

УДК 615.724.8

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ С ФИКСИРОВАННЫМИ ДОЗАМИ. КОМУ НАЗНАЧАЮТ, КАКАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Тюлькова Т.Е.¹, Пирогова Н.Д.², Охотина И.Н.², Козлов Н.В.², Бекова Р.М.²

- ¹- ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России, г. Екатеринбург
- ²- ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер» Департамента здравоохранения Тюменской области, г. Тюмень

Резюме. Для снижения лекарственной нагрузки, исчисляемой в количестве принятых таблеток, а не наименований действующих веществ, у пациентов с туберкулезом используют комбинированные препараты с фиксированными дозами (КПФД). Мы поставили цель: проанализировать контингент пациентов, которым врачи назначали КПФД, приверженность пациентов этой терапии, переносимость и эффективность химиотерапии при применении КПФД. Нами сформированы 2 группы по факту приема КПФД (изониазид 60 мг, рифампицин-120 мг, пиразинамид -300 мг, этамбутол 225 мг, пиридоксин 20 мг в 1 таблетке) – 1-я группа (n=38чел) и отдельно (изониазид 10мг\кг, рифампицин-10 мг\кг, пиразинамид -25 мг\кг, этамбутол 25 мг\кг) – 2-я группа (n=78 чел). В результате исследования уточнено, что врачи назначают чаще КПФД пациентам с ограниченным процессом без деструкции и отсутствием отклонений биохимических показателей. Бактериовыделение, наличие сопутствующей патологии не имело решающего значения в выборе комбинированных препаратов с фиксированными дозами. Пациенты 1 группы реже отрывались от лечения (p=0,032), интенсивная фаза имела меньшую длительность (90,2±30,6доз против 131,6±65,4доз, соответственно 95%ДИ -63,54; -19,26). В процессе лечения единичные пациенты жаловались на неприятные ощущения в виде

тошноты, а лабораторные показатели имели более выраженные отклонения у пациентов 1 группы. Мы это объяснили регулярным приемом ПТП. Эффективность химиотерапии в первой группе отмечена через 1 мес в виде прекращения выделения МБТ у большего числа бактериовыделителей ($p=0,044$). Отдаленные результаты в виде перевода в другие группы диспансерного учета, формирование хронических форм и амплификации возбудителя не имели отличий между группами.

Ключевые слова: туберкулез, приверженность, переносимость терапии, эффективность терапии, комбинированные препараты с фиксированными дозами

THE COMBINED DRUGS WITH THE FIXED DOSES. WHO IS TREATED WHAT PORTABILITY AND EFFICIENCY

Tyulkova T.E. 1, Pirogova N.D.2, Okhotina I.N. 2, Kozlov N.V. 2, Bekova R.M.2

1- Ural Research Institute for Phthisiopulmonology of the Russian Ministry of Health, Yekaterinburg

2- Regional antitubercular clinic of Department of Health care of the Tyumen region, Tyumen

Summary. For decrease in the medicinal loading estimated in number of the taken pill, but not names of drugs at patients with tuberculosis use the combined drugs with the fixed doses (CDFD). We set the object: to analyse the contingent of patients which doctors appointed CDFD, commitment of patients of this therapy, shipping and efficiency of chemotherapy with use of CDFD. We created 2 groups upon reception of CDFD (an isoniazid of 60 mg, rifampicin-120 mg, Pyrazinamid - 300 mg, Ethambutol - 225 mg, and pyridoxine of 20 mg in the 1 tablet) – the 1st group (n=38) and separately (an isoniazid 10mg \kg, rifampicin-10 mg \kg, pyrazinamid -25 mg \kg, ethambutol 25 mg \kg) – the 2nd group (n=78). As a result of a research it is specified that doctors appoint more often than CDFD to patients with limited process without destruction and lack of deviations of

biochemical indicators. The secretion MBT, existence of the accompanying pathology had no crucial importance in the choice of the CDFD. Patients of 1 group came off treatment less often ($p=0,032$), the intensive phase had smaller duration ($90,2\pm 30,6$ doses against $131,6\pm 65,4$ doses, respectively 95% CI-63,54;-19,26). In the course of treatment single patients complained of unpleasant feelings in the form of nausea, and laboratory indicators had more expressed deviations at patients of 1 group. We connected it with regular reception of PTP. Efficiency of chemotherapy in the first group is noted in 1 month in the form of the termination of allocation of MBT at bigger number who had secreted the MBT ($p=0,044$). The long-term results in the form of transfer in other groups of the dispensary account, formation of chronic forms and amplification of MBT do not had differences between groups.

Key word: tuberculosis, commitment, shipping of therapy, efficiency of therapy, the combined drugs with the fixed doses

Низкая приверженность пациента к лечению является одной из основных проблем у пациентов с хронической респираторной патологией. По данным ВОЗ 30-50% пациентов с хроническими заболеваниями (т.ч. бронхиальная астма, аллергический ринит), не соблюдают режим лечения. В России кооперативность больных с астмой находится на уровне 43% [1,12]. У пациентов, страдающих туберкулезом, этот показатель соответствует этим цифрам. Но, если пациент с астмой причиняет вред самому себе, то пациент с инфекционным заболеванием несет эпидемическую опасность для окружающих. Уровень приверженности, в свою очередь, зависит от эффективности лечения и удобства применения пациентами лекарственных препаратов. Причем, значение имеет частота назначения, количество препарата и простота лекарственной терапии [11]. При туберкулезе такую роль могут выполнять комбинированные препараты с фиксированными дозами (КПФД). При помощи комбинированных форм снижается риск развития лекарственной устойчивости, возрастает вероятность лечения по

режимам химиотерапии без самостоятельности пациентов, снижается возможность медицинских ошибок при расчете доз, упрощается схема приема лекарств больными, упрощаются процедуры закупки, транспортировки и выдачи лекарств, устраняются многие проблемы снабжения, приводящие к нехватке лекарств. [2]. Причем, они хорошо воспринимаются пациентами [4]. Учитывая, что прием ПТП должен сопровождаться терапией пиридоксином для снижения их токсического действия на нервную систему [5], включение этого «короля витаминов» в состав КПФД, делает его прием неизбежным. Тогда как при назначении препаратов россыпью, врач не может быть уверен, что пациент принимает вит В6, особенно в случаях амбулаторного лечения, где контролируемым является набор ПТП.

Учитывая вышеизложенное, мы поставили перед собой **цель:** проанализировать контингент пациентов, которым врачи назначали КПФД, переносимость и эффективность химиотерапии у пациентов, получавших лечение КПФД в сравнении с группой, лечившихся монопрепаратами.

Материалы и методы исследования.

Нами проведено ретроспективное сплошное исследование. Мы проанализировали истории болезни взрослых пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ ТО «ОПТД» г. Тюмени в 2015 г. Пациенты получали лечение по 1 режиму химиотерапии. Группы сформированы по факту приема КПФД (изониазид 60 мг, рифампицин-120 мг, пиразинамид -300 мг, этамбутол 225 мг, пиридоксин 20 мг в 1 таблетке) – 1-я группа (n=38чел) и отдельно (изониазид 10мг\кг, рифампицин-10 мг\кг, пиразинамид -25 мг\кг, этамбутол 25 мг\кг) – 2-я группа (n=78 чел). В обеих группах преобладали женщины (63,1% и 64,1%). Большинство отмечали удовлетворительные социально – бытовые условия (89% и 81%). Вес пациентов в обеих группах не имел достоверных отличий (64,8±13,2 кг против 63,8±13,25 кг, p>0,05). В 1–ой группе расчет дозы производился по рифампицину 10 мг\кг, т.е. при массе 60 кг пациент получал 5 таблеток. Пиридоксин фосфат пациенты 1-ой

группы получали в составе КПФД, а пациентам 2-ой группы его вводили внутримышечно по 1 мл (50 мг\мл) или per os. Бактериовыделение оценивалось 1 раз в месяц. Лабораторные показатели (общий анализ крови и биохимический анализ) проводились 1 раз в месяц, но оценивались через 60 доз совместно с результатами лучевых методов.

Статистические исследования проводились с помощью прикладных программ «Microsoft Excel 97», БИОСТАТИСТИКА для Windows. В работе использовались два вида данных: дискретные (типа да/нет) и интервальные (количественные показатели). Описание количественных показателей выполнено с помощью среднего арифметического значения (M)±стандартное отклонение (δ), которое давало представление о разнородности группы. Чем выше стандартное отклонение (δ), тем более разнородна изучаемая группа. Различия интервальных переменных в независимых выборках анализировали с помощью двухвыборочного t -критерия Стьюдента с поправкой на неравенство дисперсий (наличие разнородности внутри группы) по Levene. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Величину различий оценивали путем расчета разности средних и определения 95% доверительного интервала (ДИ). Если ДИ этой разности не содержал внутри себя 0, то гипотеза о равенстве средних отвергалась. Сравнение дискретных признаков выполнено с применением критерия χ^2 .

Результаты и обсуждения.

При изучении эпидемически значимого показателя – бактериовыделения, мы установили, что оно определялось у равного количества пациентов в изучаемых группах (26,3% и 38,5%; $\chi^2=0,516$; $p=0,473$). Лекарственной устойчивости при диагностике туберкулеза в изучаемых группах зафиксировано не было, что позволило назначить всем I режим ХТ. Среди клинических проявлений туберкулеза отмечена тенденция в сторону более частой регистрации у лиц 1-ой группы очаговых (см.табл.1), а во 2-ой – инфильтративных форм туберкулеза, но достоверных отличий не зафиксировано. Деструкция легочной ткани отмечалась у 5 из 38 человек в 1-

ой и 30 из 78 пациентов во 2-ой группах ($\chi^2=3,644$; $p=0,05$). Данный факт в совокупности с данными таблицы 1 позволяет высказать предположение о недоверии врачей к КПФД и назначение их пациентам с ограниченными процессами без деструкции [3]. Возможно, это связано с меньшей суточной дозой изониазида (5 мг\кг) и этамбутола (18,75 мг), получаемой при приеме КПФД. Тогда как в инструкции рекомендуемая доза для изониазида составляет 10 мг\кг в сутки, а этамбутола – 15-25 мг\кг. При этом следует заметить, что в руководствах ВОЗ рекомендуемая доза изониазида для лечения туберкулеза у взрослых составляет 5 мг\кг в сутки [13]. В приказе № 951 рекомендованы дозы ПТП, при пересчете которых, мы получаем суточную дозу изониазида 6-8,5 мг\кг, этамбутола 23-24 мг\кг (см. табл.2) [9]. В связи с различиями в дозах основных ПТП, мы изучили их переносимость в обеих группах. Субъективные жалобы на тошноту предъявляли по 3 и 9 человек (7,8% и 11,5%, соответственно, $p>0,05$). Других нежелательных эффектов на препараты во время прохождения основного курса химиотерапии у пациентов изучаемых групп не отмечалось.

Лабораторные показатели имели разнонаправленные отклонения (см.табл.3) По данным таблицы 3 показано, что во 2-ой группе до начала терапии показатели щелочной фосфатазы (ЩФ) ($p=0,006$), креатинина ($p=0,001$) и общего билирубина ($p=0,016$) регистрировались выше, чем в 1-ой группе, но находились в пределах референсных значений. Данный факт мы соотнесли с наличием опасений у врачей назначать КПФД пациентам с незначительными (до 1,1-1,5 норм) отклонениями лабораторных биохимических показателей. Превышение некоторых биохимических показателей, возможно, связано с сопутствующей патологией. При изучении которых, нами выявлено, что в обеих группах лица, живущие с ВИЧ, регистрировались почти в четверти процентов случаев (по 28,9% и 25,6%, соответственно, $\chi^2=0,005$ $p=0,943$). Вредные привычки, способные вызвать и усугубить возникновение побочных реакций на ПТП отмечались у пациентов обеих групп. В употреблении алкоголя сознались 3 человека (7,8%) в 1-ой и 12 (15,4%) – во 2-ой группах

($\chi^2=0,5$, $p=0,48$), а наркотиков по 2 (2,5%) и 5 (6,4%) человек, соответственно ($\chi^2=0,035$, $p=0,853$). Вирусный гепатит С, способный ухудшать лабораторные данные и переносимость ПТП, отмечался преимущественно во 2-ой группе (47,4% и 23,8%, соответственно $\chi^2=2,180$, $p=0,148$). В связи с чем, связывать отличия в лабораторных показателях и наличием сопутствующей патологии не представилось возможным.

На фоне терапии (см.табл.4) в обеих группах отмечалось увеличение относительного количества лимфоцитов ($p_1=0,007$ и $p_2=0,016$). Причем, в 1-ой группе более существенное (с $31,7\pm 13,8\%$ до $39,2\pm 9,3\%$, соответственно) что расценивалось нами как косвенный показатель восстановления иммунной системы. Увеличение показателей аланин-аминотрансферазы (АЛТ) и γ -глутамилтранспептидазы (γ -ГТП) регистрировалось в обеих группах, но более значимо в 1-ой группе. Ни в одном случае, ни в одной группе отмены ПТП не потребовалось. Мы предположили, что более существенное увеличение АЛТ у пациентов 1-ой группы связано с регулярностью приема ПТП. Во 2-ой группе имел место нерегулярный прием ХТ у 12 пациентов (15,4%). Интенсивная фаза, по решению центральной врачебной комиссии, продлевалась в 1-ой группе почти в трети случаев (31,6%), а во 2-ой группе – в 26,9% ($\chi^2=0,032$, $p=0,859$). Среднее количество доз, принятое пациентами в интенсивную фазу лечения, составило $90,2\pm 30,6$ и $131,6\pm 65,4$, соответственно (95%ДИ -63,54; -19,26). Незначительное увеличение интенсивной фазы химиотерапии у пациентов 1-ой группы относительно 2-ой, в совокупности с отсутствием отрывов в химиотерапии, указывало на большую приверженность пациентов к терапии.

Это нашло отражение в эффективности химиотерапии, которую оценивали по прекращению бактериовыделения и регрессии рентген-изменений (см.табл.5) [6,10, 13].

По данным таблицы 5 мы выяснили, что прекращение бактериовыделения, обнаруживаемое всеми методами, наступало быстрее в 1-ой группе к концу 1-ого месяца ($p=0,044$), достигая элиминации возбудителя у всех

бактериовыделителей к 3 месяцу. Тогда как во 2-ой группе удавалось достичь подобного результата только к 6 месяцу. Это согласовывалось с данными литературы [8]. Динамика рентгенологических изменений имела разнонаправленный характер (табл.6) По данным таблицы 6 показано, что достоверных отличий по динамике рентгенологических изменений между изучаемыми группами через 60 и 120 доз приема ПТП по 1 режиму химиотерапии не выявлено.

При анализе эффективности курса химиотерапии по критериям приказа МЗ РФ №50 от 13 февраля 2004 г. [7] выявлено, что эффективный курс химиотерапии, подтвержденный микроскопией мокроты\посевом после завершения основного курса химиотерапии зафиксирован у всех пациентов 1-ой группы и у 91,1% леченных во 2-ой группе ($p=0,161$). Прерывание курса химиотерапии зарегистрировано только во 2-ой группе у 7 человек (8,9%). Среди наблюдаемых в обеих группах, дальнейшее передвижение из I группы диспансерного учета не имело достоверных отличий (см.табл.7)

По данным лучевой диагностики следует отметить, что остаточные изменения в виде локального фиброза отмечались в 47% и 34,6% случаев, соответственно ($p=0,496$), ограничение процесса по типу туберкуломы в 41,4% и 38,5 случаев ($p=0,951$). Формирование фибрознокавернозной формы туберкулеза зарегистрировали у 2,9% против 7,7% случаев ($p=0,547$), а ранний рецидив – у 8,7% и 19,2% случаев ($p=0,270$) (см.табл.7). В связи с этим, перевод во ПА группу учета осуществлен у 2,9% и 7,7%, (соответственно, $p=0,547$) и ИБ у 8,7% и 19,2% ($p=0,270$).

Заключение.

Врачи-фтизиатры предпочитали назначать КПФД пациентам с туберкулезным процессом без деструкции. Факт обнаружения бактериовыделения не оказывал решающего значения при назначении КПФД ($p=0,437$). Повышение показателей щелочной фосфатазы (ЩФ, $p=0,006$), креатинина ($p=0,001$) и общего билирубина ($p=0,016$) до начала химиотерапии регистрировали преимущественно во 2-ой группе, что,

вероятно, в совокупности с распространенностью и деструкцией процесса вызывало опасение у специалистов в эффективности и безопасности приема комбинированных форм ПТП. Лица, живущие с ВИЧ, регистрировались в обеих группах по 28,9% и 25,6%, ($p=0,943$). Алкоголизм, наркомания и вирусный гепатит С не имели отличий в изучаемых группах. Интенсивная фаза, по решению центральной врачебной комиссии, продлевалась в 1-ой группе почти в трети случаев (31,6%), что привело к увеличению интенсивной фазы химиотерапии до $90,2\pm 30,6$ доз. Во 2-ой группе продление интенсивной фазы осуществлялось у четверти пациентов (26,9%), но в совокупности с нерегулярным приемом в 15,4% случаев существенно увеличило интенсивную фазу до $131,6\pm 65,4$ доз (95%ДИ -63,54; -19,26). Прерывание курса химиотерапии зарегистрировано только во 2-ой группе в 8,9% случаев, что наряду с вышесказанным, явилось косвенным подтверждением отсутствия приверженности пациентов к лечению монопрепаратами.

На фоне химиотерапии прекращение бактериовыделения, обнаруживаемое всеми методами, наступало к концу 1-ого месяца в 1-ой группе в 60% случаев ($p=0,044$), достигая элиминации возбудителя к 3 месяцам у всех бактериовыделителей ($p=1,0$). Во 2-ой группе удавалось достичь подобного результата только к 12 месяцам. Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный микроскопией мокроты\посевом после завершения основного курса химиотерапии, зарегистрировали у всех пациентов 1-ой группы и у 91,1% леченных во 2-ой группе ($p=0,847$).

Формирование хронических форм туберкулеза (2,9% и 7,7%, соответственно, $p=0,547$) и ранних рецидивов (8,7% и 19,2%, $p=0,270$) не имело отличий между группами.

Т.о., со стороны врачей замечено недоверие к КПФД, что нашло отражение в назначении их пациентам с туберкулезом легких, преимущественно без деструкции и отсутствием изменений в лабораторных показателях до начала терапии. В то же время, со стороны пациентов прием КПФД повышал

приверженность к терапии, несмотря на увеличение трансаминаз, регистрируемое в процессе терапии. Прекращение бактериовыделения у пациентов 1 группы к концу первого месяца встречалось достоверно чаще ($p=0,44$). Отдаленные результаты химиотерапии у пациентов обеих групп не имели статистически значимых отличий.

Используемая литература:

1. Астафьев Н.Г. с соавт. Приверженность к ингаляционной терапии и контроль бронхиальной астмы. Российский Аллергологический журнал. №1. – 2011. С88-99
2. Глобальный альянс по разработке противотуберкулезных препаратов, Глобальная система обеспечения противотуберкулезными препаратами, Международный союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких, Организация «Наука управления», ВОЗ.
3. Докторова Н.П., Морозова Т.И., Паролина Л.Е. Использование комбинированных препаратов в стационаре: взгляд фтизиатров. Фтизиатрия и пульмонология. 2011; №2; 66-67.
4. Карпов А.В., Мохирева Л.В., Максимовская Т.В., Цветова С.Н. Изучение проблем использования комбинированных препаратов для лечения больных туберкулезом в Новгородской области (по результатам анкетирования) // Материалы юбилейной сессии, посвященной 90-летию ЦНИИТ РАМН «Актуальные вопросы борьбы с туберкулезом». – М. – 2011. – С. 85-88.
5. Усов К.И., Юшков Г.Г., Машанов А.В. Острая токсичность противотуберкулезных препаратов, содержащих и не содержащих пиридоксина гидрохлорид (экспериментальное исследование) Туберкулез и болезни легких. 2014. №12. С.76-82
6. Приказ от 21.03.2003 N 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»
7. Приказ МЗ РФ №50 от 13 февраля 2004 г. «О введении в действие учетной и отчетной документации. Мониторинга туберкулеза.»

8. Соколова Г.Б., Зуев А.П., Мохирева Л.В., Дубинский Р.Д. Клиническая эффективность и фармакоэкономика комбинированных противотуберкулезных препаратов // Главврач – 2005. - № 9. – С. 26-33
9. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания. М; 2014; С.56.
10. Чернохаева И.В., Беляева Е.Н., Афонин Д.Н. Количественная оценка эффективности химиотерапии туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Тубинформ. – Том1. №2(2). С.29-37
11. Bourbeau J et al. Patient adherence in COPD. Thorax. 2008; 63 (9):831-8.
George J et al. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. Chest 2005; 128(5):3198-204
12. Lastmar L., et all. Allergy, 2009.-v.64 (5).-P.784-789.
13. Treatment of tuberculosis. Guidelines. Fourth edition. WHO. 2009; 139

Таблица 1

Клинические формы у пациентов изучаемых групп

Клинические формы	1 группа		2 группа		χ^2	P
	n	%	N	%		
Очаговая	20	52,6	20	25,6	3,083	0,079
Инфильтративная	6	15,8	26	33,3	0,533	0,465
Туберкулома	2	5,3	0	0	1,534	0,216
Диссеминированная	2	5,3	11	14,1	0,937	0,333
Плеврит	8	21	15	19,3	0,003	0,957
Твглу	0	0	6	7,7	1,534	0,216
Итого	38	100	78	100		-

Таблица 2

Суточные дозы ПТП для взрослых

препарат	Суточные дозы (при ежедневном приеме)		
	33-50 кг	51-70 кг	Более 70 кг
Изониазид, мг	300	300-600	600
Рифампицин, мг	450	450-600	600
Пиразинамид, мг	1000-1500	1500-2000	2000-2500
Этамбутол, мг	800-1200	1200-1600	1600-2000

Таблица 3

Лабораторные показатели до начала терапии у пациентов изучаемых групп

показатели	до начала СХТ ($M \pm \delta$)		95% ДИ (p)
	1-я группа (n=38)	2-я группа (n=78)	
Эозинофилы	2,5±2,0	3,0±2,3	-1.36;0.36 (>0,05)
Лимфоциты	31,7±13,8	31,6±10,3	-4.42;4.62 (>0,05)
Моноциты	5,6±3,4	5,3±2,8	-0.87;1.47 (>0,05)
ЩФ	189,5±80,4	242,2±103,5	-90.8;-15.1 (0.006)
АСТ	34,7±26,3	45,2±90,8	-40.3;19.3 (>0,05)
АЛТ	33,9±34,3	32,3±31,3	-11.0;14.26 (>0,05)
γ -ГТП	39,1±23,1	56,9±54,3	-36.0;0.43 (0.056)
креатинин	66,2±42,3	88,2±14,3	-32.5;-11.5 (0.01)
общий билирубин	7.12±3.5	9.02±4.2	-3.46;-0.33 (0.016)

Таблица 4

Лабораторные показатели пациентов через 2 месяца от начала лечения по 1 режиму

показатели	1 группа, n=38 (M ± δ)		95% ДИ (p)	2 группа, n=78 (M ± δ)		95% ДИ (p)
	до начала СХТ	через 60 доз СХТ		до начала СХТ	через 60 доз СХТ	
Эозинофилы	2,5±2,0	2,3±1,7	-0.6;1.04 (>0,05)	3,0±2,3	4,1±4,4	-2.2;0.01 (0.052)
Лимфоциты	31,7±13,8	39,2±9,3	-12.8;-2.1 (0.007)	31,6±10,3	35,3±9,2	-6.8;-0.6 (0.019)
Моноциты	5,6±3,4	6,3±2,9	-2.1;0.74 (>0,05)	5,3±2,8	4,9±2,7	-0.4;1.27 (>0,05)
ЩФ	189,5±80,4	207,8±100,4	-59.8;23.3 (>0,05)	242,2±103,5	236,3±124,4	-30.3;42.1 (>0,05)
АСТ	34,7±26,3	45,7±47,4	-28.5;6.52 (>0,05)	45,2±90,8	53,2±83,6	-35.6;19.6 (>0,05)
АЛТ	33,9±34,3	63,2±63,3	-52.6;-6.0 (0.013)	32,3±31,3	47,7±52,4	-29.0;-1.74 (0.027)
γ-ГТП	39,1±23,1	134,4±237,1	-172;-18 (0.016)	56,9±54,3	101,7±110,9	-72.2;-17.3 (0.002)
креатинин	66,2±42,3	72,5±33,9	-23.8;11.2 (>0,05)	88,2±14,3	83,8±10,6	0.41;8.38 (0.031)
общий билирубин	7.12±3.5	7.1±2.3	-1.35;1.35 (>0,05)	9.02±4.2	11.2±12.1	-5.06;0.66 (>0,05)

Таблица 5

Наличие бактериовыделения и сроки его прекращения
(с нарастающим итогом)

Бактериовыделение и сроки негативации мокроты	1 группа		2 группа		χ^2	p
	n	%	n	%		
МБТ + (скопия и\или посев)	10	26,3	30	38,5	0,516	0,473
1 мес	6	60	3	10	4,060	0,044
3 мес	10	100	13	43,3	1,527	0,217
4 мес	10	100	26	86,6	0,000	0,989
6 мес	10	100	30	100	-	-

Таблица 6

Динамика рентгенологических изменений (с нарастающим итогом)

Динамика рентгенологических изменений		1 группа		2 группа		χ^2	p
		n	%	n	%		
60 доз	Рассасывание	19	50,0	29	37,2	0,429	0,513
	Отграничение (формирование туберкулом)	1	2,6	9	11,5	1,293	0,255
	Прогрессирование	4	10,6	1	1,3	2,866	0,090
	Без динамики	14	36,8	39	50	0,422	0,516
120 доз	Рассасывание	31	81,6	56	71,8	0,077	0,781
	Отграничение (формирование туберкулом)	3	15,8	19	24,4	2,387	0,122
	Прогрессирование	0	0	2	2,6	0,046	0,826
	Без динамики	4	10,6	1	1,3	2,866	0,090

Таблица 7

Перевод пациентов из I группы диспансерного учета

Перевод	1 группа		2 группа		p
	n	%	n	%	
III группу	34	88,4	57	73,1	0,996
IIA группу	1	2,9	6	7,7	0,547
IB группу	3	8,7	15	19,2	0,270
итого	38	100	78	100	

Ответственный за переписку:

Тюлькова Татьяна Евгеньевна 8-912-924-9710, e-mail: tulkova@urniif.ru