

В.М. ВАСИЛЬЄВ

## ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОЗЕНУ

(ПОВІДОМЛЕННЯ 1 – ОБҐРУНТУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ  
МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ)

Каф. оториноларингології (зав. – Засл. діяч науки і техніки України,  
проф. Ю.В. Мітін) НМУ ім. О.О. Богомольця

Озена – атрофічний сморідний риніт – це тяжке хронічне захворювання, лікування при якому до цього часу складає значні труднощі і тому є актуальною проблемою сучасної ринології. Низька ефективність лікування пов'язана насамперед з відсутністю загальноприйнятої теорії озени та методичних підходів до розв'язання цього питання. Більшість існуючих нині способів є емпіричними, симптоматичними і не враховують ряду суттєвих змін в організмі хворих, які мають вирішальне значення в патогенезі озени (Н.А. Паутов, 1963). В зв'язку з цим деякі автори рекомендують при озені застосування комплексного методу терапії (Л.А. Зарицкий, К.М. Губина, 1977).

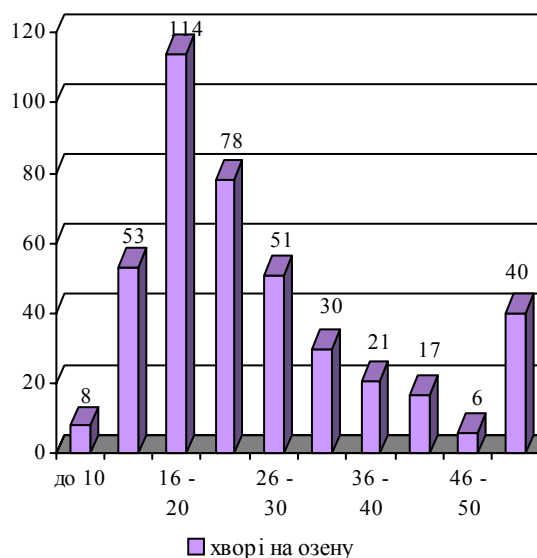
**Мета роботи** – вивчити особливості клінічного перебігу озени на сучасному етапі та обґрунтувати патогенетично обумовлені головні напрямки комплексного лікування хворих.

### Матеріали та методи

Всі наші спостереження, обстеження та лікування хворих на озену були проведені в ЛОР-відділенні Центральної клінічної лікарні м. Києва (ЦМКЛ), що є головною базою кафедри оториноларингології Національного медичного університету ім. акад. О.О. Богомольця (НМУ). Вивчення проблеми озени було започатковано проф. І.А. Куриліним, який виконав перші хірургічні втручання з рекалібровки порожнини носа у хворих на озену в 1963 р. і доручив розробку цих питань спочатку асистенту М.Ф. Федуну. З квітня 1966 р. і до нинішнього часу всі дослідження та лікування хворих на озе-

ну були виконані автором представленої роботи.

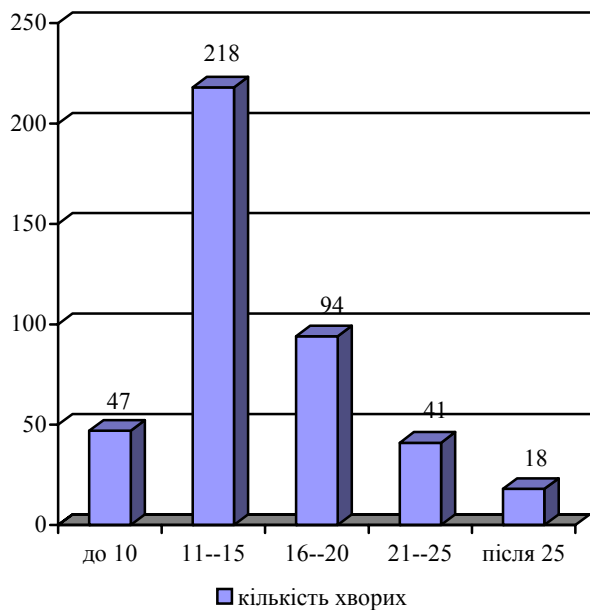
Під нашим спостереженням з квітня 1966 до квітня 2006 р. знаходилось 418 хворих на озену, з них жінок – 336 (80,4%), чоловіків – 82 (19,6%). Більшість пацієнтів (296 осіб – 70,8%) були в молодому та працездатному віці (від 10 до 30 років) (графік 1).



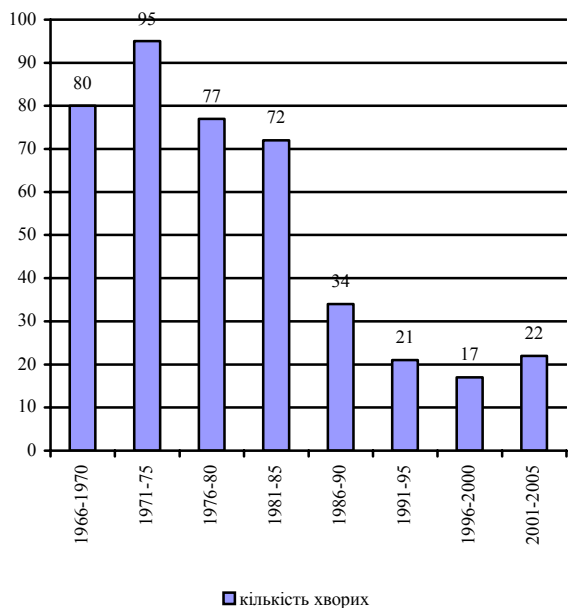
Графік 1. Розподіл хворих на озену за віком.

Переважає більшість авторів повідомляє, що озена частіше всього виникає в період статевого дозрівання. Наші дані також підтверджують цю точку зору, і на графіку 2 показані строки виникнення хвороби у обстежуваних нами пацієнтів.

На графіку 3 показана динаміка звертань в ЛОР-клініку НМУ хворих на озену за вказаний час по 5-річним періодам.



Графік 2. Динаміка строків виникнення озе-ни у обстежених хворих.



Графік 3. Розподіл хворих по роках звер-тання в ЛОР-клініку НМУ.

Як свідчать дані, представлені на діаграмі, число звертань хворих на озену за останні 20 років значно зменшилось, що, з нашої точки зору, пов'язано з покращанням життєвих умов та матеріального стану насе-

лення, а це в свою чергу потенційно обумовлює зменшення кількості людей з наявністю сидеропенії. Порівняння цих даних з оцінкою виникнення захворювання переважно в період статевого визрівання свідчить на підтримку нашої концепції патогенезу озеи, яку ми називаємо інфікованим гіпосидерозом (В.М. Васильєв, 2003).

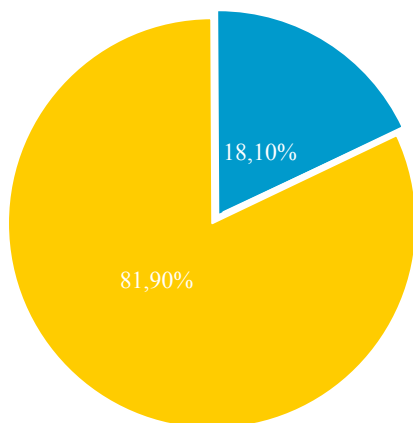
### **Результати досліджень та їх обговорення**

Для обґрунтування та розробки патогенетичних методів лікування хворих на озену нами були проведені бактеріологічні та біохімічні дослідження. Нині загально-відомо, що збудником озеи є паличка Абеля-Левенберга – клебсієла озеи, яка, за даними літератури, виявляється у переважної більшості хворих (А.П. Красильников и соавт., 1974; Artiles et al., 2000) і складає в середньому 83,8% (Л.А. Зарицкий, К.М. Губина, 1977). Ми провели власні мікробіологічні дослідження патологічного вмісту носової порожнини у хворих на озену і виділили клебсієлу Абеля-Левенберга у 342 з 418 пацієнтів, що складало 81,9% (графік 4).

Отримані дані наочно свідчать про необхідність застосування антимікробної терапії при лікуванні хворих на озену.

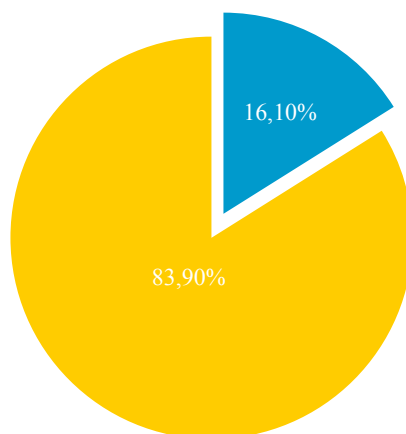
При біохімічних дослідженнях у всіх пацієнтів проводилось визначення вмісту заліза в сироватці крові. Для цього використовувались 2 методики: з 1966 до 1986 року визначення проводилось О-фенантроліновим способом за методикою Гельмеєра-Плотнера, а з 1987 р. – спектрофотометричним методом. Норми становили: для чоловіків –  $78 \pm 3,8$  мкг%, для жінок –  $67 \pm 3,9$  мкг% (перший метод);  $12,5-27,7$  мкмоль/л – для чоловіків і  $9,84-25,1$  мкмоль/л – для жінок (другий метод).

У 309 хворих на озену (73,9%) вміст заліза в сироватці крові був статистично значно меншим, ніж у здорових людей, і становив в середньому, за даними перших досліджень, у чоловіків –  $43 \pm 2,5$  мкг%, у жінок –  $38 \pm 2,8$  мкг%, а за останніми показниками – 10,4 (чоловіки) і 8,3 мкмоль/л (жінки) при середньостатистичних показниках – 19,3 і 14,3 мкмоль/л (відповідно) (графік 5).



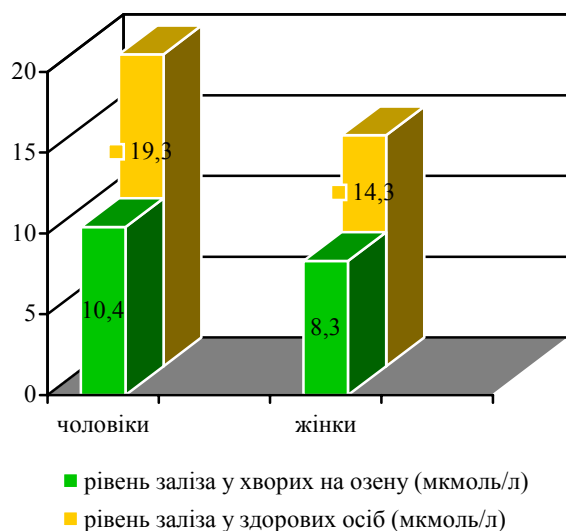
■ не висіяна ■ висіяна

За власними даними



За даними літератури

Графік 4. Частота виділення клебсієли озени при мікробіологічних дослідженнях патологічного вмісту носової порожнини у хворих на озену.



■ рівень заліза у хворих на озену (мкмоль/л)

■ рівень заліза у здорових осіб (мкмоль/л)

Графік 5. Вміст заліза у сироватці крові у хворих на озену і здорових осіб.

Як свідчать роботи гематологів, негемоглобінне залізо сироватки крові є транспортним і знаходиться в тісній взаємодії з усіма видами активного заліза в організмі (А.И. Германов, 1957, Е.А. Гуляев, 1959). Визначення його вмісту в сироватці крові дозволяє отримати інформацію як про стан обміну та резервів заліза, так і про функціональну діяльність кісткового мозку. В той же час між рівнем заліза сироватки крові, з одного боку, та числом еритроцитів, процентною кількістю гемоглобіну, з друго-

го боку, відповідної залежності немає (Л.П. Бушмелева, 1961). Більш того, дефіцит заліза в організмі може бути і при нормальній кількості гемоглобіну та еритроцитів (Р.А. Марцышевская, 1964), бо функція гемоглобіноутворення є найголовнішою в обміні заліза і може продовжуватись задовільно майже до повного зникнення запасів цього елемента в організмі. Тому нормальний вміст гемоглобіну та еритроцитів в крові хворого не є доказом порушення обміну заліза і не може бути протипоказанням для призначення залізотерапії. Отже, рівень заліза в сироватці крові є найбільш достовірним показником обміну заліза в організмі хворого і свідченням наявності чи відсутності у нього залізодefіцитного стану – сидеропенії.

Таким чином, проведені нами біохімічні дослідження свідчать про те, що у хворих на озену має місце статистично достовірне зниження вмісту заліза в сироватці крові, причому було виявлено наявність чіткої кореляції між рівнем заліза та ступенем активності патологічного процесу. Ці паралелі полягали в тому, що частіше всього порушення обміну заліза визначалось у осіб з початковими проявами озени та у пацієнтів з різко вираженими ознаками і значно рідше – при регресивних формах хвороби у людей старшого віку. Отримані дані є ще одним підтвердженням наявності у хворих на озе-

ну явищ гіпосидерозу, які вперше виявив і описав в 1960 р. угорський дослідник Іван Бернат, а в подальшому вони були також відмічені багатьма авторами (Т.М. Остроухова, Е.А. Дембо, 1964, 1971; В.М. Васильєв, 1968, 1970, 1982, 2003; И.Г. Дердирова, 1970, 1973; С.С. Гробштейн, Е.А. Дембо, 1975; Р.Т. Ибрагимов, И.И.Мартиненко, 1976; В.А. Петряков, 1976, 1978; Akhnoukh, Soad, 1987; Zakrzewski, 1993). Наявність при озені явищ сидеропенії свідчить про необхідність застосування препаратів заліза в лікуванні хворих, оскільки порушення обміну заліза і недостача його в організмі не може бути ліквідована ніяким іншим засобом чи препаратом, крім цього елемента.

Співставлення результатів бактеріологічних та біохімічних досліджень показало, що у хворих на озену одночасно визначається наявність залізодефіцитного стану (гіпосидероз, сидеропенія) та інфікування порожнини носа клебсієлою Абеля-Левенберга. Порівняння цих даних з інтерпретацією клінічних даних відносно розповсюдженості озени та строків виникнення захворювання переважно в період статевого визрівання свідчить на підтримку нашої концепції патогенезу озени, яку ми називаємо інфікованим гіпосидерозом (В.М. Васильєв, 2003).

Необхідність надання хірургічної допомоги хворим на озену обумовлена насамперед тим, що в носовій порожнині розвивається тяжкий дистрофічний процес, який викликає грубі морфологічні зміни всіх тканин носа – слизової оболонки, хрящових та кісткових структур. Внаслідок цього носові раковини атрофуються і порожнина носа значно розширюється, що викликає порушення циркуляції повітря, затримку носового секрету і прискорює процес висихання слизової оболонки порожнини носа, тобто утворюється патологічне коло – чим значніші прояви хвороби, тим більша деформація носової порожнини і, відповідно, чим ширші носові ходи, тим тяжчий перебіг захворювання. Тому протягом всієї історії вивчення озени багато авторів спрямовували свої зусилля на відновлення нормальних фізіологічних топографо-анатомічних стру-

ктур носа і проводили хірургічне лікування хворих.

Використовуваний нами спосіб хірургічного лікування хворих на озену передбачає звуження носових ходів шляхом імплантації різних матеріалів під слизову оболонку порожнини носа в ділянці носової перегородки, дна та бічної стінки носа. Слід відмітити, що означена методика належить якраз до найбільш ранніх способів і в сучасній хірургічній практиці метод отримав розповсюдження як спосіб Еккерт-Мебіуса. Цей метод своєю відносною простотою і ефективністю дуже сподобався як вітчизняним, так і зарубіжним дослідникам, які почали його широко застосовувати і досі використовують при хірургічному лікуванні хворих на озену. В якості імплантатів підсаджують під слизову оболонку порожнини носа найрізноманітніші ауто-, гомо-, та гетероматеріали. До переваг цього методу слід також віднести те, що трансплантат, розміщений під слизовою оболонкою порожнини носа, не тільки зменшує розширені носові ходи, але є одночасно постійним подразником нейрорецепторного апарату слизової оболонки та біологічним стимулятором, що неодмінно покращує трофічні процеси в тканинах носа, підвищує загальну реактивність організму, тому використання вищезгаданих імплантатів має патогенетичну спрямованість.

Таким чином, проведені нами клінічні та лабораторні дослідження – бактеріологічні по виявленню клебсієли озени в носовому секреті та біохімічні – по визначенню вмісту заліза в сироватці крові – дозволили сформулювати три головних компонента патогенетичного лікування хворих. Перший напрямок – це антимікробна антибіотикотерапія, спрямована на елімінацію можливого збудника хвороби – клебсієли Абеля-Левенберга; другий – застосування препаратів заліза для усунення залізодефіцитного стану – сидеропенії і третій – хірургічна рекалібровка, звуження патологічно розширених носових ходів шляхом введення під слизову оболонку порожнини носа різних ауто- та гомоімплантатів.

1. Бернат И. Значение гипосидероза в патогенезе озены. – Будапешт, 1966. – 149 с.
2. Бушмелева Л.П. О содержания меди и железа в сыворотке крови у здоровых людей и при заболеваниях системы крови // Педиатрия. – 1961. – №7. – С. 8-13.
3. Васильев В.М. Комплексне лікування озени // Матеріали звітної наук. конф. аспірантів Київ. медінституту. – Київ, 1968. – С. 20-21.
4. Васильев В.М. Комплексное лечение больных озеной: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1970. – 19 с.
5. Васильев В.М. Обґрунтування патогенетичного лікування хворих на озену // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №5-с. – С. 9.
6. Германов А.И. Диагностическая ценность исследования негемоглобинного железа сыворотки крови // Клини. мед. – 1957. – Т. 21, №8. – С. 50-56.
7. Гробштейн С.С., Дембо Е.А. Комплексное лечение генуинной озены железосодержащим препаратом и аэроионизацией отрицательного знака // Клини. аспекты ЛОР-заболеваний. – Ленинград, 1975. – С. 182-188.
8. Гуляев Е.А. Негемоглобинное железо сыворотки и общее железо крови у здоровых людей // Тер. архив. – 1959. – Т. 1/31, №11. – С. 65-69.
9. Дердирова И.Т. Содержание церулоплазмينا, железа и насыщенность трансферина в крови у больных озеной // Биологическая роль микроэлементов и их применение в сельском хозяйстве и медицине // Тез. докл. VI Всесоюзного совещания. – Ленинград, 1970. – Т. 2. – С. 263-264.
10. Дердирова И.Т. Уровень железа в сыворотке крови больных озеной // Труды Ленинградского НИИ по болезням уха, горла, носа и речи. – 1973. – Т. 17. – С. 28-33.
11. Зарицкий Л.А., Губина К.М. Озена // Киев: Здоров'я, 1977. – 96 с.
12. Ибрагимов Р.Т., Мартыненко И.И. Опыт лечения больных атрофическим ринитом и озены ферроцероном // Актуальные вопросы оториноларингологии. – Ташкент, 1976. – С. 37-41.
13. Красильников А.П., Мякинникова М.В., Крылов И.А. Озена. Этиология, иммунология, патогенез. – Минск, 1974. – 128 с.
14. Курилин И.А., Васильев В.М. Комплексный метод лечения больных озеной // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – №3. – С. 1-9.
15. Марцышевская Р.Л. Клинико-лабораторные параллели при железодефицитных анемиях // Лаб. дело. – 1964. – №2. – С. 645-649.
16. Остроухова Т.М., Дембо Е.А. Дальнейшие наблюдения по применению железосодержащих препаратов для лечения озены // Материалы итоговой научной сессии института 9-10 апреля 1968 года (Ленинградский НИИ гематологии и переливания крови). – Ленинград, 1968. – С. 56-57.
17. Остроухова Т.М., Дембо З.А. Использование железосодержащих препаратов для лечения озены. Тезисы докл. научной сессии, посв. итогам научн. деят. коллектива Ин-та в 1964 г. (НИИ переливания крови) // Л., 1965. – С. 94-95.
18. Паутов Н.А. Озена. // Многотомное руководство по оториноларингологии. – 1963. – Т. 3. – С. 85-120.
19. Петряков В.А. Содержание железа у больных озеной: Здравоохранение Белоруссии. – 1976. – №6. – С. 83-84.
20. Петряков В.А. Клинико-лабораторные исследования у больных озеной и эффективность комплексного консервативного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1978. – 26 с.
21. Akhnoukh S, Saad EF. Iron-deficiency in atrophic rhinitis & scleroma // Indian J. Med. Res. – 1987. – №85. – P. 576-579.
22. Artiles F., Bordes A., Conde A., Dominguez S., Ramos J.L., Suarez S. Chronic atrophic rhinitis and Klebsiella ozaenae infection // Enferm. Infec. Microbiol. Clin. – 2000. – 18(6). – 299-300. Spanish.
23. Zakrzewski J. On the etiology of systemic ozena // Otolaryngol. Pol. – 1993. – 47(5). – P. 452-458.

Надійшла до редакції 03.12.07.

© В.М. Васильев, 2007

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЗЕНОЙ

*Васильев В.М. (Киев)*

### *Резюме*

Приведены данные бактериологических и биохимических исследований у 418 больных озеной: клебсиелла Абеля-Левенберга выделена у 342 (81,9%) из них, содержание железа в сыворотке крови у 39 (73,9%) было статистически значительно меньшим, чем у здоровых людей, и составляло в среднем у мужчин 10,4 мкмоль/л, у женщин – 8,3 мкмоль/л. Обнаружение железодефицитного состояния (гипосидороз) и инфицирование полости носа клебсиеллой озены свидетельствуют о том, что у таких больных необходимо проводить антимикробную терапию и применять препараты железа. При комплексном лечении, кроме консервативной терапии, рекомендуется производить хирургическую рикалибровку (сужение) патологически расширенных носовых ходов путем введения под слизистую оболочку полости носа разных ауто- и гомоимплантатов.

## DISTANT RESULTS OF CONSERVATIVE AND COMPLEX TREATMENT OF SUBJECTS WITH OZENA

*Vasilev V.M. (Kiev)*

### *Summary*

The presented data of bacteriological and biochemical studies in 418 subjects with ozena: klebsiella of Abel-Levenberg was in 342 (81.9%), iron in blood serum in 39 (73.9%) was statistically insignificant than in health people and was in male 10.4 mkmol/l, in female – 8.3 mkmol/l. The revelation of the iron deficiency state (hyposiderosis) and palate infection with klebsiella ozena witnessed that such subjects should get antimicrobial therapy and iron medication. With the help of complex treatment, besides the conservative therapy, surgical recalibration of pathological widen nose ways with the help of different auto- and homoimplants injections is recommended.

## ІНФОРМАЦІЯ

Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.І. Коломійченка АМН України»  
Головний військовий клінічний госпіталь МО України, клініка отоларингології

**7-12 квітня 2008 р.**  
**проводять курси по ендоскопічній ринохірургії**

### **Тижневі курси включають лекції:**

- по ендоскопічній анатомії, фізіології носа та біляносових пазух;
- знайомство з ендоскопічною апаратурою та інструментарієм; стандартною технікою ендоскопічних операцій в порожнині носа і біляносових пазух;
- демонстрації операцій;
- КТ та МРТ в діагностиці захворювань носа та біляносових пазух.

Кількість місць обмежена.

**Вартість курсів: 2000 грн.**

Оплата проводиться на рахунок Добродійного фонду підтримки і розвитку охорони здоров'я військовослужбовців, код 22949414 р/р 26000300000513 в Київський міський філії АКБ "Укрсоцбанку" в м. Київ, МФО 322012.

Оплата може здійснюватися по прибутті на курси.

**Заявки та довідки:** Україна, 01133, м. Київ, вул. Госпітальна, 18,  
Головний військовий клінічний госпіталь МО України,  
ЛОР-клініка, Шербул Валерій Іванович.  
Тел.: (044) 522 83 58; e-mail: Sherbul@mail.ru