

### ОЗЕНА-ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ РИНИТ. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ

За період з 1971 до 2008 рік було обстежено 338 хворих озеною, з яких жінки склали 80,5% (272 пацієнтів), чоловіки – 19,5% (66 осіб) у віці від 8 до 68 років. Консервативне лікування озени включало антимікробну терапію і препарати заліза; при комплексному лікуванні додатково проводилося хірургічне звуження порожнини носа шляхом введення різних імплантатів під слизову оболонку. При оцінці віддалених результатів за період від 1 до 5 років клінічне одужання спостерігалось у 51 пацієнта (13,2%), значне поліпшення – у 159 (41,3%), помірне поліпшення – у 102 (26,5%), незначне поліпшення – у 46 (12,0%). Комбінований метод лікування озени показав істотно кращі результати і дав можливість отримати у результаті клінічне одужання і значне поліпшення у 66,6% хворих порівняно з 34,5% позитивних результатів у осіб, які лікувалися консервативно.

**Ключові слова:** озена, сидеропенія, клебсієлла озени, «інфікований гипосидероз», лікування, ефективність.

*Робота є фрагментом науково-дослідної тематики кафедри оториноларингології «Розробка та впровадження нових технологій для вдосконалення методів діагностики та лікування захворювань носа, приносних пазух, гортані, трахеї і стравоходу», № державної реєстрації 0103U 4000882.*

В попередньому повідомленні ми обґрунтували з клінічних позицій та за даними лабораторних досліджень власну концепцію патогенезу хронічного атрофічного сморідного риніту і класифікували озену як «інфікований гипосидероз» [2, 5, 6, 9,10]. Проведені нами мікробіологічні та біохімічні дослідження встановили, що у хворих на хронічний атрофічний сморідний риніт одночасно має місце сидеропенія та інфікування порожнини носа клебсієлою озени [8]. Було відмічено, що обидва явища спостерігаються у переважній більшості обстежених пацієнтів, а частота їх виявлення знаходиться у відповідності зі стадією захворюванням, динамікою та активністю патологічного процесу [1, 3, 4, 12]. Все це назаперечно свідчить про те, що ці чинники відіграють важливу, істотну роль в розвитку захворювання і повинні бути рівнозначно враховані при розв'язанні питань патогенезу та лікування озени [7, 11].

**Метою** роботи було обґрунтування, розробка та застосування комплексного методу лікування хворих на озену.

**Матеріал і методи дослідження.** Під нашим спостереженням з січня 1971 до січня 2008 знаходилось 338 хворих на озену, жінок було 272 (80,5%), чоловіків – 66 (19,5%). Вікові характеристики хворих склали великий діапазон з коливаннями від 8 до 68 років. Більшість пацієнтів (245 особи – 72,5% від числа обстежених) перебувало у молодому віці (до 30 років), з них дітей до 15 років було 48 (14,2%). У працездатному періоді знаходились більшість наших пацієнтів – 288 осіб (85,2%). Всім хворим на озену проводилось як загальноклінічне, так і спеціальне оториноларингологічне обстеження, що включало такі методики:

1. Загальноклінічне обстеження: збір анамнезу; оцінка суб'єктивних відчуттів хворого; огляд ЛОР-органів.
2. Спеціальне обстеження: ендоскопічне дослідження носової порожнини; відеоендоскопічне обстеження з проведенням фотодокументування; рентгенографія та спіральна комп'ютерна томографія приносних пазух.
3. Дослідження функціонального стану носової порожнини: ринопневмометрія, сахариновий тест, ольфактометрія.
4. Мікробіологічні дослідження виділень з носової порожнини (визначення наявності клебсієли озени та її чутливості до антибіотиків).
5. Біохімічне вивчення вмісту заліза у сироватці крові.
6. Імунологічні дослідження.
7. Комплексне патоморфологічне дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При плануванні лікарських заходів та методичних підходів враховувались наступні показники: вираженість клінічних проявів озени – стадія захворювання, наявність деформації носових ходів, вікові характеристики, тривалість захворювання, індивідуальні особливості та побажання хворого. В таблиці 1 представлено методи лікування хворих при різних стадіях та клінічних формах ХАСР. Отже, при початковій (першій) стадії захворювання з 58 хворих у більшості з них – 38 пацієнтів (65,5%) – проводилось консервативне лікування і у 20 (34,5%) – комбіноване, яке включало ще й хірургічну рекалібровку носових ходів. Хворих з різко вираженою (явною) формою захворювання лікували переважно комбінованим методом – це 175 пацієнтів, що склало 75,8% від загального числа хворих з другою стадією озени. Умовно-регресивна форма захворювання (третья стадія) потребувала лише консервативного лікування, яке було проведено у всіх (100%) хворих. Головними патогенетичними компонентами як консервативного, так і комбінованого лікування хворих на озену були: антимікробна терапія, що призначалась відповідно до даних мікробіологічних досліджень по виявленню палички Абеля - Левенберга (клебсієла озени)

в кірках і носовому секреті, та терапія препаратами заліза в залежності від біохімічних показників рівня цього елемента в сироватці крові хворих на ХАСР.

Таблиця 1

**Розподіл хворих на озену за стадіями, формами та методами лікування**

Стадія	Клінічна форма	Всього хворих	Консерват. лікування	%	Комбін. лікування	%
1	Початкова	58	38	65,57	20	34,5
2	Явна	231	56	24,2	175	75,8
3	Умовно-регресивна	49	49	100	-	-
	Загалом	338	143	42,3	195	57,7

Перед призначенням антибіотикотерапії ми проводили бактеріологічні дослідження з метою визначення чутливості КО та іншої мікрофлори носа до антибіотиків. Для антибактеріальної терапії нами застосовувались препарати, до яких КО була чутливою в більшості випадків. Це, насамперед, стрептоміцин, що широко використовувався до 1985 року, а в подальшому і в останні роки ми застосовували антибіотики різних груп – цефалоспорини, фторхінолони та інші препарати, використання яких контролювалось відповідними бактеріологічними дослідженнями. З числа сучасних антибіотиків теж виявився препарат, до якого КО була чутлива у більшості хворих. Таким антибіотиком є ципрофлоксацин з групи фторхінолонів. Препарат призначали хворим на озену в щоденній дозі 500-750 мг протягом 3-4 тижнів. Цефтриаксон (препарат з групи цефалоспоринів 3 покоління) ми застосовували найчастіше у дозі 2,0 г. на добу протягом 2-3 тижнів. Тривалість антибіотикотерапії контролювалась даним мікробіологічних досліджень і продовжувалась до санації носової порожнини, тобто до зникнення КО у виділеннях з носа.

При лікуванні сидеропенії у хворих на озену ми провели апробацію різних препаратів заліза. Протягом багатьох років (1970–1997рр.) для ефективного усунення залізодефіцитного стану нами застосовувались препарати розчинного заліза – феррум-лек та ектофер (Ferrum-Leck, Ectofer), як для внутрішньовенного, так і для внутрішньом'язового введення в кількості 2,0-2,5 г на курс лікування. Після появи ефективних таблетованих форм заліза ми застосовуємо сучасні пероральні препарати (особливо у дітей) – «Гардиферон», «Ферроплекс», «Сорбіфер», які призначаються за 0,5-2 години до прийняття їжі, оскільки залізо, яке приймається під час їжі та після неї, дуже погано резорбується в шлунково-кишковому тракті. Вживання пероральних препаратів є довготривалим і продовжується, в середньому, до 3-4 місяців. Розчинне залізо (феррум-лек) нині ми призначаємо тільки для внутрішньом'язового введення впродовж 3-4 тижнів, бо в науковій літературі з'явилися повідомлення, що внутрішньовенне застосування заліза може негативно впливати на функцію нирок. Вказаний курс лікування призводить до підвищення рівня заліза сироватки в середньому на 15 мкг%. Наступне протирецидивний курс залізотерапії призначається через 4-6 місяців і проводиться частіше пероральними препаратами або розчинним залізом в кількості 1,0 – 1,5г. Наступне лікування здійснюється при загостренні процесу під контролем біохімічних досліджень. Серед інших методів консервативного лікування важливе значення ми надавали гігієнічним способам, спрямованим на видалення кірок і патологічного вмісту з носової порожнини. Поряд з цим, застосовували такі традиційні терапевтичні способи, як тканинна та стимулююча біотерапія, вітамінотерапія; використання фізіотерапевтичних, кліматотерапевтичних заходів, дезодоруючих препаратів та інших симптоматичних засобів.

На відміну від консервативного лікування комбінований метод передбачає застосування як терапевтичних засобів – антибіотико- та залізотерапії, так і проведення хірургічного втручання, спрямованого на рекалібровку (звуження) патологічно розширеної носової порожнини. Звуження носових ходів у хворих на озену виконувалось шляхом введення імплантатів в кишені під СО в ділянці носової перегородки, дна та бічної стінки носа. В 1985 році нами було отримано авторське свідоцтво на новий метод хірургічного лікування озени з використанням консервованої твердої оболонки. Цей хірургічний метод був удосконалений, що відображено новим патентом «Спосіб хірургічного лікування хворих на озену». Особливістю запропонованого методу є те, що імплантати вводять не лише в ділянку носової перегородки та дна носа, а, по-перше, розташовують їх, головним чином, в задній, найбільш розширеній, частині носової порожнини і, по-друге, формують на бічній стінці носа задній відділ нижньої носової раковини, який у випадках явної озени (2 стадія) практично відсутній. В якості імплантатів використовувались наступні матеріали: фторопласт-4 (тефлон) – у 80 випадках, консервована тверда мозкова оболонка – 85 хворих, консервований реберний гомохрящ – 17 і реберний аутохрящ у 13 пацієнтів. Для відновлення заднього відділу нижньої носової раковини в утвореній в цій ділянці бічної стінки носа підслизовій кишені розміщується згорток чи трубка, складені з твердої мозкової оболонки, або допоміжний хрящовий імплантат. Обов'язковою умовою «приживлення» імплантатів в підслизових тунелях (кишенях) є збереження цілісності СО; введені матеріали повинні бути повністю покриті СО, не виходити за край хірургічного розтину і не щільно заповнювати всю порожнину кишені, щоб СО не була натягнутою. З метою запобігання утворення гематом та сером навколо імплантатів розріз СО не слід зашивати, а після проведеного хірургічного втручання всю носову порожнину необхідно щільно тампонувати на дві-три доби.

**Оцінка віддалених результатів лікування хворих на хронічний атрофічний сморідний риніт.** Ми проводили спостереження і оцінювали результати консервативного та комбінованого лікування хворих безперервно протягом майже 40 років, але систематичний контроль й обстеження хворих виконувались в основному в період до 5 років з моменту звертання хворого до ЛОР-клініки.

Як свідчить результати обстеження хворих застосування консервативного лікування дало такі результати: клінічне одужання – у 7 хворих (5,7%), значне покращення – у 36 (29,3%), помірне покращення – у 48 (39,0%), незначне покращення у 21 (17,1%). Не з'явилося для контрольного обстеження 11 пацієнтів (8,9%). При проведенні комбінованого лікування клінічне одужання було виявлено у 34 хворих (18,1%), значне покращення – у 92 (48,9%), помірне покращення – у 35 (18,6%), незначне покращення – у 15 (8,0%); результати не були з'ясовані щодо 12 пацієнтів (6,4%). Порівняння результатів консервативного та комбінованого лікувань показало, що вони значно відрізняються, особливо при підрахунку кращих наслідків – клінічного одужання та значного покращення, які в першій групі хворих склали разом 34,9%, а в другій – 67,0%. Загальна ефективність проведеного нами лікування 311 хворих на озену у відзначені строки (від 1 до 5 років) була такою: клінічне одужання відмічено у 41 пацієнта (13,2%), значне покращення – у 128 (41,1%), помірне покращення – у 83 (26,7%), незначне покращення – у 36 (11,6%); результати не були з'ясовані щодо 23 осіб (7,4%). Всі представлені нами результати ефективності консервативного та комбінованого лікування, які наведені в таблицях, були підтверджені даними лабораторних досліджень, продемонстровані відеоендоскопічними картинами та проведеними функціональними дослідженнями – ринопневмометрії, ольфактометрії, визначення стану мукоциліарного кліренса та змінами їх значень і показників при відповідних клінічних результатах ефективності лікування хворих.

#### Висновки

1. У хворих на хронічний атрофічний сморідний риніт одночасно мають місце порушення обміну заліза та інфікування порожнини носа клебсіелою озени, частота виявлення яких знаходиться у відповідності зі стадією озени та активністю патологічного процесу.
2. На підставі результатів власних бактеріологічних, біохімічних і клініко-морфологічних досліджень та аналізу літературних даних патогенез хронічного атрофічного сморідного риніту визначено як «інфікований гіпосидероз», де в розвитку захворювання первинним (фоновим) процесом постають порушення обміну заліза з наступним інфікуванням порожнини носа клебсіелою озени.
3. При початковій (першій) стадії захворювання необхідно застосовувати переважно консервативне лікування, яке включає антимікробну терапію та залізо терапію. Хворим з різко вираженою (явною формою захворювання) слід призначати переважно комбінований спосіб, що поєднує консервативну терапію та хірургічну рекалібровку носових ходів. Умовно-регресивна форма захворювання (третя стадія) потребує консервативного лікування.
4. При оцінці відділених результатів у строки до 5 років клінічне одужання спостерігалось у 51 пацієнта (13,2%), значне покращення – у 159 (41,3%), помірне покращення – 102 (26,5%), незначне покращення – у 46 (12,0%). Комбінований метод лікування озени дозволив отримати в цілому клінічне одужання та значне покращення у 66,6% пролікованих хворих, порівняно з 34,5% позитивних результатів у хворих, які були проліковані консервативно.
5. Згідно з результатами проведених досліджень та виходячи з власної концепції патогенезу озени, у повсякденній клінічній практиці слід застосовувати консервативні і комбіновані методи лікування цього захворювання, що слід враховувати при розробці положень доказової та страхової медицини. При хірургічній рекалібровці носових ходів, згідно запропонованого нами удосконалення, необхідно виконувати відновлення атрофованих задніх відділів нижніх носових раковин шляхом введення відповідних імплантатів в задньо-бічний ділянку носової порожнини.

#### Література

1. Бикбаева А.И. К этиологии й патогенезу озены: автореф. дис. на соискание ученой ступени доктора мед. наук: спец. 14.01.19 «Оториноларингология»./ А.И. Бикбаева. - М. - 1969.- 24с.
2. Видиборець С.В. Залізодефіцитна анемія в клініці внутрішніх хвороб: метаболічні порушення та їх корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук.: спец. 14.01.19 «Оториноларингология» / Видиборець С.В. - АМН України. Ін-т гематології та трансфузіології. -К., 2004.- 36 с.
3. Гайдукова С.М. Залізодефіцитна анемія / С.М. Гайдукова, С.В. Видиборець, І.В. Колесник // К. - Науковий світ. - 2001. - 131 с.
4. Гробштейн С.С. Комплексное лечение генуинной озены железосодержащими препаратами и аэроионизацией отрицательного знака / С.С. Гробштейн, Е.А Дембо // Клин. аспекты ЛОР-заболеваний. - Ленинград. - 1975. - С. 182-188.
5. Зарицкий Л.А. Озена. / Л.А. Зарицкий, К.М. Губина // Киев.- «Здоров'я».- 1977.- 96с.
6. Ибрагимов Р.Т. Опыт лечения больных атрофическим ринитом и озены ферроцероном / Р.Т. Ибрагимов, И.И. Мартыненко // Актуальные вопросы оториноларингологии. Ташкент. - 1976.- С. 37-41.
7. Красильников А.П. Дифференциальная диагностика озены, атрофической формы склеромы и хронического атрофического Ринита / А.П. Красильников, М.В. Мякинникова, И.А. Крылов // Вестн. оториноларингологии. – 1976. - №2. – С. 39-42.
8. Крылов И.А. Чувствительность клебсиеллы склеромы и озены к антибактериальным препаратам / И.А. Крылов, Н.А. Израитель // Проблемы бактериологии и иммунологии. - Минск. – 1999. - С. 31-35.
9. Остроухова Т.М. Использование железосодержащих препаратов для лечения озены / Т.М. Остроухова, З.А.

Дембо // Тезисы докл. Научной сессии посв.итогам научн.деят.коллектива ин-та в 1964 г. (НИИ переливания крови). - Л.- 1965.- С.94-95.

10. Петряков В.А. Клинико-лабораторные исследования у больных озеной и эффективность комплексного консервативного лечения: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.01.19 «Оториноларингология» / В.А. Петряков - Киев. – 1978.- 26с.

11. Chronic atrophic rhinitis and Klebsiella ozaenae infection /Articles F, Bordes A, Conde A. [at all.] // Enferm Infecc Microbiol Clin.- 2000.- Jun-Jul. -18(6).- P.299-300. Spanish.

12. Chronic nasal infection caused by Klebsiella rhinoscleromatis or Klebsiella ozaenae: two forgotten infectious diseases / Botelho-Nevers E, Gouriet F, Lepidi H. [at all.] // Int J Infect Dis. – 2007. - Mar 2. – P. 124-127.

Резюме

**ОЗЕНА-ХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ  
РИНИТ. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ  
Васильев В.М.**

За период с 1971 до 2008 год было обследовано 338 больных озеной, из которых женщины составили 80,5% (272 пациентов), мужчины – 19,5% (66 лиц) в возрасте от 8 до 68 лет. Консервативное лечение озены включало антимикробную терапию и препараты железа; при комплексном лечении дополнительно проводилось хирургическое сужение полости носа путем введения различных имплантатов под слизистую оболочку. При оценке отдаленных результатов за период от 1 до 5 лет клиническое выздоровление наблюдалось у 51 пациента (13,2%), значительное улучшение – у 159 (41,3%), умеренное улучшение – у 102 (26,5%), незначительное улучшение – у 46 (12,0%). Комбинированный метод лечения озены показал существенно лучшие результаты и дал возможность получить в итоге клиническое выздоровление и значительное улучшение у 66,6% больных в сравнении с 34,5% положительных исходов у лиц, которые лечились консервативно.

**Ключевые слова:** озена, сидеропения, клебсиелла озены, «инфицированный гипосидероз», лечение, эффективность.

Стаття надійшла 5.08.2011 р.

**OZENA-CHRONICAL ATROPHYCAL RINITIS.  
COMPLEX THERAPY OF PATIENTS  
Vasilyev V.M.**

During the period from 1971 to 2008 338 ozena patients were examined, among them there were 80.5% of women (272 persons), men - 19.5% (66) ranging in age from 8 to 68 years. In line with this concept of ozena pathogenesis reasonably conservative and combined methods of ozena patients treatment were developed and implemented in practice. The technique of surgery recalibration of widening nasal meatus with the restoring of back ends of atrophic inferior turbinates with special implants was improved. In assessing the remote results in terms ranging from 1 to 5 years of clinical recovery were observed in 51 patients (13.2%), a significant improvement - from 159 (41.3%), moderate improvement - from 102 (26.5%), a slight improvement - from 46 (12.0%). Combined therapy of ozena showed better results and gave an opportunity to get in clinical cure and a significant improvement from the 66.6% of patients, compared with 34.5% of positive outcomes in patients who were treated conservatively.

**Key words:** ozena, sideropeniya, Klebsiella of ozena, «infected hyposiderosis», treatment and efficiency.

УДК: 616.24-002.5-089

К.К. Воробушко, М.Г. Бойко, Г.Д. Сухожлий, В.А. Вороний, Л.В. Висун  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

**ВИКОРИСТАННЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

У статті представлений клінічний випадок застосування пневмоперитонеуму (ПП) при мультирезистентному туберкульозі. Використання при тривалій поліхіміотерапії ПП покращило результати лікування – припинилось бактеріовиділення та загоїлась каверна.

**Ключові слова:** легені, мультирезистентний туберкульоз, пневмоперитонеум, поліхіміотерапія.

*Робота є фрагментом комплексних наукових досліджень кафедри фтизіатрії з дитячою хірургією ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики» № держреєстрації 0110U8151.*

Туберкульоз (ТБ) в Україні є складною медичною та соціальною проблемою. Особливістю епідемії ТБ в сучасних умовах стали велика питома вага деструктивних форм, первинна та вторинна медикаментозна резистентність, високий рівень супутньої патології, зараження ТБ людей переважно від 20 до 40 років. Збільшується кількість хворих з деструктивними формами ТБ та двобічним ураженням легень. У таких хворих інтенсивна протитуберкульозна хіміотерапія є малоефективною, а поширеність туберкульозного процесу не дає можливості проводити оперативне лікування [5, 8, 13]. Тому все більш актуальними в лікуванні ТБ стають