

В.М. ВАСИЛЬЄВ

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОЗЕНУ (ПОВІДОМЛЕННЯ 4)

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

Визначаючи ефективність лікування хворих на озену, багато авторів повідомляють про загальний результат, який не базується на даних лабораторних та функціональних клінічних досліджень. Така ситуація має місце тому, що, по-перше, більшість методів терапії при озені взагалі не спирається на конкретні лабораторні дослідження, які дозволяють об'єктивно прослідкувати за динамікою патологічного процесу; а по-друге, багато повідомлень мають епізодичний характер і виходять з невеликої кількості проведених обстежень.

Переважає більшість таких консервативних методів лікування хворих на озену, як тканева, стимулююча та вітамінотерапія, препарати подразнюючої дії і ряд інших консервативних способів, за даними самих авторів (Н.А. Паутов, 1963; Moore, Kern, 2001), дають короткочасний позитивний ефект, який визначається в період проведення лікування або в найближчі кілька тижнів.

Значно кращі результати відмічаються після використання комплексних способів терапії, які передбачають застосування 2-3 препаратів чи лікувальних підходів різної спрямованості і тривають від кількох місяців до кількох років (Л.А. Зарицкий, К.М. Губина, 1977; Reck, Aurbach, 1991).

Переваги хірургічних методів полягають насамперед в тому, що покращання стану пацієнтів має місце безпосередньо зразу ж після операції і триває, за даними різних авторів, в середньому 2-3 роки (И.А. Курилин, В.М. Васильев, 1982; В.М. Аksenov, Д.Ю. Крамник, 1996; В.И. Дибенко,

2001; Wang et al., 1994; Bertrand et al., 1996; el Kholy, Habib, 1998; Goldenberg, Danino, 2000; Jiang et al., 2002).

Періоди обстеження, лікування та вивчення віддалених результатів також значно відрізняються в залежності від цілеспрямованості та програми наукових досліджень. Переважна більшість робіт обмежується періодом проведення лікування, і досить рідко наводяться віддалені результати. В дисертаційних дослідженнях автори відмічають, що строки спостережень за більшістю хворих складають в середньому 2-3 роки і лише в окремих випадках досягають 5 років, а ефективність лікування коливається від 68 до 87% (Р.А. Шарипов, 1987). В публікаціях останніх років (Ізраїль) наводяться дані про результати спостереження у 18 осіб з озеною за 20-річний період, але такі дослідження зустрічаються дуже рідко. Слід зазначити, що критерії ефективності лікування автори визначають по різному: частіше всього говорять про покращання або значне покращання, хоча є повідомлення і про повне клінічне одужання, яке у Р.А. Шарипова (1987) досягло аж 41%, а І. Бернат (1966) відмічав зникнення скарг і симптомів у 87% обстежених пацієнтів за період від 1 до 4 років.

З нашої точки зору, слід дуже виважено підходити до оцінки ефективності результатів лікування хворих на озену і особливо обережно говорити про повне одужання. З морфологічної точки зору, зворотне перетворення метаплазованого багатошарового плоского епітелію в миготливий циліндричний в тих умовах, які складаються при

озені, надзвичайно проблематичне чи навіть практично неможливе, і ніхто з авторів не виконував післяопераційних гістологічних досліджень і не спостерігав таких змін; також мало ймовірно є анатомічне відновлення нормальної конфігурації носових раковин і всієї порожнини носа, особливо без її хірургічної рекалібровки. Тому найбільш доцільно визначати стан хворого як покращання чи значне покращання, бо випадки клінічного одужання в дійсності є поодинокими і нестійкими. Але не слід недооцінювати ті спостереження, коли пацієнти відмічають зменшення інтенсивності неприємного запаху та кількості кірок, кращу зволоженість слизової оболонки, полегшення носового дихання, і визначати їх як помірне покращання.

Мета роботи: простежити і проаналізувати ефективність розробленого консервативного та комплексного методів лікування хворих на озену, визначивши безпосередні і, особливо, віддалені результати.

Матеріали та методи

Під нашим наглядом в ЛОР-клініці НМУ з квітня 1966 до квітня 2006 р. знаходилось 418 осіб з озеною, з них жінок – 336 (80,4%), чоловіків – 82 (19,6%). Більшість пацієнтів – 296 (70,8% від числа обстежених) були молодого працездатного віку (до 30 років), але загальний розподіл за віком складав від 8 до 68 років. Тривалість хворо-

би становила від 1-2 до 45 років. Спостереження проводились в період від 1 до 40 років.

В роботі виконувались необхідні загальноклінічні та лабораторні дослідження. При клінічних обстеженнях зверталась увага на вираженість типових проявів озени – стадії захворювання; ступінь корекції патологічного розширення порожнини носа та покращання носового дихання визначались за допомогою відеоендоскопії, ринопневмометрії та ольфактометрії. Стан слизової оболонки порожнини носа характеризувався за результатами визначення мукоциліарного кліренса та за даними мікрориноскопії. Особливе значення ми надавали результатам лабораторних аналізів, насамперед мікробіологічному виявленню наявності чи відсутності клебсієли озени та біохімічному визначенню рівня заліза в сироватці крові у хворих для діагностування сидеропенії.

Результати та їх обговорення

Наші спостереження за хворими на озену здійснюються протягом значного проміжку часу, і за цей період ми систематично виконували їх обстеження та лікування: розробляли сучасні методики лабораторних і клінічних досліджень, нові методи хірургічного та комплексного лікування, вивчали результати проведеної терапії в різні строки спостережень (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за строком спостережень

Строки спостережень	Число хворих	% від загального числа хворих
До 3 міс (безпосередні результати)	418	100%
Від 3 міс до 1 року (близькі результати)	405	96,9%
Від 1 до 5 років (віддалені результати)	385	92,1%
Від 20 до 40 років (багаторічні спостереження)	86	20,5%

Як свідчать дані таблиці, безпосередньо після виконання необхідних клінічних і лабораторних досліджень та призначення відповідного консервативного, хірургічного чи комплексного лікування всі 418 обстежених знаходились під нашим наглядом

протягом кількох місяців, і ми розцінювали наслідки, отримані в ці строки, як безпосередні (найближчі) результати. В подальшому не всі пацієнти з'являлись для контрольного огляду і повторного лабораторного дослідження, що пов'язано, з нашого погляду,

як з індивідуальними особливостями кожної особистості і характером життєвляштування, так і з відомою кожному лікарю психологічною поведінкою людей – “коли хворому краще – лікар не потрібен”, хоча можливий ще інший варіант – до лікаря не звертаються, коли призначене лікування не дало позитивного наслідку. Тому неявку на повторний огляд можна розцінювати як той факт, що хворому або досить добре, або дуже погано.

Отже, до близьких результатів ми відносили строки спостереження за хворими від 3 міс до 1 року. Таких осіб було 405, що становить 96,9% від загального числа пацієнтів. За віддалені результати ми вважали наслідки проведеного лікування за період від 1 до 5 років. Таких хворих було всього 385, тобто 92,1% від обстежених. Крім того, слід зазначити, що під нашим наглядом були люди, які підтримували зв'язок з клінікою протягом багатьох років і періодично приходили для обстеження і особистого контакту. В 2005-2006 роках ми викликали для обстеження пацієнтів, які лікувались в клініці протягом 1966-1986 років, і з їх числа відгукнулось лише 86 (26,5%). В процесі лікування та спостереження у всіх хворих на озену систематично і неодноразово виконувались клінічні та лабораторні дослідження, насамперед, мікробіологічне визначення наявності клебсієли озени в порожнині носа та біохімічний аналіз вмісту заліза в сироватці крові. Ці ж та інші дослідження виконувались при оцінці ефективності проведеної нами терапії.

При визначенні оцінки результатів лікування хворих на озену ми приймали до уваги наступні показники їх стану:

1) власна оцінка обстежуваним свого стану, наявність типових скарг та їх динаміки;

2) вигляд носової порожнини при обстеженні: наявність чи відсутність кірок, їх кількість та можливість самостійного звільнення порожнини носа від патологічного вмісту; сухість чи зволоженість слизової оболонки порожнини носа; конфігурація (ширина) носових ходів; наявність неприємного запаху, його інтенсивність;

3) функціональний стан носової порожнини та слизової оболонки: показники носового дихання за даними ринопневмометрії, ступінь покращання мукоциліарного кліренсу за даними сахаринового тесту, стан нюхового аналізатора за результатами тоноольфактометрії;

4) визначення у виділеннях з порожнини носа клебсієли озени за даними мікробіологічних досліджень;

5) біохімічні показники вмісту заліза в сироватці крові;

6) оцінка загального стану пацієнтів: покращання самопочуття, працездатності, наявність трофічних порушень росту волосся, нігтів, стан зубів.

Підсумовуючи результати лікування хворих на озену, ми визначили такі критерії оцінки його ефективності: клінічне одужання, значне, помірне чи незначне покращання. Ми не користувались терміном «без ефекту», оскільки практично у кожного пацієнта була отримана в більшій чи меншій мірі позитивна реакція, але при оцінці віддалених результатів стан ряду обстежуваних був невідомим, тому що вони були відсутні. Оцінку ефективності проведеного лікування хворих на озену демонструють наступні табл. 2 та 3.

Таблиця 2

Критерії оцінки ефективності лікування хворих на озену (місцеві ознаки)

Оцінка ефективності	Скарги	Кірки	Сухість	Неприємний запах	Покращання архітектоніки носа
Клінічне одужання	« - »	« - »	« - »	« - »	« + »
Значне покращання	« - »	«-» «+»	«-» «+»	« - »	« + »
Помірне покращання	«+» «-»	«+»«- »	«+» «- »	«-» «+»	«+» «-»
Незначне покращання	«+»	«+»	«+»	«+» «-»	«-» «+»

Критерії оцінки ефективності лікування хворих на озену (лабораторні дослідження)

Оцінка ефективності	Клебсієла озени	Вміст заліза	Ринопневмометрія	Ольфактометрія	Сахариновий тест
Клінічне одужання	« - »	N	N	«+» «-»	« + »
Значне покращання	« - »	N	«+» «-»	«+» «-»	«+» «-»
Помірне покращання	« - »	N «-»	«-» «+»	«-» «+»	«-» «+»
Незначне покращання	«-» «+»	«-» «+»	« - »	« - »	« - »

Отже, результат лікування, позначений як «клінічне одужання», реєструвався нами в тому випадку, коли у пацієнта були відсутні скарги на наявність патології носа та порушення загального стану; при риноскопії мало місце значне покращання архітектоники носової порожнини, виявлялась відсутність кірок і неприємного запаху, слизова оболонка була рожевою і вологою; відмічалось покращання носового дихання (за даними ринопневмометрії), стану мукоциліарного кліренсу (за визначенням сахаринового тесту) та нюхового аналізатора (за результатами ольфактометрії). При мікробіологічних дослідженнях клебсієла озени не виявлялась, мало місце відновлення вмісту заліза в сироватці крові.

Як свідчать наведені в таблицях 2 і 3 дані, стан пацієнтів, у яких ми спостерігали «значне покращання» після лікування, відрізнявся від попереднього тільки тим, що слизова оболонка у них була мало зволоженою, а у верхніх відділах носової порожнини періодично виявлялась незначна кількість кірок, які легко видалялись при звичайному туалеті носа. Всі інші параметри практично були такими ж, хоча функціональні показники були дещо гіршими.

«Помірне покращання» ми реєстрували у тих осіб, у яких клінічна ситуація в носовій порожнині була нестійкою: кірки, сухість, неприємний запах то зникали, то з'являлись, що, звичайно, турбувало хворих. Хоча при цьому клебсієла озени у виділеннях з носа не визначалась, вдалося вирівняти вміст заліза в сироватці крові, і архітекtonіка носової порожнини теж була кращою. Показники функціональних тестів

– ринопневмометрії, ольфактометрії та сахаринової проби були нестабільними.

У деяких обстежених ми не отримали очікуваного результату, що було викликано несприятливим збігом ряду обставин: не вдалося провести повний курс лікування, насамперед з вини самого хворого або воно було несистематичним, нерегулярним; антимікробна терапія виявилась неефективною, і в окремих випадках у виділеннях з носа висівалась клебсієла озени, не було досягнуто нормалізації рівня заліза в сироватці крові. Більшість цих пацієнтів не з'являлись для повторного огляду та дослідження, не погоджувались на запропоноване хірургічне втручання, бо переважна кількість незадовільних результатів спостерігалась після проведення консервативного лікування. В той же час слід зазначити, що у цієї групи обстежуваних в носовій порожнині не було того важкого і нестерпного стану, який мав місце при початковому звертанні в ЛОР-клініку. Тобто у цих хворих теж відмічались позитивні зміни. Вони полягали насамперед в тому, що кірки в носі були зовсім не такими, як раніше – великими, тотальними, що вкривали всю порожнину носа, утворюючи тверді, цупкі конгломерати; їх було значно менше, вони розташовувались переважно у верхніх та задніх відділах порожнини носа, і, головне, пацієнт міг сам без сторонньої допомоги звільнитись від них та від патологічного вмісту. Видалення кірок має вирішальне значення в запобіганні появі неприємного запаху, оскільки цей симптом хвороби виникає тільки при перебуванні кірок в носовій порожнині більше 2 діб. Хворі цієї групи відмічали та-

кож зменшення відчуття сухості в носовій порожнині, зменшення інтенсивності неприємного запаху та періодичну його відсутність. На наш погляд, все це дає право віднести такі результати лікування до групи «незначне покращання».

Як показано в табл. 1, ми проводили спостереження та оцінювали результати нашої роботи в різні строки, по суті, безперервно протягом 40 років, але систематичний контроль і обстеження пацієнтів виконувались в основному в період до 5 років з моменту їх звертання в ЛОР-клініку. Звичайно безпосередні та найближчі результати, що стосуються спостережень за динамікою хвороби протягом 1 року, не є цікавими і важливими, бо за такий короткий час кожен метод у всіх авторів при копіткому виконанні має дати позитивний результат. Тому ми не вважали за потрібне детально аналізувати наслідки призначеного нами консервативного, хірургічного та комплексного лікування в ці строки спостереження, але окремі деталі перебігу хвороби після застосування окремих засобів треба відмітити.

Отже, ми провели консервативне лікування 178 (42,6%) хворих, які склали 1-у групу. У обстежуваних цієї групи були незначні прояви озени, і терапевтичні методи були застосовані для надання допомоги 66,7% з них при початковій формі озени (I стадія) та всім з регресивною (III стадія) її формою. Комплексний метод лікування був використаний у 216 осіб 2-ї групи з тяжкими проявами озени (явна форма, II стадія) та у 24 – з I стадією хвороби, але з наявністю початкових змін в плані деформації і розширення носової порожнини. Як уже було відмічено, ми не виконували функціональних лабораторних досліджень при розгляді результатів спостережень за хворими в період до 1 року, бо це був фактично лікувальний період. Перший етап консервативного лікування продовжувався в середньому 2,5-3 міс, через півроку у всіх пацієнтів проводився другий етап, або протирецидивний курс, протягом 1,5-2 міс. Крім того, слід відмітити, що при застосуванні консервативного метода лікування не можна розраховувати на швидкий позитивний результат; ефективність цього способу виявляється

не раніше, ніж через 1,5-2 міс після початку лікування. В протилежність цьому комплексне лікування завдяки використанню хірургічного втручання дозволяє отримати позитивні зрушення безпосередньо з перших днів після операції, що має надзвичайно важливе значення для осіб, які страждають багато років.

На рис. 1 (див. кольорову вставку) представлено стан порожнини носа у хворої на озену після видалення тампонів на 5-й день після хірургічного втручання. Як видно, порожнина носа значно звужена, слизова оболонка рожева, волога, кірки та неприємний запах відсутні.

Рис. 2 показує динаміку змін в носовій порожнині на 12-й день після операції.

Звуження носових ходів після виконання операції відбувається внаслідок наявності значних інфільтратів на носовій перегородці в ділянках дна та бічної стінки носа з обох сторін за рахунок введення імплантів у кишені під слизову оболонку. Крім того, до переваг ауто- та гомотрансплантатів слід також віднести й те, що вони не тільки дають можливість зменшити патологічно розширену носову порожнину, але одночасно з перших днів після їх введення стають постійними подразниками нейрорецепторного апарату слизової оболонки та біологічними стимуляторами, що неодмінно покращують трофічні процеси в тканинах носа, підвищують місцеву та загальну реактивність організму, тому використання вищезгаданих матеріалів має патогенетичну спрямованість.

Рис. 3 демонструє стан задніх відділів носової порожнини на 12-й день після хірургічного втручання.

Отже, як демонструють представлені відеоендоскопічні знімки, після проведеної операції носова порожнина змінюється на всьому протязі, а не тільки в місцях розташування імплантів. Відмічається не лише звуження носових ходів, але й значно покращується стан самої слизової оболонки, яка стає зволоженою як в передніх, так і в задніх та верхніх відділах порожнини носа. Це має особливо важливе значення, оскільки в ній внаслідок розвитку такого стану не утворюються кірки і зникає неприємний запах.

Стан порожнини носа після проведеного хірургічного втручання в найближчі

строки у 240 прооперованих осіб показує табл. 4.

Таблиця 4

Стан порожнини носа після проведеного хірургічного втручання в найближчі строки у 240 прооперованих пацієнтів

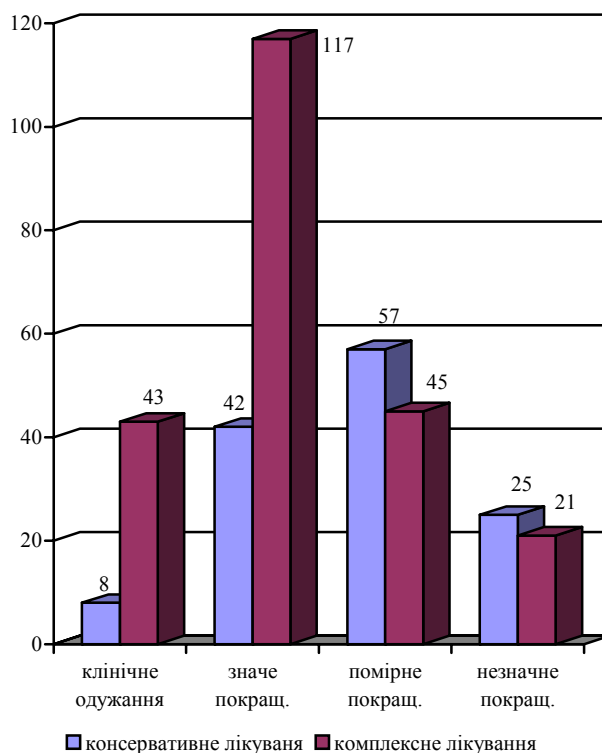
Оцінювані параметри	Число хворих	
	через 10-12 діб	через 3 міс
Збільшення кількості слизу в порожнині носа	240	218
Зникнення неприємного запаху	221	195
Зникнення кірок в порожнині носа	219	169

Тобто, як демонструють дані табл. 4, після проведеного хірургічного втручання в перші два тижні майже у всіх хворих спостерігається зникнення типових проявів озени, що свідчить про значне покращання у них стану носової порожнини, але подальші успіхи в лікуванні ми пов'язували, головним чином, з проведенням патогенетичного лікування – антибіотико- та залізотерапії. Тому ми надавали перевагу не стільки успіхам перших післяопераційних днів, скільки покращанню стану порожнини носа через 3 міс, яке мало місце також у переважній більшості прооперованих. Кірки були відсутні у 169 (70,4%) пацієнтів, неприємний запах – у 195 (81,3%). Наявність слизу в носовій порожнині виявлялась у 216 (90,8%) обстежених, що давало їм можливість самостійно проводити туалет носа і сприяло зменшенню кількості кірок та неприємного запаху.

Таким чином, не зупиняючись на детальній характеристиці стану хворих в період до 1 року, перейдемо до відображення віддалених результатів лікування в строках спостережень від 1 до 5 років. Такі строки при визначенні результатів лікування використані нами тому, що в переважній більшості дисертаційних робіт за віддалені результати приймаються строки спостережень і досліджень у хворих через 1 рік.

Застосування консервативного лікування дало такі результати: клінічне одужання – у 8 (5,5%), значне покращання – у 42 (29,2%), помірне покращання – у 57

(39,3), незначне покращання у 25 (17,2) осіб. Не з'явилися для контрольного обстеження 13 (5,8%) пацієнтів. При проведенні комплексного лікування клінічне одужання було виявлено у 43 (17,9%) хворих, значне покращання – у 117 (48,7%), помірне покращання – у 45 (18,8%), незначне покращання – у 21 (8,8%); результати не були з'ясовані у 14 (5,8%). Наведена діаграма наочно демонструє переваги комплексного лікування хворих на озену.



Ефективність консервативного та комплексного лікування хворих на озену за період спостережень від 1 до 5 років.

Порівняння результатів консервативного та комплексного лікування показало, що вони значно відрізняються, особливо при підрахунку кращих наслідків – клінічного одужання та значного покращання, які в 1-й групі склали разом 34,5%, а в 2-й – 66,6%.

Загальна ефективність призначеного нами лікування 385 хворих на озену у зазначені строки (від 1 до 5 років) була такою: клінічне одужання відмічено у 51 (13,2%), значне покращання – у 159 (41,3%), помірне покращання – у 102 (26,5%), незначне покращання – у 46 (12,0%); результати не з'ясовані у 27 (7,0%).

Всі представлені нами показники ефективності консервативного та комплексного лікування, які наведені в таблицях і продемонстровані на відеоендоскопічних знімках, були підтверджені даними лабораторних досліджень.

Наводимо приклад клінічного одужання з числа пролікованих нами хворих на озену.

Хвора С-ка, 1992 р. народження, жителька м. Києва, школярка, звернулася в ЛОР-клініку НМУ у вересні 2005 р. зі скаргами на гнійні виділення з порожнини носа, кірки, неприємний запах, зниження нюху, порушення носового дихання, частий головний біль, загальне нездужання, швидко втому. Захворювання почалося поступово в 11-12 років (з 2003 р.), коли у пацієнтки з'явилися рясні виділення з носа гнійного характеру з неприємним запахом та періодичний головний біль, нездужання. Протягом 2 років вона лікувалась амбулаторно та в дитячому ЛОР-стаціонарі з діагнозом: «гострий двобічний гайморит», з приводу якого виконувались неодноразово пункції верхньощелепних пазух, призначались курси антибіотикотерапії, але позитивні зрушення були незначними, і захворювання прогресувало.

При звертанні в ЛОР-клініку загальний стан хворої був задовільний, шкіра – бліда, серцево-судинна система не порушена, в загальному аналізі крові змін не виявлено. ЛОР-статус: конфігурація зовнішнього носа звичайна, носова порожнина значно розширена за рахунок атрофії носових раковин і майже повністю заповнена кірками

темно-сірого кольору, слизова оболонка – суха, атрофічна, з незначною кількістю в'язкого слизу, відчувається різкий неприємний типовий запах. Амбулаторно, до госпіталізації, проведені бактеріологічні, біохімічні та функціональні дослідження. Бактеріологічне дослідження: з кірок та носового слизу виділена культура клебсієли озеї в значній кількості (+++), чутлива до цефтриаксону; при біохімічних дослідженнях вміст заліза в сироватці крові знижений і складає 7,15 мкмоль/л (норма – від 9,84 до 25,1 мкмоль/л). Рентгенографія навколоносових пазух: незначне пристінкове потовщення слизової оболонки обох верхньощелепних пазух. Функціональні проби – ринопневмометрія, ольфактометрія, сахариновий тест показали порушення II ступеня.

Діагноз: озена, II стадія, явна форма.

На рис. 4 і 5 представляємо відеоендоскопічний вигляд носової порожнини у хворої С-кої. Як видно, носова порожнина розширена, слизова оболонка вкрита масивними кірками, нижня носова раковина атрофічна. В передніх відділах візуалізується широкий нижній та загальний носовий хід. Задній відділ носа значно розширений, «пустий», задній кінець нижньої носової раковини атрофований, практично відсутній.

28.09.2005 р. проведена операція – рекалібровка носової порожнини. Під загальним знеболенням відшарована слизова оболонка порожнини носа і утворено дві кишені в лівій її половині – в ділянці носової перегородки та дна носа з переходом на бічну стінку в задніх відділах; в правій половині сформована одна кишеня по дну носа. В ці 3 кишені введені імплантати з консервованого реберного гомохряща у вигляді шматочків розміром 0,5x4,0 см та товщиною 1,5-2 мм. В кишені на носовій перегородці розміщено 2 імплантати, в кишенях по дну носа – по одному. В носову порожнину щільно введені тампони, просякнуті розчином цефтриаксона.

За 2 дні до хірургічного втручання і протягом 3 тижнів після нього призначалась антибіотикотерапія цефтриаксоном по 1,0 г на добу та залізотерапія (ферум-лек по 1,0 г в/м через день). Після видалення тампонів (на 3-ю добу) та серветок (на 5-у) слизова

оболонка порожнини носа значно змінилася, вона стала вологою, рожевою, кірок та гнійних виділень в порожнині носа не було; неприємного запаху не відмічено. Архітектоніка носової порожнини суттєво покращилася за рахунок значних інфільтратів в ділянках розміщення імплантатів. Хвора виписана з лікарні на 12-й день після хірургічного втручання в цілком задовільному стані.

Протягом 2 років пацієнтка систематично з'являлася для огляду та проведення відповідних досліджень. Рівень заліза в сироватці крові залишався стабільним, клібсіела озени не виявлялась, але в квітні 2006 р. був призначений 2-тижневий протирецидивний курс цефтриаксоном по 1,0 г на добу. При контрольному огляді у вересні 2007 р. стан хворої оцінено як клінічне одужання: скарги відсутні; порожнина носа має нормальну конфігурацію; слизова оболонка волога; кірки, неприємний запах не виявлені. Показники функціональних досліджень – ринопневмометрії, ольфактометрії та сахариновий тест були нормальні. На рис. 6-10 показано відеоендоскопічний вигляд різних відділів носової порожнини.

Як видно з наведених фотознімків, всі відділи носової порожнини – передній, середній та задній мають нормальний вигляд; конфігурація носових ходів – звичайна; слизова оболонка – волога, рожева, вкрита слизом; кірки відсутні.

Таким чином, проведене нами вивчення віддалених результатів у 385 хворих на озену в строки від 1 до 5 років переконливо демонструє значні переваги комплексного методу їх лікування. Запропонований метод базується на новій концепції патогенезу озени, яка трактується нами як інфікований гіпосидероз. Розроблений на основі цього спосіб включає 3 головних компоненти: антимикробну та залізотерапію, як патогенетичні засоби, і хірургічну рекалібровку патологічно розширених носових ходів. Застосування комплексного методу дало можливість отримати наступні результати: клінічне одужання було зареєстровано у 43 (17,9%) пацієнтів, покращання значне – у 117 (48,7%), помірне – у 45 (18,8%), незначне – у 21 (8,8%). Висока ефективність розробленого нами комплексного методу лікування хворих на озену дозволяє рекомендувати його для широкого використання в практичній медицині.

1. Аксенов В.М. Крамник Д.Ю. Отдаленные последствия хирургического лечения по поводу озены // Вестн. оториноларингологии. – 1996. – № 1. – С. 50-51.
2. Бернат И. Значение гипосидероза в патогенезе озены. – М., 1966. – 149 с.
3. Диденко В.И. Аутоотрансплантация губчатой кости с костным мозгом при лечении больных атрофическим ринитом и озоной. Хирургическая техника. Эффективность // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 2001. – № 5. – С. 77-82.
4. Зарицкий Л.А. Губина К.М. Озена. – К.: Здоров'я. – 1977. – 96 с.
5. Курилин И.А., Васильев В.М. Комплексный метод лечения больных озоной // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – №3. – С. 1-9.
6. Паутов Н.А. Озена // Многомное руководство по оториноларингологии. – 1963. – Т. 3. – С. 85-120.
7. Шарипов Р.А. Гелий-неоновое лазерное излучение в комплексном лечении больных озоной: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 1987. – 24 с.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.

12. Moore E.J., Kern E.B. Atrophic rhinitis: a review of 242 cases // *Am J Rhinol.* – 2001. – Nov-Dec. – 15(6). – P. 355-361.
13. Reck R., Aurbach G. Therapy of ozena // *Laryngorhinootologie.* German. – 1991 Jan. – 70(1): P. 21-3.
14. 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 ОЗЕНОЙ (сообщение 4)**

Васильев В.М. (Киев)

Резюме

В работе представлены отдаленные результаты лечения 418 больных озенкой, из которых у 178 использовались для этого консервативные методы, а у 240 – комплексный. Эффективность лечения была изучена у 385 пациентов в сроки от 1 до 5 лет. Предлагаемый автором способ базируется на новой концепции патогенеза озоны, которая рассматривается как инфицированный гипосидероз. Разработанный на этом принципе комплексный метод лечения включает три основных компонента: антимикробную- и железотерапию (как патогенетическую) и хирургическую рекалибровку патологически расширенных носовых ходов. Применение этого метода дало возможность получить следующие результаты: клиническое выздоровление – у 43 (17,9%) обследованных, значительное улучшение – у 117 (48,7%), умеренное улучшение – у 45 (18,8%), незначительное улучшение – у 21 (8,8%). Высокая эффективность разработанного комплексного метода лечения больных озенкой позволяет рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении.

**REMOTE RESULTS OF CONSERVATIVE
AND COMPLEX OZENA PATIENTS'
TREATMENT (message 4)**

Vasilyev V.M. (Kiev)

Summary

The work presents remote results of 418 patients with ozena treatment, from which 178 were used for conservative methods, and 240 – complex. The effectiveness of treatment was studied in 385 patients during 1-5 years. Author proposed method is based on new ozena pathogenesis concept which is considered as an infected hyposiderosis. Developed on this method the treatment complex method includes three main components: antimicrobial and ferrotherapy (i.e. pathogenetic), and surgical recalibration of pathological widen nasal passages. The usage of this method gave an opportunity to receive the following results: clinical recovery – 43 (17,9%), considerable improvement – 117 (48, 7%), temperate improvement – 45 (18, 8%), inconsiderable improvement – 21 (8,8%). High effectiveness of developed complex method of ozena patients' treatment allows to recommend it to the widen usage in the practical health care field.