа в детской практике в значительной степени следует рассматривать как профилактическую, которая создает условия для правильного психофизического развития всего организма в целом.

Литература

1. Брагина, Н. Н., Доброхотова, Т. А. Функциональные асимметрии человека. М. 1988. 238 с.
2. Талышинский, А. М., Талышинский, Р. Ш. Возрастные особенности развития перегородки носа у детей // Вестник оториноларингологии. 1999. № 1. С. 19 – 23.
3. Юнусов, А. С. Хирургические вмешательства при деформациях переднего и заднего отделов перегородки носа у детей // Российская ринология. 1999. № 3. С. 19 – 22.
4. Функциональные методы исследования верхних дыхательных путей при профилактических осмотрах рабочих промышленных предприятий: Метод. Рекомендации / Мос. НИИ уха, горла и носа; сост. Д. И. Тарасов, Г. И. Марков, Г. С. Мазетов. Москва, 1980. 11 с