

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-

лактики и лечения увеита, которое включает общую и местную противовоспалительную, антибактериальную, сосудорасширяющую, иммуностимулирующую терапию, ферментотерапию, а также физиолечение [16,17,25].

В последнее время появились сведения о том, что пробиотики способны повышать специфическую и неспецифическую иммунную реактивность организма хозяина, усиливать клеточный и гуморальный ответ. При введении пробиотиков активизируется продукция цитокинов, особенно интерферона [3,6]. Пробиотик субалин представляет собой лиофилизированную взвесь штамма *Bacillus subtilis*, в которой методом генной инженерии имплантирован ген лейкоцитов человека, продуцирующий γ -2-интерферон. Кроме антибактериальной, он обладает и противовирусной активностью.

Целью нашей работы было изучить влияние пробиотика субалина на динамику клинических проявлений воспалительного процесса у больных передними увеитами.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 113 больных с передними увеитами в возрасте от 32 до 71 года, мужчин - 58, женщин - 55. В процессе лечения выделено 2 группы больных: основная (59 больных, 59 глаз) и контрольная (54 больных, 54 глаз). В комплексное лечение всех больных входили: кортикостероиды и антибиотики в каплях, мидриатики, десенсибилизирующие, тканевые препараты, витамины. Больным основной группы дополнительно назначали пробиотик субалин в каплях (1 ампулу препарата разводили 2 мл физиологического раствора), инстилляцию проводили каждые 2 часа с первого дня поступления в стационар в течение 10 дней. Одновременно больным основной группы назначали субалин во внутрь по 2 дозы препарата (2 ампулы) после предварительного разведения в 20 мл физиологического раствора 2 раза в день в течение 10 дней. Офтальмологическое обследование больных проводили с помощью визиометрии, периметрии, тонометрии, биомикроскопии, офтальмоскопии. Изучались следующие признаки переднего увеита: K1 - боль в глазу (0-4 балла), K2 - светобоязнь (0-4 балла), K3 - слезотечение, K4 - гиперемия, конъюнктивы и склеры (0-4 балла), K5 - затуманивание зрения, K6 -

наличие преципитатов роговой оболочки, K7 - опалесценция камерной влаги (0-4 балла), K8 - наличие клеток в камерной влаге (0-4 балла), K9 - наличие сгустков фибрина в камерной влаге (0-4 балла), K10 - наличие синехий, K11 - показатели внутриглазного давления [21]. Полученные данные обрабатывали с помощью статистического пакета SPSS 11.0 [7].

Полученные результаты и их обсуждение

Статистический анализ распределения пациентов в наблюдаемых группах по степени выраженности воспалительных признаков при увеите на момент начала наблюдения представлены в таблице 1. Как видно из приведенных данных ранговой оценки изучаемых показателей исходное состояние больных основной и контрольной групп по степени выраженности признаков увеита было фактически одинаково ($p > 0,05$). Данные о средних величинах показателей клинической оценки степени воспалительной реакции (в баллах) до и после лечения при передних увеитах у больных контрольной и основной групп представлены в таблице 2, а результаты их сравнительного анализа с использованием критерия Вилкоксона для связанных выборок в таблице 3.

В контрольной группе до лечения степень боли в глазу (K1) составила - $3,24 \pm 0,80$, после лечения - $0,94 \pm 0,81$. В основной группе степень исследуемого показателя до лечения составила - $3,19 \pm 0,75$, после лечения - $0,27 \pm 0,45$. При этом как свидетельствуют результаты сравнительной оценки до и после лечения, то в каждой группе пациентов различия статистически значимы ($p < 0,05$). Показатели степени светобоязни (K2) в контрольной группе до лечения составили $3,02 \pm 0,84$, после лечения - $1,04 \pm 0,90$. В основной группе больных увеитом до лечения степень данных показателей составила - $2,95 \pm 0,78$, после лечения - $0,24 \pm 0,43$. Изменения этого показателя для обеих групп до и после лечения статистически значимо ($p < 0,05$). Рассматривая показатели степени слезотечения (K3), можно отметить, что в контрольной группе до лечения данный показатель составил $2,15 \pm 0,88$, после лечения снизился до $1,50 \pm 0,54$. В основной группе до лечения выраженность исследуемого признака составила $1,88 \pm 0,87$, а после лечения снизилась до $0,78 \pm 0,49$. Различия до и после лечения при этом также статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 1

Сравнительная оценка признаков воспаления (K1- K11) до лечения при передних увеитах у больных контрольной и основной групп (n - количество глаз)

Клинич. показатели	Статистич. показатели	Контрольная группа (n=54)	Основная группа (n=59)
K1	Средний ранг	58,38	55,74
	Сумма рангов	3152,50	3288,50
	U p	1518,50 0,645	
K2	Средний ранг	58,87	55,29
	Сумма рангов	3179,00	3262,00
	U p	1492,00 0,537	
K3	Средний ранг	62,51	51,96
	Сумма рангов	3375,50	365,50
	U p	1295,50 0,066	
K4	Средний ранг	58,474	55,69
	Сумма рангов	3155,50	3285,50
	U p	1515,50 0,633	
K5	Средний ранг	57,31	56,72
	Сумма рангов	3094,50	3346,50
	U p	1576,50 0,919	
K6	Средний ранг	57,00	57,00
	Сумма рангов	3078,00	3363,00
	U p	1593,00 1,000	
K7	Средний ранг	57,83	56,24
	Сумма рангов	3123,00	3318,00
	U p	1548,00 0,781	
K8	Средний ранг	56,53	57,43
	Сумма рангов	3052,50	3388,50
	U p	1567,50 0,873	
K9	Средний ранг	57,11	56,90
	Сумма рангов	3084,00	3357,00
	U p	1587,00 0,914	
K10	Средний ранг	57,00	57,00
	Сумма рангов	3078,00	3363,00
	U p	1593,00 1,000	

Примечание. p - уровень значимости различий данных контрольной и основной групп до лечения, рассчитанный с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для несвязанных выборок.

Таблица 2

Средние величины показателей степени воспалительной реакции до и после лечения при передних увеитах у больных контрольной и основной групп (n - количество глаз)

Клинич. показатели	Статистические показатели	Контрольная группа (n=54)		Основная группа (n=59)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
K1	M	3,24	0,94	3,19	0,27
	SD	0,80	0,81	0,75	0,45
	m	0,11	0,11	0,10	0,06
K2	M	3,02	1,04	2,95	0,24
	SD	0,84	0,90	0,78	0,43
	m	0,11	0,12	0,10	0,06
K3	M	2,15	1,50	1,88	0,78
	SD	0,88	0,54	0,87	0,49
	m	0,12	0,07	0,11	0,06
K4	M	3,20	0,96	3,15	0,32
	SD	0,86	0,82	0,78	0,51
	m	0,12	0,11	0,10	0,07
K5	M	3,11	0,93	3,15	0,22
	SD	0,98	0,84	0,81	0,46
	m	0,13	0,11	0,10	0,06
K6	M	1,00	0,09	1,00	0,00
	SD	0,00	0,29	0,00	0,00
	m	0,00	0,04	0,00	0,00
K7	M	2,56	0,76	2,49	0,12
	SD	0,84	0,93	0,77	0,42
	m	0,11	0,13	0,10	0,05
K8	M	2,39	0,89	2,42	0,32
	SD	0,76	1,02	0,70	0,75
	m	0,10	0,14	0,09	0,10
K9	M	0,11	0,00	0,08	0,00
	SD	0,57	0,00	0,47	0,00
	m	0,08	0,00	0,06	0,00
K10	M	1,00	0,00	1,00	0,00
	SD	0,00	0,00	0,00	0,00
	m	0,00	0,00	0,00	0,00

Из представленных данных в таблице 2 видно, что степень гиперемии конъюнктивы и склеры (K4) в контрольной группе до лечения составила - $3,20 \pm 0,86$, а после лечения снижалась до $0,96 \pm 0,82$. В основной группе наблюдается более значительное снижение степени гиперемии после лечения до $0,32 \pm 0,51$ по сравнению с данными до лечения ($3,15 \pm 0,78$).

При этом необходимо отметить, что различия указанных величин до и после лечения значимы ($p < 0,05$).

Таблица 3

Сравнительная оценка признаков воспаления (К1-К11) до и после лечения при передних увеитах у больных контрольной и основной групп (n - количество глаз)

Клини. показатели	Статистич. показатели	Контрольная группа (n=54)		Основная группа (n=59)	
		Негативные ранги	Позитивные ранги	Негативные ранги	Позитивные ранги
К1	Средний ранг	27,50	0,00	30,00	0,00
	Сумма рангов	1485,00	0,00	1770,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К2	Средний ранг	25,00	0,00	30,00	0,00
	Сумма рангов	1225,00	0,00	1770,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К3	Средний ранг	14,50	0,00	14,50	0,00
	Сумма рангов	406,00	0,00	406,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К4	Средний ранг	27,00	0,00	27,00	0,00
	Сумма рангов	1431,00	0,00	1431,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К5	Средний ранг	27,50	0,00	27,50	0,00
	Сумма рангов	1485,00	0,00	1485,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К6	Средний ранг	25,00	0,00	25,00	0,00
	Сумма рангов	1225,00	0,00	1225,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К7	Средний ранг	27,00	0,00	27,00	0,00
	Сумма рангов	1431,00	0,00	1431,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К8	Средний ранг	26,00	0,00	26,00	0,00
	Сумма рангов	1326,00	0,00	1326,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К9	Средний ранг	1,50	0,00	1,50	0,00
	Сумма рангов	3,00	0,00	3,00	0,00
	p	0,157		0,157	
К10	Средний ранг	27,50	0,00	27,50	0,00
	Сумма рангов	1485,00	0,00	1485,00	0,00
	p	0,001		0,001	
К11	Средний ранг	27,50	0,00	27,50	0,00
	Сумма рангов	1485,00	0,00	1485,00	0,00
	p	0,001		0,001	

Примечание. p - уровень значимости различий данных при сравнении до и после лечения в контрольной и основной группе, рассчитанный с помощью непараметрического критерия Вилкоксона для связанных выборок.

У больных в контрольной группе до лечения степень затуманивания (К5) зрения составила $3,11 \pm 0,98$, и снизилась после лечения до $0,93 \pm 0,84$. В основной группе после лечения степень дан-

ного признака была снижена до $0,22 \pm 0,46$ по сравнению с данными до лечения - $3,15 \pm 0,81$, при этом до и после лечения в обеих группах различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Сравнительная оценка наличия преципитатов роговой оболочки (К6) в контрольной группе до лечения составила - $1,00 \pm 0,00$, а после лечения снизилась до $0,09 \pm 0,29$. В основной группе отмечается исчезновение преципитатов после лечения. Ранговая оценка данного признака у больных передним увеитом до и после лечения в контрольной и основной группе свидетельствует о достоверности выявленных изменений - $p < 0,05$. Исследуя такой признак выраженности воспалительного процесса, как опалесценция камерной влаги (К7), необходимо указать, что в контрольной группе до лечения степень данного признака составила - $2,56 \pm 0,84$, после лечения снизилась до $0,76 \pm 0,93$. В основной группе до лечения выраженность исследуемого признака составила $2,49 \pm 0,77$, а после применения субалина снизилась до $0,12 \pm 0,42$. Ранговая оценка данного признака у больных передним увеитом до и после лечения в контрольной и основной группах показала значимость отличия - $p < 0,05$. Показатель наличия клеток в камерной влаге (К8) в контрольной группе до лечения составила - $2,39 \pm 0,76$, после лечения снизился до $0,89 \pm 1,02$. В основной группе его величина после лечения была снижена до $0,32 \pm 0,75$, в то время как до лечения составила - $2,42 \pm 0,70$. Ранговая оценка данного признака у больных передним увеитом до и после лечения в контрольной и основной группе подтвердила статистическую значимость описанных изменений ($p < 0,05$). В контрольной группе до лечения степень наличия сгустков фибрина (К9) составила - $0,11 \pm 0,57$, а в основной группе - $0,08 \pm 0,47$. Как после традиционного лечения, так и после применения субалина сгустки фибрина не наблюдались. Однако, ранговая оценка данного признака у больных передним увеитом до и после лечения в контрольной и основной группе не подтвердила статистическую значимость этих изменений. Степень наличия синехий (К10) в контрольной и основной группе до лечения не отличалась и составила - $1,00 \pm 0,00$. После лечения в обеих группах наличие синехий не наблюдалось. Ранговая оценка данного признака у больных передним увеитом до и после лечения в контрольной и основной группе подтвердила статистическую значимость отличий - $p < 0,05$.

Таблица 4

**Сравнительная оценка признаков воспаления (К1-К11)
после лечения при передних увеитах у больных
контрольной и основной групп (n - количество глаз)**

Клинич. показатели	Статистич. показатели	Контрольная группа (n=54)	Основная группа (n=59)
K1	Средний ранг	70,99	44,19
	Сумма рангов	3833,50	2607,50
	U		837,50
	p		0,001
K2	Средний ранг	72,29	43,01
	Сумма рангов	3903,50	2537,50
	U		767,50
	p		0,001
K3	Средний ранг	74,11	41,34
	Сумма рангов	4002,00	2439,00
	U		669,00
	p		0,001
K4	Средний ранг	70,27	44,86
	Сумма рангов	3794,50	2646,50
	U		876,50
	p		0,001
K5	Средний ранг	71,26	43,95
	Сумма рангов	3848,00	2593,00
	U		823,00
	p		0,001
K6	Средний ранг	59,73	54,50
	Сумма рангов	3225,50	3215,50
	U		1445,50
	p		0,017
K7	Средний ранг	68,38	46,58
	Сумма рангов	3692,50	2748,50
	U		978,50
	p		0,001
K8	Средний ранг	66,77	48,06
	Сумма рангов	3605,50	2835,50
	U		1065,50
	p		0,001
K9	Средний ранг	57,00	57,00
	Сумма рангов	3078,00	3363,00
	U		1593,00
	p		1,000
K10	Средний ранг	57,00	57,00
	Сумма рангов	3078,00	3363,00
	U		1593,00
	p		1,000
K11	Средний ранг	70,31	44,81
	Сумма рангов	3797,00	2644,00
	U		874,00
	p		0,001

Примечание. p - уровень значимости различий данных контрольной и основной групп после лечения, рассчитанный с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для несвязанных выборок.

Показатели внутриглазного давления (K11) в контрольной группе до лечения составили - $24,89 \pm 3,51$, после лечения снизились до

$18,43 \pm 2,28$. В основной группе после лечения показатели внутриглазного давления снизились до $16,66 \pm 1,86$, в то время как до лечения данный признак составлял $24,88 \pm 3,58$. Ранговая оценка данного признака у больных передним увеитом до и после лечения в контрольной и основной группе не подтвердила статистическую значимость факта нормализации внутриглазного давления - $p < 0,05$.

Наибольший интерес представляют данные сравнительной оценки признаков воспаления после лечения при передних увеитах у больных контрольной и основной групп, которые представлены в таблицах 3-4. Рассматривая динамику клинических признаков воспалительного процесса, у больных основной группы, получавших субалин, необходимо отметить, что, в целом, после лечения наблюдалось более значительное снижение выраженности отдельных признаков воспаления по сравнению с контрольной группой, получавшей традиционное лечение. Сравнивая показатели степени выраженности признака воспалительного процесса боли в глазу (K1) в обеих группах, необходимо указать достоверное снижение показателей среднего ранга в основной группе (44,19) по сравнению с контрольной группой (70,99), при этом - $p < 0,05$. Средний ранговый показатель степени выраженности симптома светобоязни (K2) в основной группе больных после лечения (применение субалина) был достоверно снижен до 43,01, по сравнению с данными традиционного лечения в контрольной группе, где он составлял - 72,29, при $p < 0,05$. Сравнительная ранговая оценка интенсивности слезотечения (K3) в контрольной группе после традиционного лечения составила - 74,11, в то время как в основной группе после применения субалина ранговый показатель степени слезотечения был снижен до 41,34. При этом различия между этими данными после лечения были статистически достоверными ($p < 0,001$).

Сопоставляя ранговые показатели воспалительного процесса (K4) у больных основной и контрольной группы после лечения, можно отметить, что степень гиперемии достоверно снижалась, так средний ранговый показатель для основной группы составил - 44,86, по сравнению с контрольной группой - 70,27, при $p < 0,05$. Степень затуманивания зрения (K5) после лечения в основной группе отмечалась в меньшей мере (средний ранговый показатель составил - 43,95), чем в контрольной группе (средний ранговый показатель - 71,26), при $p < 0,05$.

Наблюдалось более заметное снижение показателя наличия преципитатов (К6) роговой оболочки в основной группе после лечения (средний ранговый показатель - 54,50), по сравнению с контрольной группой (средний ранговый показатель - 59,73), при $p < 0,05$. Опалесценция камерной влаги (К7) после лечения была снижена в большей степени у больных основной группы средний ранг составил - 46,58, по сравнению с контрольной группой средний ранговый показатель составил - 68,38, при $p < 0,05$. Показатель степени наличия клеток в камерной влаге (К8) в основной группе после лечения был достоверно снижен по сравнению с контрольной группой, так средние ранговые показатели составляли - 48,06 и 66,77 для основной и контрольной групп соответственно, при $p < 0,05$. Степень наличия сгустков фибрина и синехий в контрольной и основной группе после лечения практически не отличались и их ранговые показатели составили - 57,00. Величины показателей внутриглазного давления в основной группе больных были достоверно снижены до 16,66 мм рт ст., в то время как данный показатель в контрольной группе составил - 18,43 мм рт ст. (табл. 4). При применении рангового критерия для сравнения, средние ранги составили 44,81 и 70,31, при $p < 0,05$.

Обобщая представленные в работе данные о влиянии пробиотика субалина на показатели воспалительного процесса в увеальном тракте, как объективного (К3, К4, К6, К7, К8, К11), так и субъективного (К1, К2, К5) характера, можно заключить, что применение субалина в составе медикаментозной терапии передних увеитов вполне целесообразно. Это положение подтверждается также результатами наших клинико-биохимических и экспериментальных исследований о благоприятном воздействии субалина на такое важное звено воспалительного процесса как процессы пероксидации [10, 11, 12, 13].

Выводы

1. Применение препарата субалина дополнительно к традиционной терапии передних увеитов приводит к значительному снижению выраженности остаточных симптомов воспалительного процесса в увеальном тракте. В этих условиях значимо ниже такие показатели воспаления как гиперемия конъюнктивы и склеры, слезотечение, наличие преципитатов и клеток в камерной вла-

ге. При этом отмечается также более низкая интенсивность болевого синдрома, светобоязни и затуманивания зрения.

2. Под влиянием изучаемого пробиотика после лечения у больных увеитом отмечается более выраженная нормализация внутриглазного давления.

3. Общая оценка динамики клинических симптомов с учетом сокращения сроков лечения при включении в состав комплексной терапии больных увеитом субалина, позволяет рекомендовать этот препарат для повышения эффективности лечения воспалительного заболевания увеального тракта.

Литература

1. Бездетко П.А. Функциональная активность фагоцитов крови у больных рецидивирующими увеитами / П.А. Бездетко, Н.Ю. Бачук // *Офтальмологический журнал*. - 2001. - № 2. - С. 22-24.
2. Быковская Г. Н. Особенности иммунопатологических проявлений при односторонних и двусторонних увеитах / Г.Н. Быковская // *Тез. докл. VII съезда офтальмологов России*. - Ч. 2. - М., 2000. - С. 138-139.
3. Гюрджян Т. А. Новые аспекты медикаментозной терапии воспалительных заболеваний глаз / Т. А. Гюрджян // *Тез. докл. VII съезда офтальмологов России*. - Ч. 2. - М., 2000. - С. 144-145.
4. Иммунологические особенности увеитов при системных заболеваниях / Е.А. Дроздова, Л.Н. Тарасова, С.Н. Теплова [и др.] // *Вестник офтальмологии*. - 2004. - Т. 120, № 4. - С. 24-26.
5. Кравчук Е. А. Роль свободно-радикального окисления в патогенезе заболеваний глаз / Е. А. Кравчук // *Вестник офтальмологии*. - 2004. - Т. 120, № 5. - С. 48 - 51.
6. Левицкий А. П. Пребиотики и проблема дисбактериоза / А. П. Левицкий, Ю. Л. Волянский, К. В. Скидан. - Харьков: ЭДНА, 2008. - 100 с.
7. Наследов А. SPSS компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / Наследов А. - СПб.: Питер, 2005. - 416 с.
8. Панченко Н. В. Клинические особенности увеитов, осложненных субатрофией глазного яблока / Н. В. Панченко, И.Г. Дурас, Т.А. Кудина [и др.] // *Експериментальна і клінічна медицина*. - 2005. - № 2. - С. 154 - 156.
9. Савко В. В. Этиологическая иммунодиагностика увеитов / В. В. Савко, Т. В. Дегтяренко, Н. И. Наричина // *Тези доп. X з'їзду офтальмологів України*. - Одеса, 2002. - С. 151-152.

10. Сакович В. Н. Применение биопрепаратов в лечении воспалительных заболеваний глаз / В. Н. Сакович, Шираз Гиеми, Аль Кфйяли Фади Закария, В. В. Тихомирова // 12 съезд офтальмологов Украины. - Одесса, 2010. - С. 54-55.

11. Сакович В. Н. Клинико-иммунобиохимические особенности течения герпетических кератитов, их лечение и профилактика осложнений: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.18 "Одесский НИИ глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова" / В. Н. Сакович. - Одесса, 2006. - 38 с.

12. Сакович В. Н. Исследование показателей активности ферментов антиоксидантной системы и содержания малонового диальдегида и диеновых конъюгатов в крови и слезной жидкости при экспериментальном увеите / В. Н. Сакович, Аль Кайяли Фади Закария // Офтальмол. журн. - 2011. - № 4. - С. 54-57.

13. Сакович В. Н. Влияние пробиотика субалина на процессы свободно-радикального окисления липидов и ферменты антиоксидантной системы при экспериментальном увеите / В. Н. Сакович, Аль Кайяли Фади Закария // Офтальмол. журн. - 2011. - № 6. - С. 71-75.

14. Теплинская Л.Е. Диагностика, иммунопатогенез, клиника и лечение увеитов при нефропатиях / Л.Е. Теплинская, А.Ф. Калибердина // Вест. офтальмол. - 2000. - Т. 116, № 5. - С. 39-42.

15. Augustin A. J. Free radical scavenging and antioxidant activity of allopurinol and oxypurinol in experimental lens-induced uveitis / A. J. Augustin, T. Boker, S. H. Blumenroder // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. - 1994. - Vol. 35. - P. 3897-3904.

16. Benzra D. Prediction of treatment outcome in uveitis / D. Benzra, E. Cohen, G. Maftzir // Dev. Ophthalmol. Basel. Karger. - 1999. - Vol. 31. - P. 160-165.

17. Bosch-Morell F. Efficacy of the antioxidant ebselen in experimental uveitis / F. Bosch-Morell, J. Roma, F. J. Puertas // Free Rad. Biol. Med. - 1999. - Vol. 27, №3-4. - P. 388-391.

18. Caspi R.R. Immune mechanisms in uveitis / R.R. Caspi // Springer Semin. Immunopathol. - 1999. - Vol. 21. - P. 113-124.

19. Dick A.D. Immune mechanisms of uveitis: insights into disease pathogenesis and treatment / A.D. Dick // Int. Ophthalmol. Clin. - 2000. - Vol. 40. - P. 1-18.

20. Harper S. L. Diagnosis of uveitis / S. L. Harper, L. J. Chorich, C. S. Foster // Mosby Nussenblatt R. B. Uveitis: fundamentals and clinical practice / 2nd ed. - 1996. - P. 79-97.

21. Hogan M. J. Signs and symptoms of uveitis / M. J. Hogan, J. Kimura, P. Thygeson // Am. J. Ophthalmol. - 1959. - Vol. 47, № 5. - P. 155-171.

22. Lightman S. New entities in uveitis / S. Lightman // Br. J. Ophthalmol. - 1993. - Vol. 77, № 5. - P. 262-263.

23. Mc Cluskey P. Management of chronic uveitis / Mc Cluskey P., Towler H., Lightman S. // Br. J. Ophthalmol. - 2000. - Vol. 320. - P. 555-558.

24. Nussenblatt R. B. Experimental autoimmune uveitis and its relationship to clinical ocular inflammatory disease / R. B. Nussenblatt, I. Gery // J. Autoimmun. - 1996. - Vol. 9. - P. 579-585.

25. Soukiasian S. H. Treatment strategies for scleritis and uveitis associated with inflammatory bowel disease / S. H. Soukiasian, C. S. Foster, M. B. Raizman // Am. J. Ophthalmol. - 1994. - Vol. 118, № 5. - P. 601-611.

26. Wildner G. Oral tolerance in autoimmune uveitis / G. Wildner, S. R. Thurau // Dev. Ophthalmol. Basel. Karger. - 1999. - Vol. 31. - P. 67-76.

Резюме

Сакович В.Н., Аль Кайяли Фади Закария. Результаты комплексного лечения передних увеитов с применением пробиотика субалина.

Применение препарата субалина дополнительно к традиционной терапии передних увеитов приводит к значительному снижению выраженности остаточных симптомов воспалительного процесса в увеальном тракте: гиперемии конъюнктивы и склеры, слезотечения, наличия преципитатов и клеток в камерной влаге.

Ключевые слова: передние увеиты, лечение, субалин.

Резюме

Сакович В.М., Аль Кайяли Фади Закария. Результати комплексного лікування передній увеїт з застосуванням пробиотика субаліна.

Застосування препарату субаліна додатково до традиційної терапії передніх увеїтів призводить до значного зниження вираженості залишкових симптомів запального процесу в увеального тракту: гіперемії кон'юнктиви та склери, слізотечи, наявності преципітатів та клітин камерної вологи.

Ключові слова: передні увеїти, лікування, субалін.

Summary

Sakovich V.N., Al-Kayyali Fadi Zakaria. The results of combined treatment of anterior uveitis with probiotic subalin.

The use of Subalin in addition to the conventional therapy for anterior uveitis, leads to a significant reduction in the severity of the residual symptom of the inflammation in the uveal tract: hyperemia of conjunctiva and sclera, epiphora, presence of precipitates and cells in the anterior chamber.

Key words: anterior uveitis, treatment, subalin.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М.Петруня