

## Резюме

**Марута Н.А., Рачкаускас Г.С., Фролов В.М.** Влияние нуклеината на состояние макрофагально-моноцитарной фагоцитирующей системы у больных соматизированными депрессивными расстройствами.

У больных соматизированными депрессивными расстройствами (СДР) выявлены нарушения аффективного фона, а также существенные нарушения со стороны иммунологических показателей, характеризующих состояние макрофагально-моноцитарной фагоцитирующей системы (ММФС), а именно снижение фагоцитарных индексов моноцитов периферической крови, что свидетельствует о незавершенности процессов фагоцитоза. Применение современного отечественного иммуноактивного препарата нуклеината в лечебный комплекс больных СДР способствовало нормализации психоэмоционального и соматического состояний больных и показателей, которые характеризуют функциональное состояние ММФС.

**Ключевые слова:** соматизированные депрессивные расстройства, макрофагально-моноцитарная фагоцитирующая система, фагоцитарная активность моноцитов, нуклеинат, лечение.

## Summary

**Maruta N.O., Rachkauskas G.S., Frolov V.M.** Influence of nucleinat on functional condition of macrophagal-monocytic phagocytic system at the patients with somatized depressive disorders.

At the patients with somatic depressive disorders (SDD) was set a disturbances an affective phone, and also essential from the immunologic indicators characterising a macrophagal-monocytic phagocytic system (MMPS) state, namely depression phagocytic indexes of periferal blood monocytes that testified about incompleteness of phagocytosis processes. The using of modern domestic immunoactive preparation nucleinas in the complex treatment provided normalisation of phsyhoemotional and somatic state of the patients with SDD and indexes, which characterised a MMPS functional state.

**Key words:** somatic depressive disorders, macrophagal-monocytic phagocytic system, phagocytic activity of monocytes, nucleinas, treatment.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. С.Є.Казакова

**НЕТЯЖКА НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ, ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ**

**О.С. Махаринська**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

## Вступ

Інфекції дихальних шляхів при цукровому діабеті (ЦД) характеризуються тяжкими клінічними особливостями, більшою тривалістю перебігу та підвищеною смертністю, що частково можна пояснити зниженням Т-клітинно-опосередкованої імунної відповіді. Хронічна гіперглікемія внаслідок абсолютної або відносної інсулінової недостатності призводить до метаболічних порушень у пацієнтів з ЦД, які проявляються типовими синдромами та симптомами. Величина та тривалість гіперглікемії тісно зв'язана з тяжкістю мікрovasкулярних та неврологічних ускладнень, наявність яких призводить до зростання ризику інфекцій [4]. Докази причинних наслідків між діабетом та загальними інфекціями, отримані за допомогою клінічних досліджень, є обмеженими та не узгодженими. Пацієнти з ЦД мають збільшений ризик інфекцій сечостатевої системи та асимптоматичної бактеріурії, також шкіри та слизових мембран, включаючи *Candida spp.* та інфекцій стопи. Зв'язок поміж інфекціями респіраторного тракту та діабетом є до сих пір нез'ясованим. Негоспітальна пневмонія (НП) серед причин смертності у хворих старше 65 років займає четверте місце та шосте - серед причин летальності. В Україні захворюваність на НП у 2010 році складала 519,7, смертність - 10,3 випадків на 100 тис. Населення [5]. Необхідність оптимізації лікування основного і супутніх захворювань, враховуючи поліморбідність, диктується тим, що супутня патологія впливає на вибір препаратів для лікування основного захворювання. Не дивлячись на досягнення в вивченні патогенезу та лікування пневмоній, в теперішній час не вдалося досягнути значимих змін в показниках захворюваності та смерт-

ності. У хворих на ЦД 2-го типу можуть змінюватись фармакокінетичні і фармакодинамічні властивості антибіотиків, які застосовуються для лікування пневмоній - як у зв'язку з можливим ускладненням нирок і/або печінки, так і з необхідністю продовження прийому цукрознижуючих препаратів. Крім того, попередній прийом антибіотиків для лікування інфекційних ускладнень діабету значно підвищує імовірність етіологічної значущості в виникненні НП збудників з тими чи іншими рисами сталості до антибіотиків, що потребує застосування антимікробних засобів, здатних здолати поширені механізми сталості.

**Метою** даної роботи було вивчення клінічних особливостей нетяжкої НП у хворих на ЦД 2 типу, порівняння ефективності різних режимів антибактеріальної терапії при лікуванні таких хворих в умовах терапевтичного стаціонару.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконана згідно з основним планом науководослідних робіт (НДР) Харківської медичної академії післядипломної освіти та є фрагментом НДР "Удосконалення органопротекції у хворих на цукровий діабет 2 типу із серцево-судинною патологією" (№ держреєстрації 0105U002863).

#### **Матеріали та методи дослідження**

Під спостереженням знаходилось 134 хворих з нетяжкою НП, госпіталізованих в МКБЛ № 25 м. Харкова в період з 2007 по 2011 роки, яких було розподілено на 2 групи: хворі на НП з супутнім ЦД 2 типу (1 група) та хворі на НП без супутнього ЦД 2 типу (2 група). Критерії включення пацієнтів в дослідження: вік старше 18 років; згода пацієнта на включення в дослідження; підтверджений клінічно та рентгенологічно діагноз негоспітальної пневмонії; нетяжкий перебіг. Критерії виключення: вік менше 18 років, амбулаторне лікування, відмова від участі в дослідженні, супутній ЦД 1 типу, неопластичні захворювання, тяжка хронічна печінкова та/або ниркова недостатність, психічні захворювання, наркоманії, емпієма плеври, наявність бронхоектазів, деструкція/абсцес легень на рентгенограмі, туберкульоз, опортуністичні інфекції, синдром набутого імунodefіциту (СНІД).

Загальний стан пацієнтів, клінічні ознаки НП оцінювали в день госпіталізації (день "0"), через 48-72 години та на 7-10 день від

початку лікування (день "7-10"). Визначали температуру тіла, частоту дихання (ЧД), частоту серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск (АТ), вираженість задишки, оцінювали наявність та характер кашлю та мокротиння, дані аускультатії. До лікування та на 7-10 добу від початку лікування хворим проводили клінічні аналізи крові та сечі, біохімічне дослідження крові (вміст цукру крові, рівень сечовини, креатиніна та печінкові проби). Вік пацієнтів з супутнім ЦД 2 типу коливався від 50 до 89 років, середній вік  $67,8 \pm 10,8$ ; медіана (Me) -71 рік. Вік пацієнтів без супутнього ЦД 2 типу коливався від 50 до 85 років, середній вік  $64,3 \pm 10,2$ ; Me - 61,5 років. Тяжкість перебігу НП оцінювали за допомогою шкали CRB-65. До отримання результатів бактеріологічного дослідження усім хворим емпірично призначали антибактеріальну терапію. Загальна тривалість антибіотикотерапії становила  $9,8 \pm 2,3$ , Me - 10 днів у групі пацієнтів з супутнім ЦД 2 типу і  $8,8 \pm 2,3$ , Me - 9,5 днів у групі пацієнтів без супутнього ЦД 2 типу. Клінічну ефективність лікування оцінювали на 7-10 добу від початку перебування в стаціонарі за критеріями: клінічне видужання, клінічне покращення та клінічна неефективність, згідно з рекомендаціями Європейського посібника з клінічної оцінки антимікробних лікарських засобів. Так під клінічним видужанням розуміли: відсутність клінічної симптоматики та рентгенологічних симптомів НП; під клінічним покращенням - зменшення вираженості симптомів та нормалізацію температури тіла зі збереженням інфільтрації на рентгенограмах або змін у лабораторних показниках; під клінічною неефективністю - відсутність позитивної динаміки або виникнення ускладнень. Безпеку терапії оцінювали за частотою виникнення небажаних ефектів: будь-якого несприятливого явища, що виникало під час проведення дослідження. Усі отримані результати накопичували та аналізували у електронній базі даних на основі програм "Excel" та "Statistika 6.0", збереження та математичну обробку даних проводили за допомогою ліцензійних програмних продуктів у складі пакета Microsoft Office Professional 2003.

#### **Отримані результати та їх обговорення**

Діагноз НП був підтверджений у всіх хворих згідно з Протоколом надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб МОЗ

України [1]. Двобічне ураження легень рентгенологічно діагностували у 19 (22,6%) хворих на НП з супутнім ЦД 2 типу та у 12 (24%) пацієнтів без супутнього ЦД 2 типу.

Таблиця 1

### Рентгенологічні знахідки при рентгенографії легень, день "0"

Синдроми	Пацієнти з супутнім ЦД 2 типу (n=84)	Контрольна група (n=50)
Легеневого затемнення	84 (100%)	50 (100%)
Посилення легеневого малюнка	17 (20,2%)	18 (36%)
Ателектазу	-	-
Просвітлення	-	-
Кільцевидної тіні	-	-
Наявність рівня рідини в плевральній порожнині	14 (16,7%)	3 (6%)

До початку лікування (день "0") у хворих 1-ої групи гострий початок захворювання (температура тіла більше 380) відмічено у 54 (64,3%) хворих, задишка - у 52 (61,9%) хворих. У 70 (83,3%) хворих був кашель, що у 50 (59,5%) випадків супроводжувався виділенням мокротиння, яке у більшості випадків мало слизово-гнійний характер. Крепітацію при аускультатії над зоною проекції запальної інфільтрації в легенях вислуховували у 13 (15,5%) хворих, у 46 (54,8%) - ослаблене дихання, у 36 (42,9%) - вологі різнокаліберні хрипи, у 17 (20,2%) - сухі хрипи. Кількість лейкоцитів в крові становила  $(8,2 \pm 3,9)$  10<sup>9</sup>/л; Me - 7,2·10<sup>9</sup>/л, у 22,2% хворих - більше 10·10<sup>9</sup>/л. Рівень цукру в крові становив в середньому  $10,1 \pm 3,7$ ; Me - 9,9 ммоль/л, у 14,3% хворих він становив більше 14 ммоль/л, тоді як у міжнародних дослідженнях було доведено, що гарний контроль глікемії покращує імунні механізми та знижує тяжкість перебігу пневмонії та інших інфекцій. (2) До початку лікування (день "0") у хворих 2-ої групи гострий початок захворювання (температура тіла більше 380) відмічено у 27 (54%) хворих, задишка турбувала 9 (18%) хворих. У 41 (82%) хворих був кашель, що у 29 (58%) пацієнтів супроводжувався виділенням мокротиння, що частіше мало слизовий характер. Крепітацію при аускультатії над зоною проекції запальної інфільтрації в легенях вислуховували у 9 (18%) хворих, у 14 (28%) - ослаблене дихання, у 23 (46%) - сухі хрипи, у 19 (38%) - вологі різнокаліберні хрипи. Кількість лейкоцитів в

крові становила  $(7 \pm 2,2)$ ·10<sup>9</sup>/л; Me - 6,8·10<sup>9</sup>/л. Рівень цукру в крові становив в середньому  $5,1 \pm 0,7$ ; Me - 5 ммоль/л. Отже достовірних відмінностей основних показників між групами, окрім рівней температури тіла, до початку лікування виявлено не було.

Таблиця 2

### Клінічна характеристика хворих до початку лікування (день "0")

	Хворі з ЦД 2 типу (n=84)	Хворі без ЦД (n=50)
Вік, роки	67,8±10,8; Me 71	64,3±10,2; Me 61,5
Стать:		
- жінки	57 (67,9%)	33 (66%)
- чоловіки	27 (32,1%)	17 (34%)
Інфільтрація на рентгенограмі:		
- справа	41 (48,8%)	27 (54%)
- зліва	24 (28,6%)	11 (22%)
- двобічна	19 (22,6%)	12 (24%)
- верхня частка	13 (15,5%)	7 (14%)
- нижня частка	71 (84,5%)	43 (86%)
Плевральний випіт	14 (16,7%)	3 (6%)
Супутні захворювання:		
- серцево-судинні	76 (90,5%)	48 (96%)
- захворювання щитоподібної залози	4 (4,8%)	5 (10%)
- сечостатевої	26 (31%)	7 (14%)
- неврологічні	12 (14,3%)	7 (14%)
- шлунково-кишкового тракту	36 (42,9%)	13 (26%)
Гострий початок	54 (64,3%)	27 (54%)
Задишка	52 (61,9%)	9 (18%)
Кашель	70 (83,3%)	41 (82%)
Мокротиння	50 (59,5%)	29 (58%)
- слизове	16 (19%)	16 (32%)
- слизово-гнійне	34 (40,5%)	13 (26%)
Крепітація	13 (15,5%)	9 (18%)
Кількість лейкоцитів в крові більше 10·10 <sup>9</sup> /л	14 (22,2%)	4 (13,3%)
Температура тіла	39,2±15,6; Me 37,3	37,3±0,8; Me 37,1
ЧСС, уд за хвилину	88,8±15,2; Me 85	85,7±12,9; Me 86
ЧД за хвилину	20±3,2; Me 20	18,9±2,4; Me 18
АТ (мм рт. ст.)	155±27/88±13,6	150±24,7/92±11,6

У процесі лікування спостерігали позитивну динаміку основних клінічних проявів НП практично у всіх хворих контрольної групи на 2-3-й день від початку лікування, тоді як у групі з супутнім ЦД 2 типу це відбувалось частіше на 5-6 добу від початку лікування. Зниження температури тіла в 1-й групі

відбувалося пізніше: на  $4,2 \pm 3,5$ , Me - 4 день у порівнянні з  $2,6 \pm 2,3$ , Me - 3 день від початку перебування у стаціонарі. Через 48-72 год. від початку лікування температура тіла залишалася субфебрильною у 28 (33,3%) хворих з супутнім ЦД 2 типу, тоді як у 2-й групі - у 11 (22%) хворих. Така ж тенденція зберігалася і на 7-10 добу від початку лікування: субфебрилітет зберігався у 21 (25%) хворих з супутнім ЦД 2 типу у порівнянні з 4 (8%) хворими контрольної групи. До особливостей перебігу НП у пацієнтів з супутнім ЦД 2 типу, за даними нашого дослідження, слід відносити більш часте зберігання задишки і вищі показники ЧД; виділення слизово-гнійного мокротиння, що зберігається і на 7-10 добу від початку лікування; більш тривале перебування в стаціонарі та продовження строків антибактеріальної терапії, вищі рівні лейкоцитів крові та ШОЕ (табл. 3). При оцінці безпеки та переносності антибактеріальної терапії було виявлено, що потреби у відміні препаратів не було, частіше всього виявляли діарею та кандидозну інфекцію: у першій групі кількість небажаних ефектів антибактеріальної терапії становила 9 (10,7%) випадків, а у 2-й групі - 8 (16%).

Таблиця 3

### Клінічна характеристика хворих наприкінці лікування (день "7-10")

	Хворі з ЦД 2 типу (n=84)	Хворі без ЦД (n=50)
Субфебрильна температура тіла	21 (25%)	4 (8%)
Задишка	23 (27,4%)	11 (22%)
Кашель	68 (81%)	35 (70%)
Мокротиння:		
- слизове	31 (36,9%)	16 (32%)
- слизово-гнійне	25 (29,8%)	16 (32%)
	6 (7,1%)	0
Кількість лейкоцитів в крові, $n \cdot 10^9 / л$	$7,3 \pm 3,9$ ; Me 6,7	$6,5 \pm 1,7$ ; Me 6
ШОЕ, мм/год	$24,3 \pm 16,8$ ; Me 20	$20,6 \pm 15,7$ ; Me 15
ЧСС, уд за хвилину	$77,1 \pm 7,3$ ; Me 76	$77,8 \pm 6,4$ ; Me 78
ЧД за хвилину	$18 \pm 1,7$ ; Me 18	$17,3 \pm 1,6$ ; Me 16
АТ (мм рт. ст.)	$138 \pm 17,4 / 83 \pm 7,6$	$138 \pm 18,7 / 83 \pm 9$
Тривалість антибактеріальної терапії, діб	$9,9 \pm 2,6$ ; Me 10	$8,8 \pm 2,3$ ; Me 10
Тривалість перебування в стаціонарі, діб	$13,7 \pm 3,8$ ; Me 12	$10,9 \pm 2,5$ ; Me 11
Результат лікування:		
Одужання	67 (79,8%)	44 (88%)
Покращення	17 (20,2%)	6 (12%)
Неефективна терапія	0	0

Не зважаючи на те, що ЦД нерідко визначають незалежним фактором розвитку інфекцій нижніх дихальних шляхів, немає достатньо опублікованих даних про це. Однак можна відзначити наявність певних типів легеневої інфекції (*Acinetobacter* spp.), особливостей клінічного перебігу нетяжкої НП у пацієнтів з супутнім ЦД по відношенню до пацієнтів без супутнього ЦД [4]. У пацієнтів з супутнім ЦД 2 типу також відмічено збільшення ризику ускладнень після НП, таких як наявність плеврального випоту. Дослідженнями доведено, що підвищення рівня глюкози на кожний 1 ммоль/л вище нормальних значень підвищує ризик захворювання на НП на 6% [3]. Так за даними міжнародних спостережень [2] підвищення рівня глікемії вище 14 ммоль/л входить до 20-ти факторів, що асоціюються з погіршенням прогнозу при НП. У нашому дослідженні при порівнянні з пацієнтами із рівнем глюкози менше 14 ммоль/л, у групі пацієнтів з більшою гіперглікемією тривалість перебування в стаціонарі була більше:  $15,2 \pm 5,8$  (Me=12,5) у порівнянні з  $12,7 \pm 3,6$  днів (Me=12), пізніше відбувалося зниження температури тіла до нормальних цифр:  $4,8 \pm 3,6$  (Me=3,5) у порівнянні з  $3,7 \pm 3,5$  днів (Me=2) та рівня лейкоцитів крові на 7-10 добу від початку лікування у стаціонарі:  $(11,1 \pm 8,1) \cdot 10^9 / л$  (Me= $9,4 \cdot 10^9 / л$ ) у порівнянні з  $(6,5 \pm 2) \cdot 10^9 / л$  (Me= $6,6 \cdot 10^9 / л$ ). Також в групі пацієнтів з високими рівнями гіперглікемії визначалися триваліші строки субфебрильної температури тіла: так на 3 добу перебування в стаціонарі субфебрилітет зберігався у 25% у порівнянні з 23,6% хворих, на 7-10 добу - у 25% у порівнянні з 21,8% хворих. При аналізі рентгенологічних даних у групі пацієнтів із рівнем глюкози > 14 ммоль/л частіше відзначалося двобічне ураження легень: 41,7% у порівнянні з 20% випадків в групі пацієнтів з глікемією менше 14 ммоль/л; тривалішим було і збереження залишкових змін на рентгенограмі на 7-10 добу від початку лікування у 25% і 5,5% випадків захворювання відповідно.

При порівнянні ефективності різних режимів антибактеріальної терапії у групі хворих на НП з супутнім ЦД 2 типу (табл. 4) було доведено порівняну ефективність монотерапії і комбінованої терапії (респіраторний фторхінолон +  $\beta$ -лактам та азітроміцин +  $\beta$ -лактам). З іншого боку, комбінація фторх-

инолон +  $\beta$ -лактама виявилася менш ефективною, можливо завдяки широкому використанню респіраторних фторхінолонів лікарями первинної ланки при лікуванні захворювань дихальних шляхів амбулаторно та гіршому, у порівнянні з іншими групами, контролю рівней гіперглікемії у пацієнтів.

Таблиця 4

**Клінічна характеристика хворих на ЦД в залежності від режиму антибактеріальної терапії**

	Монотерапія (n=22)	Азітроміцин + $\beta$ - лактама (n=35)	еспіраторний фторхінолон + $\beta$ -лактама (n=27)
Вік пацієнтів, роки	69 $\pm$ 10,3; Ме 72	66,1 $\pm$ 11,1; Ме 67	69,2 $\pm$ 10,8; Ме 73
Стать: чоловіки	8 (36,4%)	5 (14,3%)	14 (51,9%)
жінки	14 (63,6%)	30 (85,7%)	13 (48,1%)
Плевральний випіт	3 (13,6%)	3 (8,6%)	8 (29,6%)
Тривалість стаціонарного лікування, дні	13,1 $\pm$ 3,3 Ме 12	13 $\pm$ 3,4 Ме 12	13,8 $\pm$ 4,9 Ме 12
Тривалість антибактеріальної терапії, дні	8,1 $\pm$ 2,8; Ме 8	10,4 $\pm$ 1,8; Ме 10	10,6 $\pm$ 2,9; Ме 10
Нормалізація температури тіла, дні	3,4 $\pm$ 3,3 Ме 3	4 $\pm$ 3,6 Ме 3	5 $\pm$ 3,5 Ме 6
Гострий початок	16 (72,7%)	17 (48,6%)	21 (77,8%)
Кашель, день «0»	17 (77,3%)	31 (88,6%)	22 (81,5%)
Мокротиння, день 0	10 (45,5%)	24 (68,6%)	16 (59,3%)
- слизове	2 (9,1%)	10 (28,6%)	4 (14,8%)
- слизово-гнійне	8 (36,4%)	14 (40%)	12 (44,4%)
Кашель, 7-10 доба	16 (72,7%)	30 (85,7%)	22 (81,5%)
Мокротиння, 7-10 доба	3 (13,6%)	14 (40%)	14 (51,9%)
- слизове	3 (13,6%)	11 (31,4%)	11 (40,7%)
- слизово-гнійне	0	3 (8,6%)	3 (11,1%)
Наявність рентгенологічних змін на 7-10 добу	3 (13,6%)	7 (20%)	7 (25,9%)
Наявність рентгенологічних змін на 15 добу	2 (9,1%)	5 (14,3%)	7 (25,9%)
Лейкоцити, день «0» ( $\cdot 10^9$ /л)	8,7 $\pm$ 3,6; Ме 7,05	7,6 $\pm$ 3,8; Ме 6,6	8,6 $\pm$ 4,3; Ме 8,2
ШОЕ, день «0», мм/год	25,4 $\pm$ 16,4; Ме 25	24,1 $\pm$ 13,3; Ме 22	26,4 $\pm$ 17,8; Ме 24
Цукор крові, день «0» (ммоль/л)	10,8 $\pm$ 5,1; Ме 9,5	9,2 $\pm$ 3,1; Ме 8,3	10,5 $\pm$ 3,1; Ме 10,7
Лейкоцити, 7-10 доба ( $\cdot 10^9$ /л)	7,2 $\pm$ 2,7; Ме 6,7	6,9 $\pm$ 2,7; Ме 6,8	7,7 $\pm$ 5,3; Ме 6,6
ШОЕ, 7-10 доба, мм/год	26,9 $\pm$ 12,7; Ме 27	19,9 $\pm$ 15,9; Ме 17	26,8 $\pm$ 19,4; Ме 23
Цукор крові, 7-10 доба (ммоль/л)	9 $\pm$ 3,2; Ме 8,6	9,3 $\pm$ 3,3; Ме 8,2	10,5 $\pm$ 4; Ме 10,1

## Висновки

1. Підсумовуючи результати проведеного дослідження, слід відмітити подовження тривалості перебування в стаціонарі та тривале зберігання субфебрильних цифр температури тіла у пацієнтів з НП з супутнім ЦД 2 типу, підвищення частоти появи плеврального випоту, більш часте виділення слизово-гнійного мокротиння, що зберігається до 7-10 доби лікування.

2. В котрий раз було підтверджено високу ефективність антибактеріальної терапії при лікуванні НП.

3. В подальшому вважаємо доцільним проаналізувати залежність динаміки показників якості життя (опитальник SF-36) та еволюції симптомів НП (за допомогою CAP-шкали та опитальника CAP-Sym-12) із клінічною ефективністю різних режимів антибактеріальної терапії у групі хворих на НП з супутнім ЦД 2 типу.

## Література

1. Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації) // Наказ МОЗ України від 19.03.2007 №128 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія". - Київ: Велес, 2007. - С.105-146.
2. The relation between hyperglycemia and outcomes in 2471 patients admitted to the hospital with community-acquired pneumonia / F. A. McAlister, S. R. Majumdar, S. Blitz [et al.] // *Diabetes Care*. - 2005. - Vol.28, №4. - P. 810-815.
3. Increased risk of common infections in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus / T. Benfield, J.S. Jensen, W.L. Nordestgaard [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* - 2005. - Vol. 41. - P.281-288.
4. Pulmonary infections in diabetes mellitus / S. Ljubic, A. Balachandran, I. Pavlic-Renal [et al.] // *Diabetologia Croatica*. - 2004. - Vol. 33, № 4. - P.115-124.
5. Застосування левофлоксацину для лікування хворих на негоспітальну пневмонію в умовах терапевтичного стаціонару / О.Я.Дзюблик, О.О.Мухін, Р.Є.Сухін, В.Я.Клягін // *Therapia*. - 2011. - №10 (62). - С. 98-101.
6. Etiology and outcome of community-acquired pneumonia in patients with diabetes mellitus / M. Falguera, R. Pifarre, A. Martin [et al.] // *Chest*. - 2005. - Vol. 128, № 5. - P. 3233-3240.

7. *Diabetes, glycemic control, and risk of hospitalization with pneumonia / J. B. Kornum, R. W. Thomsen [et al.] // Diabetes Care. - 2008. - Vol.8, № 8. - P. 1541-1546.*

8. *Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections - Summary / M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig [et al.] // Clinical Microbiol. and Infection. - 2011. - Vol. 17, № 6. - P. 1-24.*

9. *Standards of Medical Care in Diabetes - 2011 : American diabetes association // Diabetes care. - 2011. - Vol.34 (1). - P. 11-61.*

#### Резюме

**Махаринська О.С.** *Нетяжка негоспітальна пневмонія у пацієнтів, хворих на цукровий діабет 2 типу: особливості клінічної картини, перебігу та лікування.*

У статті розглянуті питання надання адекватної антибактеріальної терапії та вплив цукрового діабету 2 типу на перебіг нетяжкої негоспітальної пневмонії. Проаналізовані особливості клінічної течії негоспітальної пневмонії і ефективність різних режимів антибактеріальної терапії таких пацієнтів.

**Ключові слова:** негоспітальна пневмонія, цукровий діабет 2 типу, антимікробна терапія.

#### Резюме

**Махаринская Е.С.** *Нетяжелая внебольничная пневмония у пациентов, больных сахарным диабетом 2 типа: особенности клинической картины, течения и лечения.*

В статье рассмотрены проблемы адекватной антибактериальной терапии и влияние сахарного диабета 2 типа на течение нетяжелой внебольничной пневмонии. Проанализированы особенности клинического течения ВП и эффективность разных режимов антибактериальной терапии при лечении пациентов с сопутствующим СД 2 типа.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, сахарный диабет 2 тип, антимикробная терапия.

#### Summary

**Makharynska O.S.** *Features of clinical picture and management of community-acquired pneumonia in patients with diabetes mellitus, type 2.*

Problems with adequate antibacterial management and impact of type 2 diabetes mellitus on clinical course of community-acquired pneumonia were considered in the article. Clinical efficiency of different types of antibacterial treatment of community-acquired pneumonia in patients with diabetes mellitus 2 type was analyzed.

**Key words:** community-acquired pneumonia, type 2 diabetes mellitus, antimicrobial therapy.

*Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Б.Бурмак*

УДК 617.723-002-036-08:615.331

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНИХ УВЕИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОБИОТИКА СУБАЛИНА

**В.Н. Сакович, Аль Кайяли Фади Закария**

ГУ "Днепропетровская государственная медицинская академия МЗО Украины"

#### Введение

Чаще всего воспаление сосудистого тракта развивается у лиц молодого и среднего возраста и нередко снижает их профессиональную трудоспособность, приводит к инвалидности и даже слепоте [8,20,22,23]. В настоящее время достаточно хорошо известно, что на развитие воспалительного процесса в глазу влияет строение оболочек глаза и их кровоснабжение.

При увеитах, имеющих аутоиммунную природу, глаз вовлечен в хронический воспалительный процесс, этиология которого зачастую остается неизвестной. Причинами интраокулярного воспаления, приводящего к развитию аутоиммунного увеита, могут быть любые классы микроорганизмов. Не исключено, что с момента инфицирования патогенным микроорганизмом и до появления первых симптомов увеита проходит определенное время и далее, уже на иной стадии заболевания, наблюдается спонтанная или иммуноопосредованная элиминация индуцирующих (первичных) микробных антигенов, а течение увеита приобретает аутоиммунный характер [2,4,9,18,19]. Нередко процесс принимает вялотекущий или рецидивирующий характер, осложняясь вторичной глаукомой, катарактой, гипотонией и даже атрофией глазного яблока [23,24]. В последние годы показано значение свободно-радикальных процессов и, в частности, активных форм кислорода в патогенезе воспалительных заболеваний. По всей вероятности, роль свободно-радикальных соединений кислорода особо значима при воспалительных заболеваниях сосудистого тракта глаза [5,15]. В этой связи весьма актуальным остается также поиск новых и усовершенствование существующих способов медикаментозной профи-