

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ГЛАЗ¹

© С. Л. Ляпин¹, Е. И. Устинова²

¹ФГБУ «Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал» Минздрава РФ, Ленинградская область, Лужский район;

²Кафедра офтальмологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава РФ, Санкт-Петербург

✦ Проанализированы отдалённые результаты стандартных режимов химиотерапии туберкулёза глаз 87 больных, пролеченных в интенсивную фазу лечения в специализированном санатории, в фазу продолжения лечения — в диспансерах (ПТД) по месту жительства. Отдалённые результаты оценивали при повторном поступлении больных в санаторий через 1–3 года после окончания лечения. Положительный результат — «эффективное лечение» установлен у 73 (84 %) из 87 больных, с впервые выявленным туберкулёзом глаз и его рецидивами — соответственно в 85 % и 83 % ($p > 0,05$). Выявлено существенное преимущество в частоте эффективного лечения в отдалённые сроки у больных с туберкулёзными хориоретинитами, по сравнению с передними увеитами, как по всему материалу ($p = 0,0004$), так и в каждой из основных групп — при впервые выявленном туберкулёзе глаз ($p = 0,0004$) и его рецидивах ($p = 0,02$). Отсутствие фтизиоофтальмологов в 46,6 % ПТД затрудняет контроль качества лечения больных.

✦ **Ключевые слова:** туберкулёз глаза; передние увеиты; хориоретиниты; лечение; отдалённые результаты; санаторий; диспансер.

Среди туберкулёзных поражений органа зрения наиболее частым является туберкулёз сосудистой оболочки. На основе длительных клинических наблюдений и результатов экспериментов на животных убедительно доказано, что данная форма туберкулёза возникает в результате гематогенного заноса микобактерий в сосудистый тракт глаза [1, 5]. Лечение туберкулёзных увеитов является сложной проблемой офтальмологии и фтизиатрии. При неадекватном лечении могут возникать тяжёлые осложнения и последствия.

С начала XXI столетия больным туберкулёзом глаз, как и любой другой локализации туберкулёза, проводится достаточно длительное, интенсивное, комплексное, контролируемое этиотропное лечение в сочетании с патогенетической терапией. Основной курс специфической химиотерапии состоит из двух фаз: интенсивной (2–3 месяца) и фазы продолжения (4–5 месяцев). Необходим контроль с оценкой как непосредственных, так и отдалённых результатов лечения.

В 2001 г. опубликовано сообщение о непосредственных и отдалённых результатах 33 больных с впервые выявленным туберкулёзом глаз [9, 11]. Авторы провели интенсивную фазу и фазу продолжения лечения по оптимизированной методике химиотерапии в условиях санатория с применением как системного (2 месяца по 3–4 и 4 месяца по 2 наи-

более эффективных химиопрепарата), так и местного лечения раствором изониазида парабульбарно или электрофорезом (3–5 курсов за 6 месяцев). У всех больных отмечался хороший непосредственный эффект лечения. Отдалённые результаты лечения проконтролировали через 6–12 месяцев после окончания основного курса химиотерапии. У всех 33 (100 %) больных с впервые выявленным туберкулёзом глаз были устранены клинические признаки туберкулёзного воспалительного процесса в оболочках глаза, не отмечалось обострений заболевания глаза после завершения основного курса химиотерапии и не имелось проявлений туберкулёза в других органах. У 28 (85 %) из них было подтверждено клиническое излечение туберкулёза глаз с учётом всех вышеупомянутых критериев и отрицательных результатов туберкулиновых проб с 2 ТЕ и 50 ТЕ. У остальных 5 больных лечение оказалось недостаточно эффективным, о чём свидетельствовало выявление очаговых туберкулиновых реакций на 2 ТЕ или на 50 ТЕ. Следует отметить, что за 19 больными с клиническим излечением туберкулёза глаз авторам удалось проследить ещё и в последующие 1,5–4 года (в среднем по 2 года), рецидивов не зарегистрировано [9]. Других работ по отдалённым результатам лечения туберкулёза глаз нам не встретилось.

Несомненный интерес представляют отдалённые результаты лечения больных туберкулёзом других локализаций.

¹Доложено на пленарном заседании СПбНМОО 23 апреля 2013 года

И. А. Васильевой и соавт. [2] при оценке результатов стандартных режимов химиотерапии у 380 впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких зарегистрировано «эффективное лечение» в отдалённые сроки (через 3 года) в 93,4 % случаев.

В. В. Олейник [4] изучила результаты лечения генерализованного и полиорганного туберкулёза у 205 больных в отдалённый период (от 2 до 14 лет). Излечение или стойкое затихание туберкулёза органов дыхания достигнуто в 81,7 % случаев. Излечение туберкулёзного спондилита после операции зарегистрировано у 90 % больных, однако в 9 % случаев возникали рецидивы в ранние сроки (до 1 года).

В. В. Скачков [6] доказал, что при комплексном лечении в соответствии с современными протоколами частота рецидивов туберкулёза почек и мужских половых органов снижается в 3,5 раза.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить отдалённые результаты лечения больных с впервые выявленным туберкулёзом глаз и его рецидивами, пролеченных в условиях санатория в интенсивную фазу с дальнейшим продолжением лечения в диспансере по месту жительства.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ

1. Проверить отдалённые результаты лечения как у впервые выявленных больных туберкулёзом глаз, так при его рецидивах.
2. Оценить отдалённые результаты лечения у больных туберкулёзными увеитами в зависимости от их локализации.
3. Изучить как частоту повторных поступлений пациентов в санаторий, так и результаты лечения в зависимости от наличия или отсутствия фтизиоофтальмологов в штате ПТД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДИКИ

Исследование проводили в санатории «Красный Вал» с 2005 по 2012 гг. Больные с туберкулёзом глаз поступали в санаторий из 1-й группы диспансерного наблюдения (ГДН-1) различных регионов РФ после начальной фазы лечения, проводившегося в противотуберкулёзном диспансере (ПТД) по месту жительства. Однако у каждого из исследуемых больных к моменту поступления в санаторий ещё сохранились те или иные явные клинические признаки воспаления, что свидетельствует о недостаточной эффективности предшествующего лечения в диспансере.

У 76 больных (54 %) диагностирован впервые выявленный туберкулёз глаз, у 64 его рецидивы (46 %). Туберкулёзная этиология заболеваний глаз была подтверждена в санатории на основе применения дифференциально-диагностической системы, раз-

работанной в СПбНИИФ [7, 8, 9, 10]. Основную часть пациентов составляли лица среднего возраста. Из числа всех 140 исследуемых передние увеиты диагностированы у 63 человек, хориоретиниты у 71, генерализованные увеиты у 6. Острота зрения ($M \pm m$) была более высокой у больных с передними увеитами ($0,49 \pm 0,04$), чем у больных с хориоретинитами ($0,34 \pm 0,04$) ($p = 0,005$), что скорее всего обусловлено центральной и парацентральной локализацией хориоретинальных очагов и экссудацией в стекловидное тело. Острота зрения 0,3 и ниже выявлена при хориоретинитах у 63 % больных, в то время как при передних увеитах достоверно реже — у 37 % больных ($p = 0,0088$).

В условиях санатория для лечения впервые выявленных больных применяли оптимизированную методику лечения [8, 9, 10, 11]; для лечения рецидивов туберкулёза глаз — так называемый способ лечения рецидивов туберкулёза глаз [15].

Критерием положительной оценки результата лечения в интенсивную фазу считали полное устранение объективных клинических признаков воспаления (преципитатов, экссудации) к завершению 2-месячного (при впервые выявленном туберкулёзе глаз) и 2,5 — месячного (при его рецидивах) сроков лечения в санатории, без конкретных требований к степени повышения зрительных функций. Такие результаты лечения были достигнуты у 72,4 % впервые выявленных больных и у 72,6 % — при рецидивах ($p > 0,05$) [16].

Отдалённые результаты проверяли при повторных поступлениях больных в санаторий в последующие годы с 2006 по 2012 гг. включительно. При оценке отдалённых результатов лечения учитывали следующие критерии:

- данные анамнеза и эпикризов из ПТД о продолжительности и качестве химиотерапии во время фазы продолжения лечения;
- заключение врача из ПТД о клиническом течении заболевания, лечении после выписки из санатория, диагнозе, группе диспансерного наблюдения;
- данные клинико-рентгено-лабораторного обследования организма, офтальмологического статуса, зрительных функций при повторном поступлении больного в санаторий.

Результат лечения в отдалённые сроки считали положительным («эффективное лечение») при отсутствии как указаний в анамнезе и эпикризе из ПТД об обострениях процесса, так и явных признаков туберкулёзного воспаления в органе зрения и других органах при обследовании больного в санатории.

Следует отметить, что в заключениях из ПТД такой результат часто расценивали как «клиническое излечение». Однако с этим полностью нельзя со-

Таблица 1

Контроль отдалённых результатов лечения у больных основных групп: с впервые выявленным туберкулёзом глаз и его рецидивами

Основные группы больных	Всего больных	Из них	
		с контролем в отдалённые сроки	без контроля в отдалённые сроки
1. Впервые выявленный туберкулёз глаз	76	46(60,5 %)	30(39,5 %)
2. Рецидивы туберкулёза глаз	64	41(64,0 %)	23(36,0 %)
Итого	140(100 %)	87(62,1 %)	53(37,9 %)

Таблица 2

Сроки повторных поступлений больных туберкулёзом глаз после первой выписки из санатория

Группы больных туберкулёзом глаз	Из них с контролем в отдалённые сроки	Срок после выписки из санатория		
		Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года
Впервые выявленные	46	21 (45,6 %)	15 (32,6 %)	10 (21,8 %)
Рецидивы	41	19 (46,3 %)	13 (31,7 %)	9 (22 %)
Итого	87	40 (46 %)	28 (32 %)	19 (22 %)

гласиться, так как по данным ряда научных исследований [3, 8, 9, 10, 11, 12, 17] такое заключение необходимо подтвердить ещё и отсутствием очаговой и выраженной общей реакции на туберкулиновую пробу до 50 ТЕ.

При статистической обработке использовали следующие критерии: критерий χ^2 независимости качественных признаков, критерий χ^2 согласия с равномерным распределением, а также критерий Мак-Немара для зависимых выборок. Результаты представлены в виде M (среднее значение) и $\pm m$ (ошибка среднего). Различия в частотах считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Как следует из таблицы 1, отдалённые результаты лечения удалось проверить у 87 (62 %) больных при повторном поступлении пациентов в санаторий. Остальные 53 (38 %) человека повторно в санаторий не поступали. По числу больных с контролем отдалённых результатов между основными группами (впервые выявленный туберкулёз глаз и его рецидивы) существенных различий не обнаружено ($p = 0,67$).

Около половины повторных поступлений больных приходилось на конец 1 года после выписки из санатория (46 %). Поступлений по истечении 2 и 3 лет было соответственно 32 % и 22 % (табл. 2). Между пациентами двух основных групп (впервые выявленные и рецидивы) не обнаружено существенных различий по числу повторно поступающих больных в разные годы ($p > 0,05$). При сравнении числа повторно поступающих больных через 1–2 или 3 года выявлено, что наиболее часто больные поступали через 1–2 года после окончания основного курса лечения — 78 % больных (χ^2 согласия с равномерным распределением — $p = 0,02$).

В таблице 3 представлены данные о числе повторно поступавших больных с различными локализациями туберкулёзных увеитов для контроля отдалённых результатов лечения: как в каждой из основных групп исследования, так и в целом по всему материалу. Различия в распределении больных туберкулёзными увеитами по их локализации в обеих основных группах исследования не являются значимыми ($p = 0,98$). Доли больных с передними увеитами (44,8 %) и хориоретинитами (50,6 %) также существенно не отличаются друг от друга.

Таблица 3

Контроль отдалённых результатов лечения у больных с различными локализациями туберкулёзных увеитов

Основные группы исследования	Число больных с контролем отдалённых результатов лечения	В том числе с различными локализациями увеитов		
		Передние увеиты	Хориоретиниты	Панувеиты
Впервые выявленный туберкулёз глаз	46	21	23	2
Рецидивы туберкулёза глаз	41	18	21	2
Итого	87	39(45 %)	44(51 %)	4(5 %)

Таблица 4

Отдалённые результаты лечения больных туберкулёзом глаз в основных группах исследования

Основные группы больных туберкулёзом глаз	Число больных с контролем отдалённых результатов	Из них с результатом «эффективное лечение» в отдалённые сроки	Достоверность различий
Впервые выявленные	46	39(85 %)	p > 0,05
Рецидивы	41	34(83 %)	
Всего	87	73(84 %)	

В таблице 4 представлена сравнительная оценка отдалённых результатов лечения больных туберкулёзом глаз как выявленных впервые, так и с рецидивами, а также по всему материалу. Различия между долями положительных результатов («эффективное лечение») в основных группах — 85 % и 83 % статистически не значимы ($p = 0,81$). Результат «эффективное лечение» в отдалённые сроки, установленный у 73 (84 %) из числа всех 87 больных с туберкулёзом глаз, можно считать удовлетворительным с учётом современной сложной социально-экономической обстановки в стране (частая досрочная выписка пациентов из санатория, отказ от госпитализации в стационар и от направления в санаторий — по производственным и семейным обстоятельствам; недостаточная укомплектованность штатов в ПТД).

Что касается результата «эффективное лечение», установленного у 39 (85 %) из 46 больных с впервые выявленным туберкулёзом глаз, то он уступает данным литературы [9, 11]. В нашем исследовании по ряду причин среди критериев оценки отсутствовали провокационные туберкулиновые пробы с 2 ТЕ и 50 ТЕ. По упомянутой же выше публикации (С. 86), такой результат лечения в отдалённые сроки (85 %) был зарегистрирован у впервые выявленных больных после оценки с применением туберкулино-

вых провокационных проб. Без учёта этих проб состояние органа зрения и организма у всех 33 (100 %) исследуемых соответствовало вышеупомянутому заключению «эффективное лечение».

Наши данные по всему материалу (из числа 87 больных у 84 % «эффективное» лечение) значимо уступают отдалённым результатам лечения туберкулёза лёгких, представленным И. А. Васильевой с соавт. [2], — из числа 380 больных у 93,4 % положительный эффект лечения ($p < 0,05$).

Проанализированы отдалённые результаты лечения туберкулёзных увеитов в зависимости от локализации увеитов как по всему материалу, так и в каждой из двух основных групп исследования (таблицы 5, 6, 7).

Результат «эффективное лечение», который прежде всего выражается в устранении признаков воспалительного туберкулёзного процесса в глазу и отсутствии проявлений туберкулёза в других органах, получен у 43 (98 %) из 44 больных с хориоретинитами и значимо реже — у 27 (69 %) из 39 при передних увеитах ($p = 0,0004$) (табл. 5).

Различия в частоте результатов «эффективное лечение» между передними увеитами и хориоретинитами при оценке отдалённых результатов исследования оказались значимыми также и в каждой из основных

Таблица 5

Частота отдалённых результатов «эффективное лечение» у больных туберкулёзными увеитами различной локализации

Группы больных по локализации увеитов	Число больных	Из них с контролем отдалённых результатов	В том числе с результатом лечения		p
			Эффективное	Неэффективное	
Передние увеиты	63	39	27 (69 %)	12 (31 %)	0,0004
Хориоретиниты	71	44	43 (98 %)	1 (2 %)	
Панувеиты	6	4	3	1	
Итого	140	87	73 (84 %)	14 (16 %)	

Таблица 6

Отдалённые результаты лечения больных туберкулёзными увеитами различных локализаций в каждой из основных групп (впервые выявленные и рецидивы)

Основные группы исследования	Впервые выявленные		Рецидивы		p
	Число больных	Из них с «эффективным лечением»	Число больных	Из них с «эффективным лечением»	
Локализация туберкулёзных увеитов					
Передние увеиты	21	15 (71 %)	18	12 (66,6 %)	0,74
Хориоретиниты	23	23 (100 %)	21	20 (95,5 %)	>0,05
p		p = 0,0004		p = 0,02	

Таблица 7

Сравнительная оценка динамики остроты зрения у больных туберкулёзными увеитами с различными локализациями до лечения и в отдалённые сроки

Группы больных	Число больных	Из них с остротой зрения 0,3 и ниже		Достоверность различий
		Исходные данные	Отдалённые результаты	
Передние увеиты	39	23 (59 %)	17 (44 %)	$p = 0,055$
Хориоретиниты	44	34 (73 %)	17 (39 %)	$p = 0,0001$
p		$p = 0,07$	$p = 0,65$	

групп — среди впервые выявленных туберкулёзных увеитов ($p = 0,0004$) и при рецидивах ($p = 0,02$) (табл. 6).

Нередко возникает вопрос о причине малых значений « p ». Слишком малая величина « p » объясняется большой разницей в частотах и уменьшением в таких случаях значения ошибки среднего ($M \pm m$).

Как следует из таблицы 6, не установлено значимых различий по результатам лечения в отдалённые сроки передних увеитов в группах больных как с впервые выявленным туберкулёзом глаз, так и с рецидивами туберкулёза глаз ($p = 0,74$). То же самое отмечается и среди хориоретинитов ($p > 0,05$) (табл. 6).

Отдалённые результаты лечения при передних увеитах и хориоретинитах оценивались не только по объективным клиническим признакам, но и по состоянию остроты зрения.

Средняя величина остроты зрения ($M \pm m$) увеличилась при обеих основных локализациях туберкулёза глаз, но в значительно большей степени при хориоретинитах, чем при передних увеитах, а именно: её динамика при передних увеитах составляла от $0,35 \pm 0,05$ до $0,45 \pm 0,06$; при хориоретинитах же — от $0,24 \pm 0,05$ до $0,44 \pm 0,04$, т. е. повышение почти в 2 раза.

Проанализировано также состояние зрительной функции по числу лиц с остротой зрения от 0,3 до 0,01 и ниже как перед основным курсом лечения (исходные данные), так и в отдалённые сроки. Как следует из таблицы 7, у пациентов с хориоретинитами в отдалённые сроки выявлено существенное улучшение остроты зрения, по сравнению с исходными данными: число лиц с остротой зрения от 0,3 до 0,01 и ниже сократилось с 34 (73 %) до 17 (39 %) ($p = 0,0001$). У больных же с передними увеитами исходная острота зрения была выше, чем при хориоретинитах: доля пациентов с остро-

той зрения от 0,3 до 0,01 и ниже составляла 59 %, но в отдалённые сроки доля таких пациентов сократилась не так значительно, как при хориоретинитах (до 44 %). Данное различие при нашей строгой оценке не является достоверным ($p = 0,055$), хотя и приближается к данному пределу.

Причины различий в результатах лечения иридоциклитов и хориоретинитов нуждаются в дальнейшем изучении. Положительная динамика в состоянии остроты зрения при увеитах любой локализации в значительной мере обусловлена рассасыванием инфильтрации, экссудации и отёка во внутренних оболочках глазного яблока и устранением опалесценции стекловидного тела. При хориоретинитах этому способствует наиболее богатое кровоснабжение собственно сосудистой оболочки глаза. Существенную роль может играть выбор способов местного введения специфических и патогенетических препаратов. Нельзя исключить также различий в динамике и выраженности процессов фибрирования бугорков в различных анатомических структурах глазного яблока и в различных отделах сосудистого тракта

В таблице 8 представлены данные о сравнительной оценке отдалённых результатов лечения больных в зависимости от наличия или отсутствия фтизиоофтальмолога в ПТД. При оценке отдалённых результатов удалось установить, что 67 больных находились на лечении в фазе продолжения (после начальной, интенсивной фазы санаторного лечения) в 24 диспансерах соответственно своим местам жительства. Из них 38 человек были направлены на повторное обследование и лечение в санаторий из 13 ПТД с наличием фтизиоофтальмологов, остальные 29 — из 11 ПТД с совместителями из ОЛС. Данный анализ подтверждает, что почти в половине диспансеров не имеется штатных фтизиоофтальмологов. Число больных, повторно направляемых в санаторий,

Таблица 8

Сравнительная оценка отдалённых результатов лечения больных в зависимости от наличия фтизиоофтальмологов в ПТД

Противотуберкулёзные диспансеры	Число больных	Из них по результатам лечения в отдалённые сроки		
		«эффективное лечение»	«неэффективное лечение»	P
С наличием в штате фтизиоофтальмолов	38	29 (76,3 %)	9 (23,7 %)	$>0,05$
С офтальмологами-совместителями	29	21 (72,4 %)	8 (27,6 %)	
Итого	67	50 (74,6 %)	17 (25,4 %)	

и доля больных с оценкой отдалённых результатов лечения «эффективное лечение», в ПТД с наличием фтизиоофтальмологов несколько выше, чем в ПТД с офтальмологами из ОЛС (хотя различия статистически не значимы, $p > 0,05$). Анализ представленной информации в эпикризах свидетельствует о том, что в фазе продолжения лечения в диспансерах редко проводится местная химиотерапия, особенно при отсутствии фтизиоофтальмолога.

ВЫВОДЫ

1. Проанализированы отдалённые результаты стандартных режимов химиотерапии у 87 больных туберкулёзом глаз, ранее пролеченных в санатории (интенсивная фаза) и в диспансерах по месту жительства (фаза продолжения). Среди обследованных лиц существенных различий между числом впервые выявленных больных и пациентов с рецидивами, а также больных с передними увеитами и хориоретинитами не отмечалось.
2. Результат «эффективное лечение» в отдалённые сроки (через 1–3 года) установлен у 73 (84 %) из 87 больных туберкулёзом глаз. Значимых различий в эффективности лечения между больными с впервые выявленным туберкулёзом глаз (85 %) и с его рецидивами (83 %) не обнаружено.
3. Результат «эффективное лечение» в отдалённые сроки достоверно чаще наблюдается у больных с туберкулёзными хориоретинитами, по сравнению с туберкулёзными передними увеитами, как по всему материалу исследования, так и при впервые выявленном туберкулёзе глаз и его рецидивах. При хориоретинитах также значимо чаще, чем при передних увеитах, повышается острота зрения.
4. Результаты исследования подтверждают отсутствие фтизиоофтальмологов почти в половине диспансеров РФ, а также свидетельствуют о недостаточном контроле в диспансерах качества лечения больных, особенно в применении местной химиотерапии.
5. Фтизиоофтальмологи диспансеров нуждаются в помощи специализированных санаториев как в трудных дифференциально-диагностических и лечебных ситуациях, так и в уточнении вопроса о клиническом излечении больных туберкулёзом глаз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беллендир Э. Н. Патогенез внелёгочных локализаций туберкулёза // Внелёгочный туберкулёз: Рук-во для врачей / Под ред. проф. А. В. Васильева. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. — С. 36–47.

2. Васильева И. А., Самойлова А. Г., Казенный Б. Я. и др. Отдалённые результаты стандартных режимов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких // Матер. Всерос. научн.-практ. конф. «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом глаз» 20–22.10.2011 г. — СПб., 2011. — С. 148–149.
3. Выренкова Т. Е. Туберкулёз глаз // Туберкулёз: Руководство для врачей / Под редакцией А. Г. Хоменко. — М., 1996 г. — С. 398–410.
4. Олейник В. В. Особенности лечения генерализованного и полиорганного туберкулёза // Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелёгочного туберкулёза / Научн. тр. Всерос. научн.-пр. конф. 20–21.04.2006 г. — СПб., 2006. — С. 168–171.
5. Самойлов А. Я., Юзефова Ф. И., Азарова Н. С. Туберкулёзные заболевания глаз. — Ленинград: Медгиз, 1963. — 253 с.
6. Скачков В. В. Отдалённые результаты лечения туберкулёза почек и мужских половых органов в крупном промышленном центре: Автореф... канд. мед. наук. — Москва, 2005.
7. Устинова Е. И. Об унификации подхода к диагностике туберкулёзных увеитов // 6-й Всесоюзный съезд офтальмологов. — Москва, 1985. — Т. 3. — С. 197–199.
8. Устинова Е. И. Основные принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения туберкулёза глаз // Вестн. офтальмол. — 2001. — Т. 117, № 3. — С. 38–41.
9. Устинова Е. И. Организация выявления, диагностики и лечения туберкулёза глаз (Вопросы интеграции общей лечебной и фтизиатрической сети) // Клиническая офтальмология. — 2003. — Т. 4, № 1. — С. 36–39.
10. Устинова Е. И. Туберкулез глаз и сходные с ним заболевания: Руководство для врачей (Издание 2-е, исправленное и дополненное). — СПб.: «Левша-Санкт-Петербург», 2011. — 420 с.
11. Устинова Е. И., Александрова Т. Е. Оптимизация методики основного курса этиотропной терапии туберкулеза глаз // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз / Под ред. Майчука Ю. Ф. — М., 2001. — С. 135–136.
12. Устинова Е. И., Александров Е. И., Медведева Р. Г. и др. О критериях клинического излечения туберкулёза глаз // Пробл. туб. — 2001. — № 4. — С. 27–29.
13. Устинова Е. И., Батаев В. М. Система диагностики туберкулеза глаз, ее обоснование и эффективность // Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулёза легких и внелёгочных локализаций. — СПб., 1991. — С. 194–199.
14. Устинова Е. И., Батаев В. М. Дифференциальная диагностика туберкулёзных увеитов // Туберкулез как объект научн. иссл.: Труды СПбНИИФ. — СПб., 1994. — Т. 1. — С. 174–181.
15. Устинова Е. И., Ляпин С. Л. Эффективность этиотропной химиотерапии при туберкулезе глаз и пути ее повышения // Офтальмол. ведомости. — 2009. — № 3. — С. 63–68.
16. Устинова Е. И., Ляпин С. Л. Рецидивы туберкулёза глаз: способ лечения, результаты // Офтальмол. ведомости. — 2010. — Т. 3, № 4. — С. 79–85.
17. Ченцова О. Б. Туберкулёз глаз. — М.: Медицина, 1990. — 154 с.

REMOTE TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH EYE TUBERCULOSIS

Lyapin S.L., Ustinova Ye.I.

✧ **Summary.** Remote results of standard chemotherapy regimens used for ophthalmic tuberculosis were analyzed in 87 patients, receiving care at a specialized sanatorium during the intensive treatment phase, and at local anti-tuberculosis dispensaries during the continued treatment phase. Remote treatment results were assessed at the patients' admittance to the sanatorium in 1–3 years after the treatment termination. A positive result — “effective treatment” was established in 73 (84 %) from 87 patients, with newly diag-

nosed ophthalmic tuberculosis and its recurrences — in 85 % and 83 %, respectively ($p > 0.05$). A significant advantage was found in effective treatment prevalence at remote terms in patients with tuberculous chorioretinitis when compared to anterior uveitis, both in the whole material ($p = 0.0004$) and in each of the main groups — newly diagnosed ophthalmic tuberculosis ($p = 0.0004$) and its recurrences ($p = 0.02$). The lack of phthisioophthalmologists in 46.6 % of anti-tuberculosis dispensaries renders the control of treatment quality more difficult..

✧ **Key words:** ophthalmic tuberculosis; anterior uveitis; chorioretinitis; treatment; remote results; sanatorium; dispensary.

Сведения об авторах:

Ляпин Сергей Леонидович — врач-офтальмолог, ФГУ Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал». 188278 Ленинградская область, Лужский район, п/о Красный Вал. E-mail: 41564@bk.ru.

Устинова Елена Ивановна — д. м. н., профессор кафедры офтальмологии, ГБОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России. 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6–8, корпус 16. E-mail: spmu@mail.ru.

Lyapin Sergei Leonidovich — MD, ophthalmologist, head of the medical service, Phtisio-ophthalmological sanatorium “Krasniy val”, 188278, Leningrad oblast, Lujsky region, sanatorium “Krasniy Val”. E-mail: 41564@bk.ru.

Ustinova Yelena Ivanovna — MD, Professor, Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University of St. Petersburg, 197089, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy st., 6–8, building 16. E-mail: spmu@mail.ru.