

В.М. ВАСИЛЬЄВ

**ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА
КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОЗЕНУ**
*(Повідомлення 2: клініко-лабораторна класифікація озени,
патогенетичні терапевтичні методи лікування хворих)*

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

При проведенні клінічних та лабораторних досліджень більшість авторів дотримуються класифікації В.П. Ніколаєвської (1955), яка розподілила класичні прояви озени – кірки, запах, атрофію – в залежності від їх інтенсивності на 4 ступеня. Я.С. Абрамавічюс (1969), Л.А. Зарицький, К.М. Губіна (1977) знаходили у обстежуваних хворих елементи послідовності, стадійності і виділяли не ступені, а стадії озени. А.П. Красильников та співавтори (1974) використовували обидва терміни – стадії і ступені хвороби. Але ці класифікації виходять лише з оцінки візуальних симптомів озени, не враховуючи даних бактеріологічних досліджень по виявленню клебсієли озени, показників вмісту заліза в сироватці крові у пацієнтів, патоморфологічних змін тканин носа та результатів функціональних досліджень. Слід зазначити, що в останні десятиріччя клінічний перебіг озени дещо змінився: хворі з розповсюдженою, різко вираженою формою озени зараз зустрічаються рідше, і навпаки, часто виявляються пацієнти із залишковими ознаками хвороби. В зв'язку з цим постала необхідність деталізувати і розподілити клінічні прояви озени з визначенням сучасних особливостей її перебігу та з урахуванням даних лабораторних досліджень, які дозволяють патогенетично обґрунтувати методи лікування.

В попередніх повідомленнях ми представили теоретичне та практичне підґрунтя для проведення комплексного лікування хворих на озену (Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №4).

Оскільки переважна більшість існуючих нині методів терапії є симптоматичними і малоефективними, то розробка нових методичних підходів до вирішення цієї проблеми є потрібною і актуальною (Г.Г. Боговазова, Н.Н. Ворошилова, 1992; В.М. Васильєв, 2003; Wang, Ren, 1994; el Kholly et al., 1998; Magyar et al., 2002; Jiang et al., 2002; Jiang, Park., 2004).

Мета роботи – уточнити клініко-лабораторну класифікацію озени, деталізувати методичні підходи для проведення терапевтичного патогенетичного лікування пацієнтів.

Матеріали та методи

Наші дані базуються на результатах обстеження 418 хворих на озену, які були розподілені на 2 клінічні групи. До першої віднесено 178 осіб, що отримували патогенетичну консервативну терапію, до другої – 240, яким призначено комплексне лікування (консервативне та хірургічне). Обидві групи були рівноцінними за віковими та статевими показниками. При визначенні нової класифікації озени та розробці методів лікування хворих нами були застосовані як загальноклінічні, так і лабораторні способи дослідження: мікрориноскопичні та відеоендоскопічні методики, біохімічне визначення рівня заліза в сироватці крові, бактеріологічне дослідження виділень з носової порожнини, функціональні проби – ринопневмометрія, тоноольфактометрія та сахариновий тест для оцінки стану мукоциліарного кліренса.

Результати досліджень та їх обговорення

Аналізуючи власні клінічні спостереження, ми прийшли до висновку, що сучасні прояви озени слід розподілити на 3 стадії. Створюючи нову класифікацію озени, ми базувались не тільки на результатах клінічного обстеження хворих, але і враховували дані вищеназваних лабораторних досліджень. Виходячи з цих положень, першу (I) стадію озени («початкова форма») ми визначали в тих випадках, коли прояви захворювання були незначними: у пацієнтів спостерігались слизово-гнійні виділення зі специфічним запахом, мало місце помірне розширення носових ходів, незначна атрофія слизової оболонки порожнини носа та носових раковин і невелика кількість кірок, переважно у верхніх відділах носової порожнини. Частіше всього такий стан діагностувався у молодих людей, коли тривалість хвороби складала кілька років. Бактеріологічні дослідження показали, що клебсієла Абеля-Левенберга висівалась майже у всіх випадках (у 96% обстежених); знижений вміст заліза у сироватці крові визначався у 92%.

На знімках 1, 2 (див. кольорову вкладку) показаний відеоендоскопічний вигляд порожнини носа у хворих з I стадією озени.

Як показано на цих знімках, слизова оболонка порожнини носа була рожева, місцями волога, місцями суха і атрофічна; загальний носовий хід розширений, частково заповнений кірками та в'язким слизом.

Гістологічні знахідки при I стадії озени характеризуються наявністю окремих ділянок, на яких уже відбулася метаплазія циліндричного епітелію в багатошаровий плоский, а в інших місцях він виглядає теж дещо зміненим: клітини циліндричного епітелію стають невисокими, в деяких випадках схожими на кубічні, збільшується його багатошаровість, на великих ділянках війки вже відсутні. В товщі слизової оболонки і в тому числі навколо судин виявляються масивні круглоклітинні інфільтрати; загальна кількість слизових залоз значно зменшена, функціональна діяльність їх порушена; судини слизової оболонки теж змінені: стінки їх то значно потоншені, то потовщені, клітини ендотелію в порівнянні з нормою теж

змінені. При тонооольфактометрії гіпосмія була виявлена у 47% пацієнтів, недостатність носового дихання зафіксована при ринопневмометрії у 51%, сахариновий тест виявив порушення мукоциліарного кліренса у 78%.

II стадію озени «явна форма» ми виставляли всім обстежуваним з чіткими, типовими клінічними ознаками хвороби, які характеризувались вираженою атрофією слизової оболонки та кісткового скелету носових раковин, значним розширенням носової порожнини на всьому її протязі і наявністю великої кількості масивних кірок, що вкривали всю слизову оболонку, майже заповнюючи порожнину носа. Кірки та слиз мають різкий, неприємний запах, що відчувається на відстані. При бактеріологічних дослідженнях зберігався високий відсоток (82%) виявлення у хворих клебсієли озени. Кількість осіб із зниженим вмістом заліза в сироватці крові дещо зменшується і складає 73%. Під час відеоендоскопії після видалення конгломератів кірок носова порожнина виглядає порожньою за рахунок різкого зменшення в розмірі всіх носових раковин, які подібні до тоненьких смужок; при цьому в більшості випадків чітко визначаються отвори майже всіх навколоносних пазух та анатомічні елементи носової частини глотки. Мікрориноскопічно слизова оболонка порожнини носа потоншена, блискуча, суха.

На знімках 3 і 4 відображено відеоендоскопічний вигляд носової порожнини при явній формі озени (II стадія).

Морфологічні дослідження показують весь класичний, типовий процес дегенерації тканин носової порожнини, що має місце при озені: повна метаплазія циліндричного епітелію в багатошаровий плоский на всьому протязі слизової оболонки порожнини носа, значні деструктивні анатомічні та функціональні зміни всіх судин та слизових залоз, перебудова всієї товщі слизової оболонки зі збільшенням сполучнотканинних структур та грубих фіброзних волокон, що гіалінізуються. Функціональні проби: аносмія виявлена у 82% пацієнтів, у решти – гіпосмія; ринопневмометрія: розлад носового дихання різного ступеня у всіх хворих; сахариновий тест: значне порушення мукоциліарного кліренса зі збільшенням часу пе-

реміщення слизу в порожнині носа до 60-90 хв у всіх обстежуваних.

З роками прояви озени значно зменшуються, і у осіб віком 45-50 років вони мають дещо інший характер: носові ходи залишаються широкими, але слизова оболонка стає більш рожевою і частково зволоженою, в носовій порожнині кірки виявляються в невеликій кількості. Більш вираженими є зміни слизової оболонки глотки та гортані: в ділянці задньої стінки глотки вона виглядає атрофічною, блискучою, «лакованою». Інтенсивність специфічного озенозного запаху стає незначною, а іноді він і зовсім зникає. Хворі скаржаться на аносмію, порушення носового дихання і сухість глотки, гортані. Такі випадки ми відносили до III стадії («регресивної» форми) озени і не розцінювали їх як одужання, бо головні ознаки озени – атрофія тканин носа, широкі носові ходи, неприємний запах та стійка аносмія зберігаються. Бактеріологічні дослідження у пацієнтів цієї групи свідчать про те, що з носової порожнини паличка Абеля-Левенберга виділяється лише в поодиноких випадках. Вміст заліза в сироватці крові, як правило, знаходиться на нормальному рівні. Мікрориноскопічні та відеоендоскопічні знахідки вказують на наявність змін слизової оболонки

порожнини носа та конфігурації носової порожнини, але вони зовсім не такі яскраві, як при попередніх стадіях озени. При патоморфологічних дослідженнях епітеліальний покрив слизової оболонки в основному залишається метаплазованим багаточаровим плоским; поряд з цим, зустрічаються і невеличкі ділянки, де він більше подібний на звичайний епітелій. Знімки 5 та 6 демонструють відеоендоскопічні зміни носової порожнини при регресивній формі озени (III стадія).

Підсумовуючи наші 40-річні клініко-лабораторні дослідження за період з 1966 до 2006 р. та враховуючи дані контрольного огляду пацієнтів протягом 2004-2006 рр., на який з'явилося 185 хворих, що лікувались раніше (до 1985 р.), ми визначили наступні клінічні форми: I стадія озени, або «початкова форма» (I ступінь, за класифікацією В.П. Ніколаєвської, 1955), діагностована у 72 (17,2%) осіб, II – «явна форма» (II, III, IV ступінь, за В.П. Ніколаєвською) – у 285 (68,2%) і III стадія – «регресивна форма» – у 61 (14,6%). В табл. 1 та на діаграмі відображені клінічні стадії озени у обстежених хворих.

В табл. 2 представлені методи лікування хворих при різних стадіях та клінічних формах хвороби.

Таблиця 1

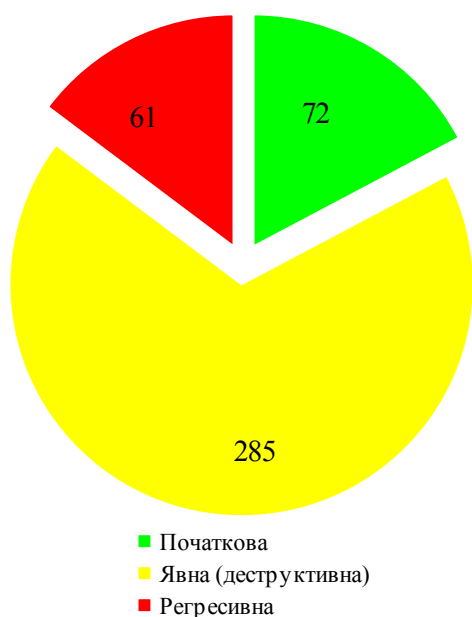
Клінічні стадії та форми озени

| Стадія озени | Клінічна форма | Число хворих | % від загального числа |
|--------------|----------------|--------------|------------------------|
| I | початкова | 72 | 17,2 |
| II | явна | 285 | 68,2 |
| III | регресивна | 61 | 14,6 |
| Всього | | 418 | 100 |

Таблиця 2

Розподіл хворих на озену за клінічними формами та методами лікування

| Стадія озени | Клінічна форма | Число хворих | Консервативне лікування | Комплексне лікування |
|--------------|----------------|--------------|-------------------------|----------------------|
| | | | число хворих | |
| I | початкова | 72 | 48 (66,7%) | 24 (33,3%) |
| II | явна | 285 | 69 (24,2%) | 216 (75,8%) |
| III | регресивна | 61 | 61 (100%) | |
| Всього | | 418 | 178 (42,6%) | 240 (57,4%) |



Клінічні стадії оземи

Отже, при початковій формі (I стадія) захворювання з 72 осіб у 48 (66,7%) проводилось консервативне лікування і у 24 (33,3%) – комплексне, яке включало і хірургічну рекалібровку носових ходів. 216 пацієнтів з різко вираженою (явною) формою захворювання (II ст.) ми лікували переважно комплексним методом, що складало 75,8% від загального числа обстежених з цією стадією. Регресивна форма захворювання (III стадія) потребувала лише консервативної терапії, яка була проведена при цій формі у всіх випадках 100%.

Консервативний патогенетичний метод лікування хворих на озену

Головними компонентами як консервативного, так і комплексного патогенетичного лікування хворих на озену були: антимікробні засоби, які призначались у відповідності до даних мікробіологічних досліджень по виявленню палички Абеля-Левенберга (клебсієли оземи) в кірках і носовому секреті, та препарати заліза, що застосовувались в залежності від біохімічних показників його вмісту в сироватці крові у цих пацієнтів. Такі методи лікування базуються на конкретних лабораторних даних і виходять з нашої концепції патогенезу оземи, яку ми представляємо нині як інфікований гіпосидероз. Отже, використання нами антимікробної- та залізотерапії є основою консервативного лікування хворих на озену, і всі наші надії і розрахунки на отримання при цьому позитивних результатів пов'язані із застосуванням саме цих способів.

Ми також надаємо важливе значення гігієнічним засобам, спрямованим на видалення кірок і патологічного вмісту з носової порожнини, і значно меншу увагу приділяємо таким традиційним способам, як тканива та стимулююча біотерапія, вітамінотерапія, використання фізіотерапевтичних, кліматотерапевтичних засобів, дезодоруючих та інших симптоматичних препаратів. Частоту застосування різних методів лікування у всіх 178 наших пацієнтів демонструє табл. 3.

Таблиця 3

Частота застосування методів консервативної терапії у хворих на озену

| Методи лікування | Число хворих | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------|
| | I стадія (початк. форма) | II стадія (явна форма) | III стадія (регрес. форма) | всього |
| Антимікробна терапія | 48 | 69 | 18 | 135 |
| Залізотерапія | 43 | 61 | 14 | 118 |
| Гігієнічні засоби | 48 | 69 | 61 | 178 |
| Стимулююча терапія | 12 | 69 | 61 | 142 |
| Вітамінотерапія | 48 | 69 | 61 | 178 |
| Фізіотерапевтичні засоби | 48 | 57 | 61 | 166 |
| Кліматотерапія | 35 | 54 | 48 | 137 |
| Всього хворих | 48 | 69 | 61 | 178 |

Отже, при консервативній терапії, як свідчить табл. 3, антимікробні препарати призначались всім пацієнтам з початковою та явною формою озени (I та II стадія) і лише 18 з 61 з регресивною формою, тобто лише тим хворим, у яких була виділена клебсієла озени. Препарати заліза використовувались при наявності проявів сидеропенії у 43 осіб з початковою формою озени, у 61 – з явною і у 14 – з регресивною. Всі інші методи консервативної терапії застосовувались максимально у переважній більшості хворих. У випадках недостатньої ефективності консервативного лікування, за бажанням пацієнта, у нього виконувалось хірургічне втручання і, таким чином, він поповнював групу осіб, що отримували комплексне лікування.

Антимікробна терапія. Висока частота виділення при озені палички Абея-Левенберга, яку багато авторів вважають збудником захворювання, як і наявність на слизовій оболонці порожнини носа великої кількості різноманітної патогенної мікрофлори, свідчить про необхідність проведення антимікробної терапії у цього контингенту хворих. В представленій роботі антибіотикотерапія призначалася майже всім пацієнтам, що отримували як консервативне, так і комплексне лікування. З цією метою протягом багатьох років використовувався, головним чином, стрептоміцин, бо і клебсієла озени (до речі, як і клебсієла склероми), і дріжджоподібний грибок, який виділяли А.С. Жилкіна (1953), В.П. Ніколаєвська (1955), А.І. Меньших (1970), і ряд інших мікроорганізмів, що вегетують в носовій порожнині, виявляли високу і стабільну чутливість до цього антибіотика.

Перед призначенням антибіотикотерапії ми проводили бактеріологічні дослідження з метою визначення чутливості клебсієли озени та мікрофлори порожнини носа до антибіотиків. Курс стрептоміцинотерапії найчастіше складав 20-30 млн. (антибіотик вводився внутрішньом'язово по 1,0 чи по 2,0 мл на добу). Тривалість його контролювалась періодичним бактеріологічним обстеженням хворого і залежала від наявності клебсієли озени у виділеннях з носа. При необхідності антибіотикотерапія продовжувалась до зникнення збудника хвороби із

слизової оболонки порожнини носа. У випадках стійкого виділення клебсієли Абея-Левенберга та з метою протирецидивного лікування стрептоміцинотерапія проводилась в дозі 20 млн. протягом 2 тижнів.

Відаючи перевагу стрептоміцину і використовуючи його як базовий препарат, ми приймали до уваги і чутливість клебсієли озени та мікрофлори порожнини носа до інших антибіотиків. З появою і розповсюдженням сучасних препаратів ми почали широко застосовувати антибіотики різних груп – цефалоспорины, фторхінолони та інші препарати, призначення яких контролювалось відповідними бактеріологічними дослідженнями. Серед цих антибіотиків теж виявився препарат, до якого клебсієла озени була чутлива у більшості пацієнтів. Таким антибіотиком є ципрофлоксацин, з групи фторхінолонів. Препарат призначався хворим на озену в щоденній дозі 500-750 mg протягом 3-4 тижнів.

Крім того, загальну антибіотикотерапію ми доповнювали місцевою, використовуючи різні антимікробні засоби. З цією метою частіше всього застосовувались суміші розчинів антибіотиків, протизапальних, дезінфікуючих та дезодоруючих препаратів, в тому числі уже згадуваний стрептоміцин, який комбінувався з препаратом етонієм в 0,1% концентрації. Після ретельного туалету носової порожнини просякнуті цими розчинами тампони ми щоденно вводили на 1,5-2,0 години протягом 2 тижнів. Ці ж розчини постійно використовувались як лікарями, так і хворими для промивання носа.

Залізотерапія. Наступним патогенетично обґрунтованим методом консервативного лікування хворих на озену є залізотерапія, яка призначається на підставі конкретних клініко-лабораторних даних. Як уже відмічалось, Іван Бернат (1966), провівши дослідження обміну заліза, вперше виявив явище гіпосидерозу у 129 з 136 осіб з озеною і застосував препарати заліза для їх лікування. В подальшому залізодефіцитний стан при озені був відмічений багатьма дослідниками, які при лікуванні таких пацієнтів з успіхом використовували різноманітні препарати заліза: гемостимулін, ферроцен, ферроцерон, відновлене залізо, «ferrogat-S». Сидеропенії характеризуються таким

порушенням обміну заліза, при якому диспропорціонально підвищується втрата його з сечею при низькому вмісті заліза в сироватці крові і одночасно уповільнюється його депонування в тканинах, а при анемічних станах затримка заліза в організмі відбувається тільки при введенні підвищених його доз. Це означає, що кількість заліза при пероральному введенні повинна складати не менше 3,0 мг на добу з курсом прийому від 2 до 4 міс (Г.А. Алексеев, 1962). Крім того, призначаючи препарати заліза для перорального застосування, слід враховувати, що для нормального всмоктування заліза в шлунково-кишковому тракті необхідно мати достатню насиченість організму вітаміном С та достатню кислотність у шлунку. Як відомо, аскорбінова кислота, підвищуючи вміст в крові білка серофіліна, якому належить головна роль в обміні та транспорті заліза, сприяє не тільки всмоктуванню цього елемента, але й засвоєнню його в тканинах організму, а також зменшує втрати заліза з сечею. По-друге, у більшості хворих на озену спостерігається значне зменшення кількості соляної кислоти в шлунку, і в зв'язку з цим вживання препаратів заліза всередину (per os) є малоефективним і потребує більш тривалого курсу лікування (до 3 міс).

Отже, у всіх обстежуваних в ЛОР-клініці осіб з озоною ми проводили біохімічне визначення вмісту заліза в сироватці крові. При виявленні у них залізодефіцитного стану проводився підбір препарату заліза та визначалась тривалість курсу залізотерапії, яка залежала лише від вмісту заліза в сироватці крові та швидкості його нормалізації. Протягом всього курсу у більшості пацієнтів ми періодично виконували повторні дослідження вмісту заліза для уточнення його динаміки та швидкості нормалізації в сироватці крові у кожного обстежуваного. В залежності від отриманих результатів здійснювалась відповідна корекція введення препаратів заліза.

За довгий період лікування хворих на озену ми провели апробацію різних препаратів заліза: спочатку, в перші 2-3 роки, використовували пероральні прості препарати відновленого заліза (Ferri reducti – 1,0; Acidi ascorbinici – 0,1), облатки якого пацієнти

запивали 2% соляною кислотою з пепсином тричі на день протягом 2-4 міс. Після появи ефективних таблетованих форм заліза ми застосовуємо сучасні пероральні препарати (частіше всього у дітей) – «Тардиферон», «Ферроплекс», «Сорбіфер». Пероральні препарати заліза призначаються за 0,5-2 години до прийняття їжі, бо відомо, що залізо, яке вживається під час їжі та після неї, дуже погано резорбується в шлунково-кишковому тракті, а при використанні цієї ж дози перед їжею засвоюється набагато краще. Приймання пероральних препаратів відбувається систематично чи періодично під час лікування, яке продовжується до 3-4 міс.

Протягом багатьох років (1967-1997) головними препаратами для ефективного усунення залізодефіцитного стану були препарати розчинного заліза – феррум-лек та ектофер (Ferrum-Leck, Ectofer), які містять 100 мкг заліза в ампулі і використовувались нами як для внутрішньовенного, так і для внутрішньом'язового введення. На курс лікування в середньому ми застосували 2,0 г заліза. Феррум-лек, який вводився в/в щодня, мав найкращу ефективність при лікуванні хворих на сидеропенію, і ми мали яскраві приклади швидкої нормалізації вмісту заліза в сироватці пацієнта, що приводило до значного зменшення проявів озени після 4-5 вливань заліза з паралельним введенням стрептоміцину.

Останнім часом після застосування ефективних пероральних препаратів ми стали рідше призначати розчинне залізо, але при значних зниженнях вмісту заліза в сироватці крові і наявності загальних симптомів сидеропенії продовжуємо їх застосовувати (Ferrum-Leck). Нині ми використовуємо феррум-лек тільки для в/м введення, бо в літературі з'явилися повідомлення, що тривале внутрішньовенне застосування заліза може негативно впливати на функцію нирок. Строк лікування при сидеропенії за умови в/м введення розчинного заліза складає 6-7 тижнів, якщо кожен ін'єкцію роботи через день. Таким чином, на курс лікування треба 2,0-2,5 г заліза. Зазначений курс лікування приводить до підвищення рівня сироваткового заліза в середньому на 15 мкг%. Повторний протирецидивний курс залізоте-

рапії призначається через 4-6 міс і здійснюється частіше пероральними препаратами або розчинним залізом в кількості 1,0-1,5 г. Наступне лікування проводиться при загостренні процесу під контролем біохімічних досліджень.

Окрім цих основних методів консервативної терапії, важливе значення ми надавали гігієнічним процедурам, спрямованим на видалення кірок і патологічного вмісту з носової порожнини, бо, як відомо, для виникнення найгіршої ознаки озени – неприємного запаху потрібні відповідні умови: кірки та слиз в носовій порожнині починають сильно і неприємно пахнути при знаходженні їх там не менше 2 діб. Саме тому своєчасне видалення кірок приводить до зменшення інтенсивності запаху і запобігає його розвитку. Туалет порожнини носа та більш глибоких відділів дихального тракту проводився шляхом промивання шприцем чи іншим засобом, застосуванням інгаляцій, пульверизацій розчинів, зрошувань, заливань та змащувань. Останнім часом використовуються різноманітні зволожуючі спреї, що містять ізотонічний розчин хлориду натрію та муколітичні речовини (ацетилцистеїн, карбоцистеїн). Чудовим засобом для звільнення носової порожнини від кірок та патологічного вмісту є запропонована Готштейном туга ватно-марлева тампонада носової порожнини на 1,5-2 години.

Як свідчать дані приведеної вище таблиці, при озені в тих випадках, коли не було необхідності проводити патогенетичне лікування, ми застосовували традиційні методи – стимулюючі засоби, вітамінотерапію, що можна обґрунтувати насамперед тим, що при наявності дистрофічних змін слизової оболонки порожнини носа порушуються її захисні властивості і призначення стимулюючих препаратів є доцільним. З цією метою ми використовували як найрозповсюдженіші препарати (алое, плазмол, вітаміни А, В, С, Д, полівітаміни, нікотинову кислоту), так і сучасні біостимулюючі засоби. За-

стосовані нами методи відносяться до неспецифічної стимуляції, і тому ми не проводили відповідного імунного контролю.

Фізіотерапія нашим хворим призначалась теж не як самостійний, а як симптоматичний метод і полягала у використанні різних зволожуючих інгаляцій для носа, глотки, гортані за допомогою масляних, лужних розчинів, сірководневих мінеральних вод, які полегшували звільнення носової порожнини, верхніх дихальних шляхів від кірок та іншого патологічного вмісту. Поряд з цим, ми проводили інгаляції лікарських речовин, зокрема антибіотиків, ендоназальний фонорез 0,5% йодистого калію.

Кліматотерапія хворих на озену полягала в окремих випадках у їх відпочинку в умовах Карпат, Криму, Північного Кавказу, особливо в тих місцях, в яких була можливість відчувати не тільки дію місцевих кліматичних умов, але й використати інгаляції мінеральних вод, особливо сірководневих (Мацеста, Любин Великий, Трускавець), в яких міститься велика кількість вільного активного H_2S , що благодійно впливає на слизову оболонку верхніх дихальних шляхів. Також рекомендовано лікування із застосуванням Яворницької мінеральної води (Закарпаття), яка має значний вміст заліза, що, з позицій гіпосидерозу озени, патогенетично обґрунтовано.

Висновки

1. На основі оцінки особливостей сучасного перебігу озени та результатів лабораторних досліджень (відеоендоскопічних, бактеріологічних, біохімічних, морфологічних та функціональних) клінічні прояви захворювання можна класифікувати і розподілити на три форми: початкову, явну та регресивну.

2. Хворим з початковою та регресивною формою озени показане, головним чином, консервативне патогенетичне лікування, основними компонентами якого є антибактеріальна терапія та препарати заліза.

1. Абрамвичюс Я.С. Хирургическое лечение озоны применением пористого поливинилформала: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тарту, 1969. – 25 с.
2. Бернат И. Значение гипосидероза в патогенезе озоны. – Будапешт, 1966. – 149 с.
3. Васильев В.М. Обгрунтування патогенетичного лікування хворих на озену // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №5. – 9 с.
4. Жилкина А.С. К вопросу об этиологии озоны // Тр. ГНИИ уха, горла, носа. – М. – 1953. – С. 265-270.
5. Зарицкий Л.А., Губина К.М. Озена. – Киев: Здоров'я, 1977. – 96 с.
6. Красильников А.П., Мясинникова М.В., Крылов И.А. Озена. Этиология, иммунология, патогенез. – Минск, 1974. – 128 с.
7. Курилин И.А., Васильев В.М. Комплексный метод лечения больных озоной // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – №3. – С. 1-9.
8. Меньших Л.М. Роль аллергического фактора в патогенезе озоны // VI съезд оториноларингологов СССР: Материалы съезда. – М., 1968. – С. 188-189.
9. Николаевская В.П. Материалы к патогенезу и лечению озоны: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1955. – 8 с.
10. Bogovazova G.G., Voroshilova N.N., Bondarenko V.M., Gorbatkova G.A., Afanasyeva E.V., Kazakova T.B., Smirnov V.D., Mamleeva A.G., Glukharev Ju.A., Erastova E.I. et al. Immunobiological properties and therapeutic effectiveness of preparations from Klebsiella bacteriophages // Zh. Mikrobiol. Epidemiol. Immunobiol. – 1992. – Mar (3):30-3. Russian.
11. el Kholly A., Habib O., Abdel-Monem M.H., Abu Safia S. Septal mucoperichondrial flap for closure of nostril in atrophic rhinitis // Rhinology. – 1998. – Dec; 36(4). – P. 202-203.
12. Jiang H.L., Park I.K., Shin N.R., Kang S.G., Yoo H.S., Kim S.I., Suh S.B., Akaike T., Cho C.S. In vitro study of the immune stimulating activity of an atrophic [correction of atrophic] rhinitis vaccine associated to chitosan microspheres // Eur. J. Pharm. Biopharm. – 2004. Nov; 58(3):471-6.
13. Jiang W., Sun Z., Li Z, Feng X., Liu Y. Implantation of complex tissue flap for atrophic rhinitis // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 2002. – Nov;16(11). – P. 589-90.
14. Magyar T., King V.L., Kovacs F. Evaluation of vaccines for atrophic rhinitis a comparison of three challenge models // Vaccine. – 2002. – Mar; 15;20(13-14):1797-802.
15. Rodriguez-Adrados F., Estvill J. Carcinogenic action of the implant of acrylic tabs in ozena // Rhinology. – 1987. – Sep;25(3):213-5.
16. Wang Z., Ren J., Qiu Y. Submucous implantation with pedicel auto-flap of cheek muscle for atrophic rhinitis // Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 1994. –29(3). – P. 137-139.

Надійшла до редакції 11.01.08.

© В.М. Васильев, 2008

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЗОНОЙ

Васильев В.М. (Киев)

Резюме

На основании оценки особенностей современного течения озоны и результатов лабораторных исследований – видеоэндоскопических, бактериологических, биохимических, морфологических и функциональных разработана новая классификация озоны, при которой выделены 3 стадии заболевания в соответствии с его формами (начальная, явная и регрессивная). Из 418 больных озоной I стадия заболевания («начальная форма») определена у 72 (17,2%), II («явная») – у 285 (68,2%) и III («регрессивная») – у 61 (14,6%). Лицам с начальной (I ст.) и регрессивной формой (III ст.) озоны назначалось патогенетическое консервативное лечение, основными компонентами которого были антибиотикотерапия и препараты железа, применение которых базировалось на результатах выделения у пациентов клебсиеллы озоны и определения содержания железа в сыворотке крови.

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

Vasilyev V.M. (Kyiv)

Summary

On the basis of peculiarities evaluation of the modern course of ozena and laboratory studies results – videoendoscopy, bacteriological, biochemical, morphological and functional it was made a new classification of ozena, which describes three stages of disease in accordance with its forms (early, evident and regressive). From 418 subjects with ozena I stage (“early form”) it was determined in 72 (17,2%), II (“evident”) – in 285 (68,2%) and III (“regressive”) – 61 (14,6%). Subjects with early (I stage) and regressive form (II stage) of ozena it was prescribed the pathogenic conservative treatment, the major components of which were antibacterial therapy and medication with iron, the intake of which was based on the results of discharge in patients Klebsiella ozena and determination of the iron quantity in the blood serum.