

свидетельствуют о значительном вкладе в структуру РБ пациентов с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, суставов и связанными с ними болевыми синдромами. Такие больные составили в 2001 г. 47,8% от всех пациентов с костно-суставной патологией, пролечившихся в отделении ревматологии. Можно полагать, что они же определят процент инвалидизации в 2001 г. При этом следует учитывать, что в эту группу не входили больные с остеопорозом костей скелета, который до последнего времени в Кыргызстане практически не диагностировался и не регистрировался.

Отечественным ревматологам следует усилить свое внимание к проблемам диагностики, лечения и профилактики этой распространенной патологии скелета человека.

С этих позиций каждый новый пересмотр МКБ, в том числе и X, служит целям ознакомления специалиста с современными представлениями о структуре интересующего класса болезней, в определенной степени он позво-

ляет дополнить знания об этиологической и патогенетической сущности как отдельных болезней, так и групп заболеваний.

Таким образом, РБ являются существенным звеном в цепи факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья и трудовые возможности детей и взрослых. Распространенность хронических поражений суставов и позвоночника неуклонно нарастает, что ведет к увеличению обращаемости населения Кыргызстана за медицинской помощью. Анализ статистических показателей болезненности и первичной заболеваемости свидетельствует о тревожных процессах в отношении резкого роста этих показателей среди детей и подростков, что может в дальнейшем еще более усугубить негативные демографические тенденции в популяции жителей Кыргызстана.

Для решения этой проблемы Кыргызстан должен активно включиться в объявленную ВОЗ и активно поддержанную ООН Всемирную «Декаду патологии суставов и костей» [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. // Науч.-практ. ревматол. — 2000. — № 2. — С. 4—12.
2. Lawrence R. C., Helmick Ch. G., Arnett F. C. et al. // Arthr. Rheum. — 1998. — Vol. 41. — P. 778—799.
3. Протопопова Р. Н., Эрдес Ш., Кривошапкин В. Г. // Науч.-практ. ревматол. — 2000. — № 2. — С. 12—18.
4. Насонова В.А., Эрдес Ш. // Науч.-практ. ревматол. — 2000. — № 4. — С. 14—16.

© Коллектив авторов, 2002

В.Г. Назаретян, И.А. Плаксина, В.П. Настенко

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

Кубанская государственная медицинская академия, г. Краснодар, РФ

В педиатрии дисбаланс иммунной системы и микрофлоры кишечника у детей встречается довольно часто и остается важной, сложной и до конца не решенной проблемой.

Существующие в настоящее время схемы лечения дисбактериоза кишечника (ДК) с использованием различных по действию и направленности пробиотиков, пищевых добавок, кисломолочных продуктов порой не всегда эффективны, а главное, влияют не на все звенья патогенеза и этиологии ДК. Коррекция микрофлоры кишечника у больных детей должна проводиться комплексно, с учетом основного заболевания, сдвига количественного и качественного состава микрофлоры кишечника, общего и местного, специфического и неспецифического иммунитета [1, 2].

Для решения поставленной задачи нами предпринята попытка разработать и внедрить в педиатрическую практику современные методы одновременной коррекции дисбаланса иммунной системы и микрофлоры кишечника у детей с функциональными расстройствами органов пищеварения, осложненных дисбактериозом. В нашей работе использован комбинированный лизоцимсодержащий эубиотик — Бифилиз — и иммуномодулятор — натрия нуклеинат [3—6].

Выявленные механизмы действия на организм комбинированного пробиотика Бифилиз и натрия нуклеината дают основание считать, что их сочетание перспективно для лечения и предупреждения нарушений микроэкологии кишечника, иммунной и ряда других систем обеспечения гомеостаза. Препараты использовали как монотерапия, так и в комбинации.

Была обследована выборка детей с функциональным расстройством органов пищеварения в сочетании с дисбактериозом кишечника и нарушениями иммунитета — 76 детей в возрасте от 2 до 7 лет. Выборка была случайным образом поделена на 3 группы, каждая из которых получала лечение разными препаратами: Бифилиз — 21 ребенок (1-я группа), натрия нуклеинат — 24 ребенка (2-я группа) и их комбинация — 31 ребенок (3-я группа).

В ходе обследования детей по результатам анализа клинических, бактериологических и иммунологических показателей оценивали степень дисбактериоза до и после лечения.

Сравнительную оценку эффективности Бифилиза, натрия нуклеината и их комбинации мы начинали с исследования специально вычисленной величины, которая была условно названа «показателем терапевтического эффекта» (ПТЭ). Он представляет собой разность степени дис-

Таблица 1

Распределение ПТЭ в группах больных дисбактериозом, прошедших различные курсы лечения

Препараторы	ПТЭ, усл. ед.					Число больных
	-1	0	+1	+2	+3	
Бифилиз	1 (4,8%)	5 (23,8%)	7 (33,3%)	7 (33,3%)	1 (4,8%)	21
Натрия нуклеинат	0	3 (12,5%)	12 (50%)	7 (29,2%)	2 (8,3%)	24
Бифилиз+натрия нуклеинат	0	0	13 (41,9%)	10 (32,2%)	8 (25,9%)	31

бактериоза до и после лечения. Отрицательное значение показателя свидетельствует, таким образом, об ухудшении состояния данного больного; значение, равное нулю, — без перемен; положительное — улучшение состояния.

Данные о распределении ПТЭ в группах больных детей, прошедших различные курсы лечения, представлены в табл. 1. Величина c^2 , вычисленная по данным таблицы, оказалась равной 15,7 и превысила стандартную для 5%-го уровня значимости (15,5), что свидетельствует о достоверной корреляции между методом лечения и его результатом.

Установленное различие распределений свидетельствует в пользу наибольшей эффективности третьего варианта фармакотерапии — Бифилиз+натрия нуклеинат. Действительно, отмечаются даже чисто качественные различия результатов лечения. Так, суммарная частота больных без улучшения состояния составила по трем сопоставляемым вариантам терапии 28,6%, 12,5% и 0% соответственно. Различия частоты больных без улучшения состояния в группах «Бифилиз» и «натрия нуклеинат» недостоверны, но эти частоты достоверно отличаются от группы «Бифилиз+натрия нуклеинат» ($p<0,05$).

Особенно показательны различия частот в классе +3 значений ПТЭ. Это наибольшее из установленных во всей изученной группе значение эффекта, свидетельствующее о фактически полном излечении. Соответствующие частоты составили 4,8%, 8,3% и 25,9%. Различия частот в группах «Бифилиз» и «натрия нуклеинат» статистически недостоверны. Но повышение частоты больных с максимальным значением ПТЭ в 3-й группе — 25,9% против 6,7% в среднем в 1-й и 2-й группах детей — несомненно ($p<0,01$).

Хотя целесообразность вычисления и сопоставления средних значений в медицинских исследованиях представляется, по мнению некоторых специалистов, спорной, в совокупности со сравнением частот средние значения достаточно информативны. Средние значения ПТЭ в группах больных дисбактериозом, прошедших различные способы лечения, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Средние значения ПТЭ в группах больных дисбактериозом, прошедших разные курсы терапии

Метод фармакотерапии	ПТЭ	Коэффициент вариации, %
Бифилиз	1,09±0,21	88±21,6
Натрия нуклеинат	1,33±0,17	63±12,1
Бифилиз+Натрия нуклеинат	1,84±0,15	45±6,8

У детей 1-й и 2-й групп средние значения ПТЭ не различаются достоверно. В 3-й группе детей при сочетании Бифилиза и натрия нуклеината имеет место более высокий средний ПТЭ — 1,84 против 1,33 ($p<0,05$). У этих пациентов также достоверно снижается вариабельность эффекта лечения, о чем можно судить по значениям коэффициента вариации. В среднем у детей 1-й и 2-й групп он составляет 75±12,4%, что достоверно выше, чем у больных 3-й группы ($p<0,05$). Иными словами, более высокая эффективность сочетанного применения Бифилиза и натрия нуклеината меньше зависит от индивидуальных различий между больными.

Таким образом, проведена сравнительная оценка эффективности трех вариантов фармакотерапии — Бифилиз, натрия нуклеинат, Бифилиз+натрия нуклеинат, — выполненная с использованием специально вычисленной величины — «показателя терапевтического эффекта», который представляет собой разность степени дисбактериоза до и после лечения. Установлена достоверная корреляция между методом лечения и его результатом. Показана наибольшая эффективность сочетанного применения Бифилиза и натрия нуклеината.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А.И., Варначева Л.Н., Лаврова А.Е. // 2-й Конгресс педиатров России. — М.; Н. Новгород, 1996. — С. 13.
2. Запруднов А.М., Волков А.И., Григорьев К.И. и др. Справочник по детской гастроэнтерологии. — М., 1995. — 378 с.
3. Земсков В.М., Назаретян В.Г., Щербаков Е.Г. Дисбактериоз кишечника у детей: современные подходы к лечению и профилактике. Методические рекомендации. — Краснодар, 1997. — 32 с.
4. Щербакова Э.Г. и др. // Дисбактериозы и эубиотики. Всеросс. науч.-практ. конф. МНИИЭМ. — М., 1996. — С. 41.
5. Щербакова Э.Г. // Новые лекарственные препараты. — 1998. — Вып. 9. — С. 8—18.
6. Щербакова Э.Г. // Успехи теоретической и клинической медицины. 1-я науч. сессия РМАПО. — М., 1995. — С. 76.