

УДК 617.713-002-022.7: 615.356: 615.37

В.Н. Сакович

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНИЙ КЕРАТИТ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Ключові слова: бактеріальні кератити, піобактеріофаг, комплексне лікування, клінічні показники в балах.

Введення. Збудниками очних інфекцій можуть бути бактерії, грибки, найпростіші і віруси. На частку бактерій припадає понад 95% випадків [5]. У структурі збудників інфекційних захворювань органа зору спостерігається зрушення в бік більш агресивної грамнегативної мікрофлори. Поява в останні роки штамів бактерій, стійких до багатьох використовуваних в медичній практиці антибіотиків, суттєво знижує ефективність хіміопрофілактики і терапії [4]. Інфекції, спричинені резистентними штамми, відрізняються тривалим перебігом, частіше вимагають госпіталізації і збільшують тривалість перебування в стаціонарі. Складність лікування бактеріальних кератитів полягає в тому, що важкі порушення зорових функцій не завжди поєднуються з вираженими загальними розладами, тому вибір оптимальних режимів антибактеріальної терапії повинен ґрунтуватися на клінічних показниках і на чітких лабораторних умовах специфічної діагностики інфекції [2]. Наведені дані свідчать про необхідність пошуку нових антибактеріальних препаратів і способів лікування хворих бактеріальними кератитами [3,8]. В якості альтернативи антибіотикам може бути використаний вискоелективний препарат піобактеріофаг, призначений для лікування гнійно-септичних і ентеральних захворювань, викликаних умовно-патогенними бактеріями роду *Escherichiae*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Klebsiellae* [6,9]. Він перевершує антибіотики по ефективності, активні щодо антибіотико-резистентних штамів бактерій, не викликає побічних токсичних і алергічних реакцій, не має протипоказань до застосування [1,7].

Мета дослідження - покращення клінічних показників у пацієнтів бактеріальними кератитами при застосуванні піобактеріофага.

Матеріали і методи Під нашим спостереженням перебував 191 хворий (191 око) бактеріальними кератитами у віці від 18 до 78 років. Чоловіків було 102,

жінок-89. Хворі були розділені на 2 групи - основну (110 хворих) і контрольну (81 хворих). Всім хворим призначали антибактеріальну терапію, мідріатики, десенсибілізуючі, тканинні препарати, вітаміни. Крім того, в основній групі хворих застосовували пробіотик полівалентний піобактеріофаг по 1-2 краплі 4-5 разів на день з першого дня надходження в стаціонар і до одужання. Офтальмологічне обстеження хворих проводилося за загальноприйнятою методикою: використовували візометрію, біомікроскопію передніх відділів ока за допомогою щілинної лампи, офтальмоскопію і флюоресцеїнову пробу для оцінки епітелізації рогової оболонки і пахіметрія. Вивчено динаміку клінічних показників у пацієнтів основної та контрольної груп, виражену в балах.

Виразність запальної реакції оцінювали за об'єктивними показниками: наявність і вид виділень в кон'юнктивальній порожнині, ступінь вираженості змішаної ін'єкції, набряку рогівки, ступеня запальної інфільтрації поверхневих шарів рогівки.

Ознаки оцінювалися за розробленою нами умовною шкалою.

I. Відділяємо з кон'юнктивальної порожнини:

0 - відсутнє,

1 - слизисте убоге,

2 - слизисте рясне,

3 - слизисте гнійне.

II. Ступінь вираженості змішаної ін'єкції:

0 - блідо-рожева, відповідна фізіологічній нормі,

1 - слабовираженая змішана ін'єкція,

2 - помірно виражена змішана ін'єкція,

3 - виражена змішаності ін'єкція.

III. Набряк рогівки:

0 - набряк рогівки відсутній, рогівка прозора на всьому протязі,

1 - локальний набряк епітелію рогівки в зоні запалення,

2 - локальний набряк епітелію з переходом на поверхневі шари строми,

3 - локальний набряк в поверхневих і середніх шарах строми.

IV. Запальна інфільтрація:

0 - інфільтрація відсутня,

1 - помірна інфільтрація,

2 - виражена інфільтрація,

3 - дифузна інфільтрація.

На кожного хворого заповнювалася карта індивідуального обстеження хворого, яка відображала динаміку перебігу захворювання залежно від застосованої схеми лікування.

Для характеристики кількісних ознак розраховували кількість спостережень (n), середнє арифметичне значення (M), стандартну помилку середнього (m), стандартне відхилення (SD), медіану (Me); для якісних ознак - показники інтенсивні, екстенсивні, наочності.

Результати та їх обговорення. У таблиці 1. представлена динаміка клінічних показників у пацієнтів основної та контрольної груп, виражена в балах. Як видно з представлених даних, ступінь вираженості виділень в кон'юнктивальної порожнини до початку лікування в середньому становила 2 бали (медіана) в обох групах, що згідно з критеріями говорить про переважання рясного слизового. Після проведеного лікування відокремлюване практично відсутнє (медіана дорівнює 0 балів). Зміни показника в кожній групі були високо достовірними ($p < 0,001$).

Таблиця 1

Динаміка ступеня вираженості клінічних показників у хворих бактеріальними кератитами до і після лікування різними способами

(Бали)

Показники	Статисти- чні характери- стики	Основна група (n=110)		Контрольна група (n=81)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Відділяєме кон'юнктивальної порожнини:	M±m	1,90±0,09	0,14±0,03	1,75±0,12	0,26±0,05
	Me	2	0	2	0
Ступінь вираженості змішаної ін'єкції:	M±m	2,08±0,08	0,22±0,04	1,88±0,11	0,60±0,07
	Me	2	0	2	1
Набряк рогівки	M±m	2,10±0,08	0,85±0,08	1,91±0,09	1,33±0,09
	Me	2	1	2	1
Запальна інфільтрація	M±m	2,07±0,07	0,35±0,05	1,96±0,09	0,52±0,07
	Me	2	0	2	0

Примітка. $p < 0,001$ у всіх випадках порівняння показників у динаміці в кожній групі за критерієм Ст'юдента та Вілкоксона для залежних вибірок

В той же час, на тлі порівнянних показників ступеня вираженості виділень з кон'юнктивальної порожнини до початку лікування - $(1,90 \pm 0,09)$ і $(1,75 \pm 0,12)$ балів в основній і контрольній групах відповідно ($p > 0, 30$), після комплексної терапії із застосуванням піобактеріофага вираженість показника зменшилася до $(0,14 \pm 0,03)$ бали і достовірно відрізнялася від такої в контрольній групі $(0,26 \pm 0,05)$ бала ($p < 0,05$) (рис .1).

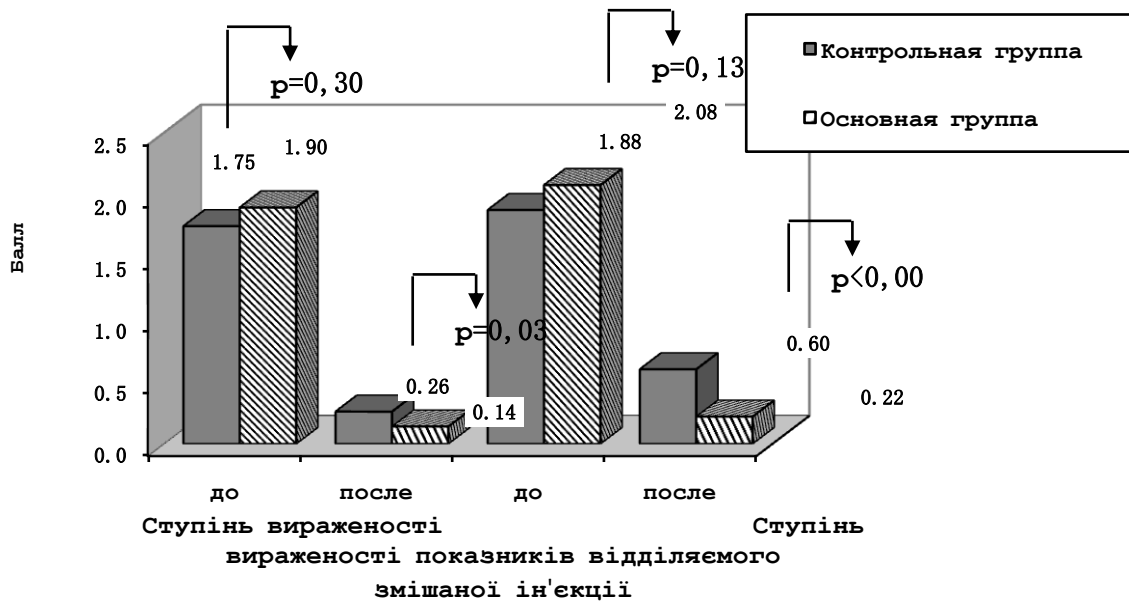


Рис.1 Ступінь вираженості показників виділень і змішаної ін'єкції хворих кератитом в динаміці лікування при різних схемах терапії (р між групами оцінено за критерієм Стьюдента для незалежних вибірок).

Ступінь вираженості змішаної ін'єкції до лікування в обох групах була переважно помірно-вираженою (у середньому 2 бали), без достовірних відмінностей між ними ($p > 0,10$). Під впливом терапії показник в основній групі достовірно знизився ($p < 0,001$) до рівня фізіологічної норми ($0,22 \pm 0,04$ балів; медіана - 0 балів). У контрольній групі ступінь вираженості змішаної ін'єкції теж істотно зменшилася ($p < 0,001$), проте більше відповідала критеріям слабкої гіперемії ($0,60 \pm 0,07$ балів; медіана - 1 бал), ніж нормі. Відмінності між групами після лікування були достовірними з $p < 0,001$ (рис.1).

Оцінюючи ступінь вираженості таких клінічних показників як набряк роівки і запальна інфільтрація (табл.1, рис. 2), слід відзначити їх позитивну динаміку у пацієнтів обох груп. Якщо на момент госпіталізації для хворих була характерна виражена інфільтрація (медіана становила 2 бали), то після лікування у більшості (62,8%) пацієнтів інфільтрація повністю регресувати. Показник в основній групі знизився до ($0,35 \pm 0,05$) балів, а в контрольній - до ($0,52 \pm 0,07$) балів ($p < 0,001$ між групами).

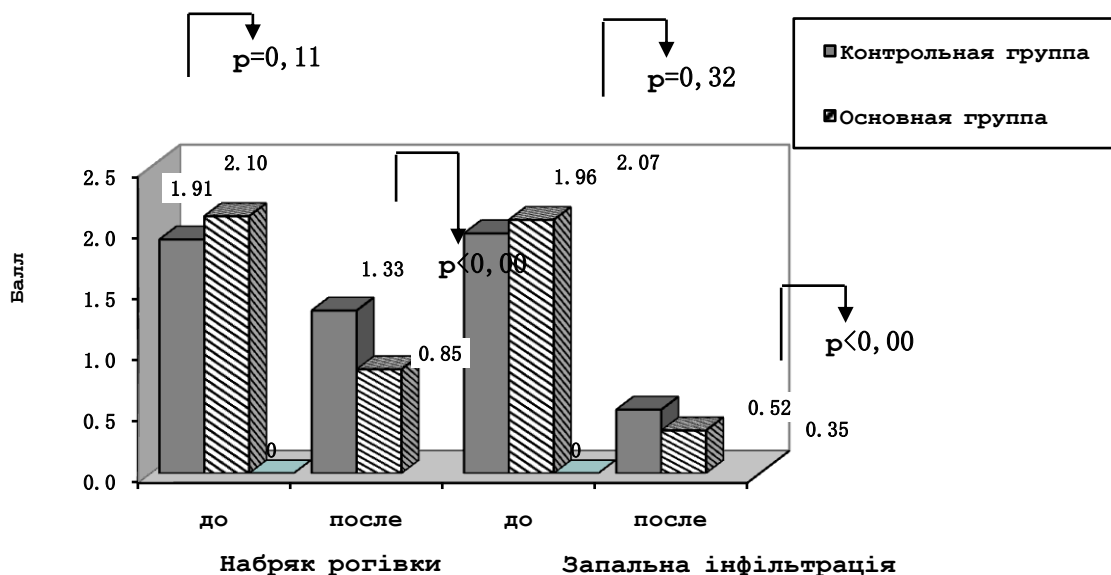


Рис.2. Ступінь вираженості показників набряку рогівки і запальної інфільтрації у хворих кератитом в динаміці лікування при різних схемах терапії (р між групами оцінено за критерієм Стюдента для незалежних вибірок).

Ступінь набряку рогівки до початку лікування в обох групах в середньому відповідала 2 балам, тобто відзначався локальний набряк епітелію з переходом на поверхневі шари строми. Після лікування у більшості пацієнтів набряклість зникала (30,9%) або зберігався локальний набряк епітелію рогівки в зоні запалення (36,1%). Як і в попередніх випадках, ступінь набряку рогівки була достовірно нижче у пацієнтів основної групи - ($0,85 \pm 0,08$) балів проти ($1,33 \pm 0,09$) балів ($p < 0,001$).

Таким чином, застосування пробіотика поливалентного піобактеріофаг в комплексному лікуванні бактеріальних кератитів значно покращує клінічні показники і сприяє швидшому одужанню.

Висновки. Застосування піобактеріофаг в комплексному лікуванні хворих бактеріальним кератитом характеризується високою ефективністю, забезпечує стабільні клініко-функціональні результати в основній групі в порівнянні з контрольною: після лікування відділяємо з кон'юнктивальної порожнини практично відсутнє ($p < 0,001$), ступінь вираженості змішаної ін'єкції зменшилася ($p < 0,001$), набряк рогівки у більшості пацієнтів зник ($p < 0,001$), інфільтрація регресувала ($p < 0,001$). Встановлено терапевтична ефективність піобактернофага при лікуванні хворих з бактеріальними кератитами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Завгородская Н. Г. Практичний досвід лікування ушкодження рогівки / Н.Г. Завгородская, Н.С. Ісакова, О.А. Луценко // Проблеми, досягнення та перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичної охорони здоров'я. - Сімферополь, 2010. - С. 74-76.
2. Тихончук Н.А. Зміна IgA у хворих синдромом сухого ока на фоні гормональної дисфункції / Н.А. Тихончук, Р.Л. Скрипник // тези наук.-практ. конф. офтальмологів. з міжнар. участю "Філатовські читання". – О., 2013. – С. 48.
3. Фаді З. І. Аль-Кальялі. Клініко-експериментальне обґрунтування застосування пробіотику в лікуванні передніх ендогенних увеїтів автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.18 / З. І. Фаді Аль-Кальялі // – Днепропетровськ, 2013. – 18 с.
4. Яни Е.В. Тактика терапії при гиперэргическом эпидемическом кератоконъюнктивите / Е.В. Яни // тез. докл. IX съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С.379- 380.
5. Chuvstvitelnost i resistantnost k antibakterialnim preparatam mikroflori konjunktivalnoy polosti u detey / Т.Н. Vorontsov, Brzhesky V.H., М.М.Мikhailova [et al.] // Ophthalmology. – 2012. – Vol. 9 – P.83 – 91.
6. Fuller R. History and development of probiotics / Fuller R. // Probiocs. The scientific basis. – London: Chapman & Hall, 2012. – P.1 – 9.
7. Laboratory findings in tear fluid analysis / L.Y. Ohashi Dogru, M.V. Tsubta, K.F. [et al.] // Ophthalmology. – 2010. – Vol. 36. – P.17 – 28.
8. Sheikn A.K. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: Cochrane systematik review / A.K. Sheikn, J.O., A.F.Huwits // Br. Gen. Pract. – 2010. – Vol. 55 – P.962 – 964.

9. Zborovskaya A.B. Znachenie fluorestsentnoy keratografii v dyferentsyalnoy diagnostike bakteryalnih keratytov raznoy etiologii / A.B. Zborovskaya, M.K., Chornobai // Ophthalmology. East. Eur. – 2013. – Vol. 6 – P.83 – 91.