

В.М. ВАСИЛЬЄВ

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОЗЕНУ

(ПОВІДОМЛЕННЯ З – ХІРУРГІЧНЕ ТА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ)

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

В попередніх повідомленнях ми послідовно аргументували необхідність застосування комплексних методів при лікуванні хворих на озену. Наші докази базуються на двох положеннях. По-перше, це недостатня ефективність окремих методів терапії, що спонукала багатьох авторів використовувати комбінації різних способів та лікарських речовин – антибіотиків, вітамінів, вазодилаторів, кортикостероїдів (Н.А. Паутов, 1963; Л.А. Зарицький, К.М. Губина, 1977; И.А. Курилин, В.М. Васильєв, 1982; Р.А. Шарипов, 1987; Reck, Aurbach, 1991; Burns, 1993; Zakrzewski, 1993; Moore, Kern, 2001; Reiss, Reiss, 2002). По-друге, це відсутність патогенетичної обґрунтованості при доборі лікарських засобів, апріорність цих комбінацій, які не спираються на результати лабораторних та клінічних досліджень, відсутність цілеспрямованих методичних підходів при плануванні та проведенні цих методів, що в цілому не дозволяє розраховувати на отримання стабільних позитивних результатів. Тому деталізація методичних лікарських підходів, відпрацювання цілеспрямованості при плануванні та проведенні комплексних методів є актуальним питанням надання ефективної допомоги хворим на озену.

Мета роботи: розробка та впровадження в практику патогенетично обґрунтованого комплексного методу лікування хворих на озену.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням за період 1966-2006 рр. було 240 хворих на озену, з них жінок – 197 (82,1%), чоловіків – 43

(17,9%). Вік пацієнтів – від 14 до 38 років. У 24 осіб була діагностована початкова форма хвороби (I стадія) і у 216 – явна форма (II стадія).

При плануванні лікувальної тактики проводились всі необхідні типові клінічні та лабораторні обстеження з урахуванням вираженості проявів озени – стадії захворювання, наявності деформації, патологічного розширення носових ходів, приймались до уваги вікові характеристики, строк захворювання, індивідуальні особливості та побажання обстежуваних. Особливе значення ми надавали результатам лабораторних аналізів і, насамперед, даним мікробіологічних досліджень виділень з порожнини носа з метою виявлення клебсієли озени та біохімічного визначення вмісту заліза в сироватці крові у пацієнтів. Показники відеоендоскопії, мікрориноскопії, рентгенографії та КТ, ринопневмометрії, ольфактометрії та вивчення стану мукоциліарного кліренса враховувались нами при оцінці якості терапії.

Результати досліджень та їх обговорення

Проведення мікробіологічних та біохімічних досліджень продемонструвало, що у хворих на озену одночасно має місце як гіпосидероз, так і інфікування порожнини носа клебсієлою Абеля-Левенберга (В.М. Васильєв, 2003). Отже, при наданні допомоги таким пацієнтам необхідно приймати до уваги обидва ці чинники, тому першими компонентами запропонованого нами комплексного лікування є антибіотико- та залізотерапія (В.М. Васильєв, 2007). В той же

час не можна не враховувати, що при озені в порожнині носа відбуваються грубі, деструктивні зміни, які призводять, насамперед, до значної деформації, розширення всіх носових ходів, що, в свою чергу, поглиблює патологічний процес і погіршує клінічний перебіг хвороби. Таким чином, без проведення хірургічної корекції носової порожнини отримати позитивні результати лікування надзвичайно важко. Саме тому ми доповнювали терапевтичні засоби виконанням операції по рекалібровці носових ходів і покращанню топографо-анатомічних структур носа.

Розроблений нами комплексний метод лікування хворих на озену включає наступні компоненти:

1) застосування патогенетичних терапевтичних методів – антибіотикотерапії та залізотерапії;

2) хірургічну рекалібровку (звуження) деформованої, патологічно розширеної порожнини носа.

Оскільки методики проведення терапевтичних заходів були детально викладені в попередньому повідомленні, нині ми наводимо лише необхідні методичні аспекти здійснення хірургічного втручання по рекалібровці носової порожнини у прооперованих нами осіб. Використаний при цьому спосіб операції передбачає звуження носових ходів шляхом імплантації різних матеріалів під слизову оболонку порожнини носа в ділянці носової перегородки, дна та бічної стінки. Слід відмітити, що означена методика належить якраз до найбільш ранніх способів і в сучасній хірургічній практиці отримав розповсюдження як спосіб Еккерта-Мебіуса. Завдяки своїй відносній простоті та ефективності він дуже сподобався як вітчизняним, так і зарубіжним дослідникам, котрі почали його широко застосовувати і до цього часу використовують при хірургічному лікуванні хворих на озену. В якості імплантатів підсаджуються під слизову оболонку порожнини носа найрізноманітніші ауто-, гомо- та гетероматеріали (В.М. Аксенов, Д.Ю. Крамник, 1996; Wang, Ren, Qiu, 1994; el Kholly, Habib, 1998; Goldenberg, Danino, 2000; Jiang, Sun, 2002). 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 і підвищує загальну реактивність організму, тому використання згаданих імплантатів має патогенетичну спрямованість (В.И. Диденко, 2001; Rasmu, 1986; Jiang, Sun, 2002).

Поряд з цим багато авторів, які оперували хворих на озену, відмічали, що ефективність хірургічного втручання залежить не тільки від ступеня досягнутого звуження (рекалібровки) носової порожнини, але і від строків затримання імплантатів в тканинах носа (А.И. Тяптин, 1966; Я.С. Абрамовичюс, 1969), бо відомо, що резорбція деяких матеріалів, наприклад, аутокістки починається вже через кілька тижнів після її імплантації і в подальшому вона повністю розсмоктується (Taylor, Yong, 1961). Ці обставини спонукали ринохірургів використовувати біоінертні матеріали, які протягом багатьох років можуть перебувати в тканинах організму, тому ряд авторів успішно застосовували різноманітні синтетичні матеріали – алопластики (Э.А. Грабой, 1970; Bertrand et al., 1996). Але повідомлення останніх років свідчать про те, що хірургічні методи, хоча і продовжують займати важливе місце в лікуванні хворих на озену, та алопластики як матеріал для звуження носових ходів нині використовуються не часто. Скоріше всього, це пов'язано з повідомленнями про випадки малігнізації після введення імплантату з акрила (Rodriguer-Adrades, Estvill, 1987), а також відмовою пацієнтів від введення в організм синтетичних матеріалів. Отже, переважна більшість ринохірургів для рекалібровки носових ходів при озені користуються нині ауто- та гомотрансплантатами.

Наш власний досвід хірургічного втручання при озені базується на результатах спостереження за 240 прооперованими хворими. Протягом цих років ми застосовували в якості імплантатів різні матеріали у відповідності з вимогами часу і актуальністю проблеми. В період загального захоплення алопластичними ми також використовували синтетичні матеріали і прийшли до

висновку, що кращим з них є фторопласт-4 «тефлон», а в подальшому перейшли до гомо- та аутотрансплантатів: консервованої твердої мозкової оболонки, консервованого реберного хряща, реберного аутохряща (таблиця).

Характер імплантатів,
що використовувались в ЛОР-клініці НМУ

Імплантати	Число хворих	
	1965-1982 рр.	1983-2005 рр.
Фторопласт – 4 (тефлон)	80	-
Тверда мозкова оболонка	-	90
Реберний гомохрящ	-	47
Реберний аутохрящ		23
Всього	80	160

В 1984 р. нами (И.А. Курилин, В.М. Васильев, Н.Ф. Федун, А.И. Вильчинский) було отримано авторське свідоцтво на новий метод хірургічного лікування хворих на озену з використанням консервованої твердої оболонки, який пізніше був удосконалений, що відображено новим свідоцтвом (В.М. Васильев, 2007). Особливістю запропонованого методу є те, що імплантати вводяться не тільки в ділянку носової перегородки та дна носа, а розташовуються, головним чином, в задній, найбільш розширеній частині носової порожнини і, по-друге, на бічній стінці носа формується задній відділ нижньої носової раковини, який у випадках явної озени практично відсутній.

Хірургічне втручання ми виконували із застосуванням ендоназального підходу, оскільки він технічно легший і менш травматичний. Операція при цьому здійснюється під контролем зору, що дає можливість обережно відшарувати слизову оболонку, глибше проникнути в порожнину носа, добре оглянути кармани, підібрати і вільно розмістити трансплантати відповідних розмірів, а при необхідності легко їх видалити.

Особливості проведення хірургічного втручання – «рекалібровки носової порожнини» при озені зведені у вигляді алгоритму.

Алгоритм проведення рекалібровки носової порожнини у хворих на озену:

- в більш розширеній половині порожнини носа формуються дві роздільні кишені – в ділянці носової перегородки та по дну носа;
- в другій половині носа формується одна кишеня по дну носа;
- імплантати в кількості 1 чи 2 (в залежності від розмірів кишені та самих імплантатів) вводяться в кишеню на носовій перегородці та по дну носа з переходом на бічну стінку в ділянці заднього відділу нижньої носової раковини;
- для відтворення відсутнього заднього відділу нижньої носової раковини в бічний відділ нижньої кишені вводиться згорнута в трубку консервована тверда мозкова оболонка або допоміжний хрящовий імплантат;
- обов'язковою умовою приживлення імплантата є збереження цілісності слизової оболонки порожнини носа.

Техніка виконання хірургічного втручання була наступною. Дугоподібний розріз слизової оболонки проводиться на відстані 0,3-0,4 см від її переходу в шкіру переддвер'я носа по носовій перегородці, дну та бічній стінці майже до рівня прикріплення нижньої носової раковини (в цьому місці потрібно маніпулювати обережно, щоб не пошкодити отвір носо-слизового каналу). Слизова оболонка разом з охрястям та окістям тупо відшаровується майже до хоан з утворенням двох карманів: першого – в ділянці носової перегородки і другого – по дну носової порожнини з переходом на бічну стінку в задніх відділах носа. В утворених тунелях ми розміщуємо по одному чи по кілька пластинок (шматочків) відповідних матеріалів: в ділянку носової перегородки – один імплантат розміром 1,5x4-5 см або кілька менших і заповнюємо утворену кишеню; по дну носа – два вкладиші, при цьому з одного формуємо задній відділ нижньої носової раковини, другим виповнюємо дно носової порожнини. Для відновлення заднього відділу нижньої носової раковини ми частіше за все використовуємо тверду мозкову оболонку, яку згортаємо у вигляді трубки товщиною 0,4-0,5 см і довжиною 1,5-2,0 см та розташовуємо її в ділянці

бічної стінки носа. По дну носової порожнини вводиться другий імплантат розміром 0,5x4-5 см. При застосуванні в якості імплантатів хрящової тканини для формування заднього відділу нижньої носової раковини вводиться допоміжний імплантат у ділянці бічної стінки порожнини носа розміром 0,5x2,0 см. На рис. 1-4 показані окремі етапи хірургічного втручання по рекалібровці носової порожнини у хворих на озену.

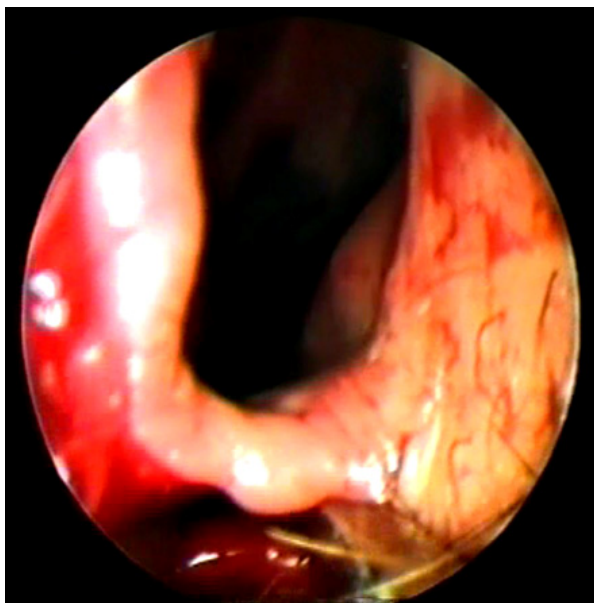


Рис. 1. Утворення кишені по дну та бічній стінці порожнини носа.



Рис. 2. Утворення кишені по носовій перегородці та дну порожнини носа

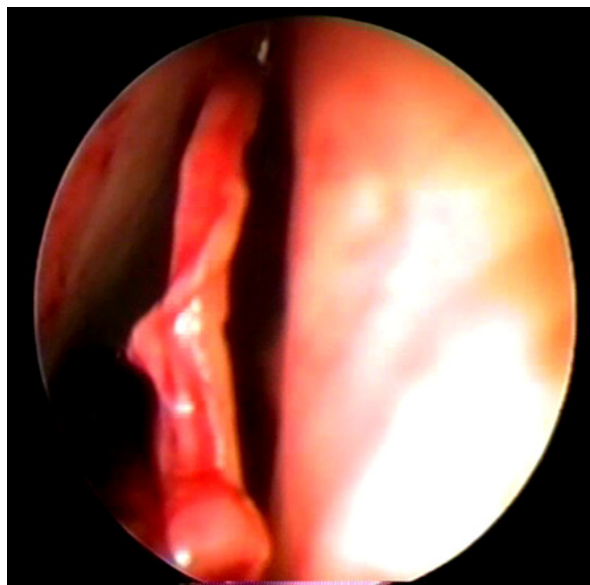


Рис. 3. Введення імплантату в ділянку носової перегородки.



Рис. 4. Звуження носової порожнини за рахунок імплантатів, введених в ділянку носової перегородки та дна носа, на 7-й день після хірургічного втручання.

Слід зазначити, що розміщення імплантатів в утворених носових тунелях (кишенях) потребує дотримання певних вимог: по-перше, введені матеріали не повинні щільно заповнювати всю порожнину кишені, щоб не виникало напруження (натяжіння) слизової оболонки, бо вона може

легко розірватися, що приведе до відторгнення імплантата; по-друге, введені матеріали необхідно повністю покрити слизовою оболонкою і не виходити за край хірургічного розтину. З метою запобігання утворенню гематом та сером навколо імплантата розріз слизової оболонки не слід зашивати, а після проведеного хірургічного втручання всю носову порожнину треба щільно затампонувати на 2 доби, а після видалення тампонів в наступні 3-4 дні теж заповнити її серветками для більш чіткої фіксації імплантатів.

Тампони та серветки краще всього просякнуті антисептичним розчином; ми використовували для цього розчини різних антибіотиків, в тому числі стрептоміцину (1,0 г на 10 мл фізіологічного розчину та 0,1% розчин етонію). В післяопераційному періоді протягом 5-6 днів з метою профілактики вторинної інфекції хворим призначається антибактеріальна терапія в звичайних дозах.

Ми не виконували хірургічного втручання по рекалібровці носових ходів у пацієнтів з початковою формою озени (I стадія) при незначній деформації носової порожнини, а також при регресивній формі озени (III стадія) та у людей похилого віку.

Внаслідок проведеного хірургічного та комплексного лікування були отримані позитивні результати у 85,5% хворих: клінічне одужання відмічалось у 43 (17,9%),

значне покращання – у 117 (48,8%), помірне покращання – у 45 (18,8). У 21 (8,8%) пролікованого пацієнта спостерігалось незначне покращання, у 14 (5,8%) ефективність лікування з'ясувати не вдалося. Строки спостереження складали від 1 до 5 років.

Таким чином, при озені ми застосували комплексний спосіб надання допомоги більшості хворим (240 осіб, що складали 57,4% від загальної кількості обстежених). Слід зауважити, що це були пацієнти з найтяжчим перебігом хвороби: явна клінічна форма озени (II стадія) діагностована у 75,8% з них, а початкова форма (I стадія) – у 33,3 %. На відміну від консервативного лікування комплексний метод передбачав застосування як патогенетичних терапевтичних засобів – антибіотико- та залізотерапію, так і проведення хірургічного втручання з метою рекалібровки (звуження) патологічно розширеної носової порожнини. Звуження носових ходів у хворих на озену виконувалось шляхом введення імплантатів в кишені під слизову оболонку в ділянці носової перегородки, дна та бічної стінки порожнини носа. В якості імплантатів частіше всього використовувались гомо- та аутоматеріали (консервована тверда мозкова оболонка та реберні хрящі). Внаслідок проведеного хірургічного та комплексного лікування були отримані позитивні результати у 85,5% пацієнтів в період спостереження від 1 до 5 років.

1. Абрамовичус Я.С. Хирургическое лечение озены применением пористого поливинилформала: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Тарту, 1969. – 25 с.
2. Аксенов В.М. Крамник Д.Ю. Отдаленные последствия хирургического лечения по поводу озены // Вестн. оториноларингологии. – 1996. – № 1. – С.50-51.
3. Васильев В.М. Обгрунтування патогенетичного лікування хворих на озену // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – № 5. – 9 с.
4. Васильев В.М. Озена – клінічні аспекти лікування хворих (Повідомлення 1) // Ринологія. – 2007. – №3. – С. 17-23.
5. Васильев В.М. Спосіб хірургічного лікування хворих на озену // Патент на корисну модель. – Державний реєстр патентів України. – 2007. – №27415.
6. Грабой Э.А. Озена, клиника и лечение: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., – 1970. – 16 с.
7. Диденко В.И. Аутоотрансплантация губчатой кости с костным мозгом при лечении больных атрофическим ринитом и озоной. Хирургическая техника. Эффективность // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №5. – С. 77-82.
8. Зарицкий Л.А., Губина К.М. Озена. – К.: Здоров'я, 1977. – 96с.
9. Курилин И.А., Васильев В.М. Комплексный метод лечения больных озоной // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – №3. – С. 1-9.

10. Паутов Н.А. Озена // Многоотомное руководство по оториноларингологии. – 1963. – Т. 3. – С. 85-120.
11. Тяптин А.И. Современный метод хирургического лечения озоны: Дис. ... канд. мед. наук. – Л. – 1966. – 186 с.
12. Шарипов Р.А. Гелий-неоновое лазерное излучение в комплексном лечении больных озоной: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Киев. – 1987. – 24 с.
13. Bertrand B., Doyen A., Eloy P. Triosite implants and fibrin glue in the treatment of atrophic rhinitis: technique and results // Laryngoscope. – 1996. – May. – 106. - (5 Pt 1). – P. 652-657.
14. Burns J.L. Ozena // Otolaryngol. – 1993. – Apr. – 22(2). – P. 135.
15. Goldenberg D., Danino J., Netzer A., Joachims H.Z. Plastipore implants in the surgical treatment of atrophic rhinitis: technique and results // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2000. – Jun. – 122(6). – P. 794-797.
16. el Kholy 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.
17. 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.
18. Moore E.J., Kern E.B. Atrophic rhinitis: a review of 242 cases // Am J Rhinol. – 2001. – Nov-Dec. – 15(6). – P. 355-361.
19. Rasmy E. Osteoperiosteal flap in the treatment of ozena. New technique // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 1986. – Nov-Dec № 95 (6 Pt 1). – P. 645-646.
20. Reck R., Aurbach G. Therapy of ozena // Laryngorhinootologie. – 1991 Jan;70(1):21-3.
21. Reiss M., Reiss G. Rhinitis in old age// Schweiz Rundsch Med Prax. – 2002. – Feb 27. – 91(9). – P. 353-358.
22. Rodriguez-Adrados F., Estvill J. Carcinogenic action of the implant of acrylic tabs in ozena // Rhinology. – 1987. – Sep. – №5(3). – P.213-215.
23. Taylor M., Yong A. Histopathological and histochemical studies on atrophic rhinitis // The J. of Laryngology a. Otolology. – 1961. – 75. – P. 574-589.
24. 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.
25. Zakrzewski J. On the etiology of systemic ozena// Otolaryngol Pol. – 1993. – 47(5). – P. 452-458.

Надійшла до редакції 11.01.08

© В.М. Васильев, 2008

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
КОНСЕРВАТИВНОГО И КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЗОНОЙ**

(Сообщение 3 – хирургическое
и комплексное лечение)

Васильев В.М. (Киев)

Резюме

При лечении 240 больных озоной (у 24 – начальная форма, I стадия заболевания; у 216 – выраженная форма, II стадия) был применен комплексный метод, включающий патогенетические способы – антибиотико- и железотерапию, а также хирургическое сужение носовых ходов путем размещения различных имплантатов под слизистую оболочку полости носа в области носовой перегородки, дна и боковой стенки с восстановлением атрофированного заднего отдела нижней носовой раковины. Детально изложена методика выполнения рекалибровки полости носа. В качестве имплантатов чаще всего использовались гомо- и аутоматериалы: консервированная твердая мозговая оболочка и реберные хрящи. В результате проведенного хирургического и комплексного лечения были получены положительные результаты у 85,5% обследованных пациентов в период наблюдения за ними от 1 до 5 лет.

**DISTANT RESULTS OF THE CONSERVATIVE
AND COMPLEX PATIENT TREATMENT
WITH OZENA**

(Surgical and complex treatment)

Vasylyev V.M. (Kyiv)

Summary

During the treatment of the 240 patients with ozena (24 – initial form, I stage; 216 – expressed form, II stage) there was used the complex method, including pathogenetic means – antibiotic- and glandtherapy, and also surgical thinning of the nose ways by the way of different implants placement under the nasal cavity mucous membrane, nasal septum, bottom and side wall with the reconstruction of the atrophic back part of the bottom scroll bone. It is stated in details the methodic of the nasal cavity recalibration. As an implants it was mostly used the homo- and automaterials: conservative hard brain membrane and costal carts. As a result of the conducted surgical and complex treatment there were received the positive results in 85,5% of examined during the period of follow-up from 1 to 5 years.