



ЭТИОТРОПНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ

(обзор литературы)

УДК 617.7
ГРНТИ 76.29.56
ВАК 14.00.08

© С. Л. Ляпин

ФГУ Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный вал», Ленинградская область

✦ В представленном обзоре литературы автор рассматривает различные аспекты лечения больных туберкулезом глаз: от антибактериального периода до принятых схем лечения в настоящее время.

✦ **Ключевые слова:** туберкулез глаз; этиотропная химиотерапия; рецидив, лечение.

В доантибактериальный период возможность излечения больных туберкулезом глаз была ограниченной. Терапевтические мероприятия в основном были направлены на стабилизацию процесса. В те годы нередко применяли туберкулинотерапию, однако она требовала длительных сроков и большой осторожности [5, 6, 26].

К концу 40-х годов относится начало применения ПАСК, который назначали детям до 3–4 г, взрослым до 5–6 г в сутки, нередко доводя его количество до 1000 г на курс лечения [8].

В 1954 году О. Б. Ченцовой [27] при лечении туберкулеза глаз был доказан успех стрептомицинолечения, что подтверждено также А. Я. Самойловым с соавторами [8]. Стрептомицин вводили по 30–50 тыс. ЕД периокулярно и 300–500 тыс. ЕД системно в сутки. Кроме того, применяли субконъюнктивально инъекции 5% раствора салюзид и перорально фтивазид. В последующие годы в практику были широко внедрены и другие противотуберкулезные препараты, наиболее эффективными из которых в нашей стране и за рубежом считаются изониазид и рифампицин. К препаратам средней эффективности относят стрептомицин, протионамид, пипразинамид и другие туберкулостатики [27].

До последних лет для лечения туберкулеза глаз применяли длительные курсы лечения — до 9–12 месяцев (системно 2 туберкулостатика в сочетании с 1–2 курсами местной противотуберкулезной терапией) и сезонные курсы по 2–2,5 месяца весной и осенью в течение 3–5 лет до полного излечения туберкулеза глаз [4, 27].

И. Е. Панова [7], признавая данную схему традиционной методики лечения туберкулеза глаз, рекомендует сочетать ее с лимфотропным введением стрептомицина сульфата в шейные региональные лимфатические узлы ежедневно в течение 2–3 недель. Лимфотропная терапия обеспечивает достоверное увеличение абсолютного числа лимфоцитов, что дает иммунотропный эффект. Признаки началь-

ного рубцевания, по данным автора, появлялись через 3 месяца, в то время как при традиционной методике без лимфотропной терапии — через 6 и более месяцев.

С 80-х годов 20 века во фтизиопульмонологии осуществляется переход к сокращению сроков лечения туберкулеза при одновременной его интенсификации [26]. Приказом МЗ РФ № 33 от 02.02.1998 г. были утверждены стандарты лечения больных по каждой локализации туберкулеза [9]. Предусмотрена продолжительность химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом глаз 8 месяцев, в том числе начальная фаза лечения — 3 месяца 2–3 препаратами. К сожалению, рифампицин по данной схеме рекомендуется применять кратковременно, в то время как стрептомицин и кортикостероиды — более длительно, с чем трудно согласиться.

Совместно с офтальмологами санаториев «Выборг-3» и «Плес» проанализирована эффективность лечения по традиционной схеме в 3-х группах больных (всего 100 человек) [13, 17, 18]. Полученные результаты подтвердили необходимость оптимизации традиционной схемы химиотерапии.

В 2000 году Е. И. Устиновой была разработана схема оптимизированной методики системного и местного этиотропного лечения впервые выявленных больных туберкулезом глаз [14, 18]. Применяются наиболее эффективные туберкулостатики: изониазид, рифампицин, пипразинамид и при выраженной экссудации — стрептомицин. Предусмотрены две лечебные категории больных (тяжелые и менее тяжелые формы туберкулеза глаз) и две фазы лечения — начальная (2 месяца; системно 3–4 препарата и 2 курса местной терапии) и фаза продолжения (4 месяца; 2 препарата системно, 2–3 курса местно). При апробации установлены статистически достоверные различия в пользу оптимизированной методики, по сравнению с традиционной. Оптимизированная методика внедрена в практику

работы многих диспансеров и фтизиоофтальмологических санаториев [19, 21].

Следует отметить, что публикации зарубежных офтальмологов также свидетельствуют об эффективности системного применения изониазида, рифампицина и пиразинамида при лечении туберкулеза глаз [28, 29, 30, 31].

К сожалению, в этих публикациях обычно отсутствует указание на применение периокулярных инъекций туберкулостатиков в комплексном противотуберкулезном антибактериальном лечении. Кроме того, некоторые из зарубежных авторов включают в комплекс системного лечения туберкулеза глаз этамбутол [29, 31], хотя данный препарат наиболее опасен в отношении нежелательного токсико-аллергического воздействия на зрительно-нервный аппарат.

В последнее время отмечается рост частоты рецидивов туберкулеза глаз, что, по всей вероятности, обусловлено повышением резистентности микобактерий к противотуберкулезным препаратам, а также несоблюдением больными необходимых сроков лечения из-за сложных социально-экономических условий в стране на современном этапе.

Исследования показали необходимость усиления интенсивности этиотропной системной и местной химиотерапии больных с рецидивами туберкулеза глаз [20, 21]. Разработана схема методики лечения данных больных, апробация которой в настоящее время проводится во фтизиоофтальмологическом санатории «Красный вал».

Этиотропная химиотерапия, как правило, осуществляется в комбинации с патогенетическим лечением. Общеизвестна необходимость постоянного применения десенсибилизирующей терапии, витаминов (В6, В1, С, РР и др.), гепатопротекторов, по показаниям — иммуномодуляторов. Доказана эффективность применения глутаксима и беталейкина [23, 24, 25], энзимотерапии [11] и аргоновой лазерной коагуляции хориоретинальных очагов [12, 22, 24] параллельно с этиотропной химиотерапией, ретиналамина [1, 2, 3] по окончании данной терапии, уже у больных с неактивной фазой туберкулеза глаз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова Т. Е. Современные аспекты лечения туберкулезных увеитов // Вестн. офтальмол. — 2004. — № 2. — С. 47–49.
2. Александрова Т. Е. Эффективность диагностики и лечения туберкулеза глаз в специализированном санатории: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 34 с.
3. Александрова Т. Е., Александров Е. И. Результаты применения ретиналамина в лечении туберкулезных хориоретинитов // Вестник офтальмологии. — 2007. — № 2. — С. 25–28.
4. Выренкова Т. Е. // Туберкулез. Руководство для врачей / Под ред. А. Г. Хоменко. — Москва, 1996 — С. 398–410.
5. Лотин А. В. Туберкулезные кератиты и их лечение // Русский офтальмологический журнал. — 1924. — № 2. — С. 106–122.
6. Лотин А. В. Туберкулез глаз и его лечение // Тр.1 Всероссийского съезда глазных врачей (июль 1928 г.). — М.-Л., 1929. — С. 76–79.
7. Панова И. Е. Пути оптимизации диагностики и лечения туберкулеза глаз: Автореф. дис. ... док. мед. наук. — М., 1998. — 40 с.
8. Самойлов А. Я., Юзефова Ф. И., Азарова Н. С. Туберкулезные заболевания глаз. — Л.: Медгиз, 1963. — 253 с.
9. Стандарты (модели протоколов) больных туберкулезом. Приложение к приказу Минздрава России от 02.02.98 г. № 33. — URL: <http://rudocdoctor.net/medicine/bz-kw/med-lmjul/index.htm> (дата обращения 20.01.2009).
10. Суконщикова А. А. Туберкулез глаз и его лечение: практическое руководство для врачей. — Л., 1972. — 72 с.
11. Устинова Е. И., Батаев В. М. Применение ферментов в комплексном лечении больных туберкулезом глаз: метод. рекомендации. — Л., 1987. — 17 с.
12. Устинова Е. И., Беллендир Э. Н., Балашевич Л. И. и др. Применение аргоновой лазерной коагуляции в комплексном лечении больных туберкулезными хориоретинитами // Пробл. туб. — 1990. — № 6. — С. 11–15.
13. Устинова Е. И., Аминев П. В., Мусатова И. М., Морева Т. И. К оптимизации этиотропной химиотерапии при туберкулезных увеитах // 7-ой. Съезд офтальмологов России. — М., 2000. — С. 162–163.
14. Устинова Е. И. Основные принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения туберкулеза глаз // Вестн. офтальмол. — 2001. — №3. — С. 38–41.
15. Устинова Е. И., Александрова Т. Е., Александров Е. И. Об эффективности этиотропной химиотерапии при туберкулезе глаз // Тез. докл.: XII Международный «Одесса-Генуя» офтальмологический симпозиум. — г. Черновцы. Украина, 2001. — С. 131.
16. 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.
17. Устинова Е. И., Александров Е. И., Медведева Р. Г. и др. Критерии клинического излечения туберкулеза глаз // Проблемы туберкулеза. — 2001 г. — №4. — С. 27–29.
18. Устинова Е. И. Туберкулез глаз и сходные с ним заболевания. — СПб: Левша, 2002 г. — 276 с.
19. Устинова Е. И., Астахов Ю. С., Батаев В. М. и др. Комплексное лечение туберкулеза органа зрения: пособие. — СПб., 2005. — 36 с.
20. Устинова Е. И., Безрукавая Т. И., Ляпин С. Л., Кукушкина Л. Н. Санаторное лечение больных с рецидивами туберкулеза глаз: Проблемы, пути их решения // Современные проблемы детской офтальмологии: Материалы юб. научной конференции, посвящ. 70-летию первой в России каф. детск. офтальм. — СПб, 2005. — С. 27–28.
21. Устинова Е. И., Дресвянников В. М., Ляпин С. Л. и др. Значение специализированных санаториев в совершенствовании помощи

- большим туберкулезом глаз на современном этапе // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 2. — С. 46–50.
22. Хокканен В. М. Аргоновая лазерная коагуляция в комплексном лечении туберкулезных хориоретинитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л.: 1990. — 23 с.
 23. Хокканен В. М., Батаев В. М., Жихарева С. И. и др. Современный патоморфоз и особенности комплексного лечения туберкулезных увеитов // Проблемы туберкулеза. — 1998. — № 5. — С. 25–27.
 24. Хокканен В. М. Особенности клиники, диагностики и лечения туберкулеза глаз в современных социальных и эпидемиологических условиях: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1999 г. — 36 с.
 25. Хокканен В. М., Белова О. Ю., Батаев В. М. и др. Комплексное лечение туберкулеза глаз у детей: Пособие для врачей. — СПб, 2000. — 16 с.
 26. Хоменко А. Г. Туберкулез: Руководство для врачей. — М., 1996. — 496 с.
 27. Ченцова О. Б. Туберкулез глаз. — М.: Медицина, 1990. — 190 с.
 28. Almeida S. R., Finamor L. P. Miccioli Ocular mani festation in patients with tubezculosis// Arg. Bras. Oftalmol. — 2006. — Vol. 69, N 2. — P. 177–179.
 29. de Benedetti Z. M. E., Carranza L. B., Gotuzzo H. E., Rolando C. I. Ocular tuberculosis// Rev Chilena infectol. — 2007. — Vol. 24, N 4. — P. 284–295.
 30. Fonollosa A., Segura A., Giralt S., Garcia-Arumi J. Tuberculous uveitis after treatment with etanorcept// Craefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. — 2007. — Vol. 245, N 9. — P. 1397–1399.
 31. Rodrigues L. D., Serracarbassa L. L., Rosa A. A. et al. Vasoproliferative tumor associated with presumed ocular tuberculosis: case report // Arg Bras Oftalmol. — 2007. — Vol. 70, № 3. — P. 527–531.

CAUSAL CHEMOTHERAPY OF OCULAR TUBERCULOSIS (A REVIEW)

Lyapin S. L.

✧ **Summary.** In the literature review, the author considers different treatment aspects of patients with ocular tuberculosis: from antibiotic treatment period up to currently accepted treatment regimens.

✧ **Key words:** ocular tuberculosis; causal chemotherapy; relapse; treatment.

Сведения об авторах:

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

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