



ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ГЛАЗ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ САНАТОРИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ¹

УДК 617.7:616-002.5
ГРНТИ 76.29.56
БАК 14.01.07

© Е. И. Устинова², С. Л. Ляпин¹, М. Н. Симчук¹, Т. И. Безрукавая¹, Г. П. Захаренко¹, Л. Н. Кукушкина¹, Н. В. Маринина¹

¹ ФГУ «Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал», Ленинградская область, Лужский район

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

✧ Проанализированы истории болезни и годовые отчеты санатория «Красный Вал» за 2005–2009 гг. (со сравнительной оценкой за 2000–2004 гг.) и результаты исследований по дифференциальной диагностике (808 больных) и лечению больных на санаторном этапе (140 больных) с учетом лечения на предшествующем этапе. Установлено существенное изменение контингента больных в санатории: ежегодно сокращается число больных из 1 ГДН и возрастает — с хроническими формами туберкулёза глаз, увеличивается доля больных без обоснования туберкулёзной этиологии ($p < 0,05$). Подтверждена эффективность оптимизированной методики лечения больных как с впервые выявленным туберкулёзом, так и его рецидивов ($p > 0,05$). Установлено значимое влияние предшествующего лечения при впервые выявленном туберкулёзе. Доказана недостаточность использования современных методик лечения в диспансерах как по срокам и объёму химиотерапии, так и по результатам (состоянию глаз на момент поступления больных в санаторий).

✧ **Ключевые слова:** туберкулёз глаз; впервые выявленный; рецидивы; диагностика; лечение; специализированный санаторий; диспансер.

Эпидемическая обстановка по туберкулёзу в нашей стране остается тяжелой: показатели заболеваемости и смертности населения к началу 2009 г., хотя и стабилизировались, но на высоких цифрах; уменьшилось число специалистов в противотуберкулёзных диспансерах, эффективность лечения туберкулёза остается еще низкой [25]. Имеются данные о росте числа рецидивов туберкулёза [2, 9, 23, 24]. Отмечается снижение показателей заболеваемости внелегочными формами туберкулёза в связи с ослаблением профилактической работы в общей лечебной сети [2, 4, 5, 6, 25]. Имеются недостатки и по качеству диспансерной помощи данным больным [6]. Важная роль в лечении больных туберкулёзом глаз отводится санаториям [7, 10]. С 1960–1970-х гг. в России функционируют 3 федеральных санатория для больных туберкулёзом глаз, в том числе «Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал» (150 мест), расположенный вблизи Санкт-Петербурга, в южной части Ленинградской области. Основными задачами санаторного лечения являются продолжение начатого в диспансере лечения и медицинская и социально-трудовая реабилитация больных туберкулёзом глаз. При сомнительной туберкулёзной этиологии заболеваний

возникает также необходимость проведения дифференциальной диагностики.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность лечебно-диагностической помощи больным туберкулёзом глаз в специализированном санатории в современных условиях и определить пути его дальнейшего совершенствования.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) Изучение особенностей контингента больных в санатории в 2005–2009 гг., по сравнению с предыдущим пятилетием.
- 2) Определение степени обоснованности туберкулёзной этиологии заболеваний глаз на момент поступления в санаторий.
- 3) Анализ результатов применения на санаторном этапе современных методик этиотропной химиотерапии, в том числе и разработанного в санатории способа лечения рецидивов туберкулёза глаз;
- 4) Изучение влияния предшествующего лечения в диспансере на результаты лечения больных в санатории.

¹ Доложено на секции фтизиоофтальмологии СПбНМО (18 января 2011 г.), на пленарном заседании СПбНМО (29 марта 2011 г.).

- 5) Сравнение эффективности лечения больных с туберкулёзными увеитами в зависимости от локализации процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДИКИ

Проанализированы 4284 истории болезни и данные годовых отчетов санатория «Красный Вал» за 2005–2009 гг., проведена сравнительная оценка полученных результатов с рядом показателей работы санатория за предшествующее пятилетие (2000–2004) — динамикой поступления больных в разные годы, результатами дифференциальной диагностики и эффективностью этиотропной химиотерапии больных туберкулёзом глаз. Лечение туберкулёза глаз, как и любой иной локализации туберкулёза, характеризуется этапностью. Поэтому особое внимание уделили результатам применения современных методик этиотропной химиотерапии в санатории с учетом лечения на предыдущем, диспансерном (стационар противотуберкулёзного диспансера — ПТД) этапе как при впервые выявленном туберкулёзе глаз (76 больных), так и при его рецидивах (64 больных).

По специально разработанной программе все больные обследованы офтальмологами и терапевтом с применением соответствующих объективных и функциональных, а также лабораторных и, при показаниях, рентгенологических методов. При офтальмологическом обследовании применяли электроофтальмоскопию, биомикроофтальмоскопию с асферическими линзами, компьютерную периметрию, тест Амслера, визометрию, офтальмотонометрию. В необходимых случаях обследование дополняли В-сканированием, оптической когерентной томографией, флюоресцентной ангиографией и другими методами. Осуществлялись необходимые консультации фтизиатра, невролога, а также офтальмологов СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и СПбНИИ фтизиопульмонологии.

При поступлении больных с недостаточно обоснованным диагнозом проводили дообследование. При подтверждении диагноза туберкулёза глаз врачи руководствовались способом верификации, дифференциально-диагностической системой и клинико-патогенетической классификацией туберкулёза органа зрения [11, 12, 13, 14]. В основе разработанного способа верификации туберкулёза глаз по косвенным признакам лежит разделение всех диагностических критериев по их достоверности и информативности на 2 группы: вспомогательные (свидетельствуют о *вероятности туберкулёзной этиологии заболевания* глаз) и основные

критерии (*подтверждают данную этиологию*). *К вспомогательным, хотя и очень важным, критериям* относятся результаты всех исследований, позволяющих определить уровень инфицирования организма туберкулёзом (биохимические, иммунологические тесты, проба Манту и другие, а также новый внутрикожный тест аллергодиагностики с препаратом «Диаскинтест®» [1, 8, 26]), и наличие внеглазных локализаций туберкулёза (при изолированном туберкулёзе глаз — в виде остаточных явлений). Туберкулёзная этиология заболевания глаз подтверждается *при выявлении 2–3 основных критериев*: характерной офтальмологической картины, очаговой туберкулиновой реакции по типу обострения умеренной или значительной выраженности на введение доз туберкулина от 2 до 50 ТЕ, положительного эффекта диагностической тест-терапии химиопрепаратами узкого спектра действия.

Диагноз туберкулёзно-аллергических заболеваний устанавливали на основании комплекса диагностических критериев: острое начало, быстрое стихание воспалительного процесса, склонность к повторным атакам, наличие внеглазного туберкулёзного очага или его остаточных явлений, местная нормергическая или гиперергическая реакция при постановке туберкулиновой пробы Манту или теста с препаратом «Диаскинтест®». Выявление очаговых реакций в этих случаях не имеет существенного значения.

Этиотропную химиотерапию больных гематогенно-диссеминированным туберкулёзом глаз осуществляли с учетом ее объема и результатов на предшествующем, диспансерном этапе. Для лечения больных с впервые выявленным туберкулёзом глаз использовали оптимизированную методику [15, 16, 17, 18, 19], которая была разработана в 2000 году (до издания Приказа МЗ РФ № 109 от 23.03.2003 г.). Рекомендованная методика не противоречит всем соответствующим положениям данного приказа. Ее преимущества, по сравнению с применявшейся во 2-й половине XX века так называемой традиционной методикой, состоят в следующем: выделение двух лечебных категорий туберкулёза глаз (наиболее тяжелые формы и менее тяжелые формы) и интенсификация системного и местного специфического лечения (до 3–4 эффективных химиопрепаратов в начальной фазе, 2 — в фазе продолжения и 4–5 курсов местной терапии изониазидом за весь срок лечения) при сокращении продолжительности лечения с 9–12 до 6 месяцев. Для больных с рецидивами туберкулёза глаз применяли другую методику более интенсивного лечения, разработанную в санатории «Крас-

Таблица 1

Сравнительная оценка числа пролеченных в санатории больных за 2 последних пятилетия

I. Анализируемый период 2005–2009 гг. (n = 4284)					
Годы	2005	2006	2007	2008	2009
Выписано больных	951	907	848	795	783
Процент выполнения плана койко-дней	96,1	87,7	82,5	82,6	70,1
II. Для сравнения — предыдущее пятилетие (2000–2004 гг.) (n = 4586)					
Годы	2000	2001	2002	2003	2004
Выписано больных	806	862	911	993	1014
Процент выполнения плана койко-дней	87,6	92,2	95,8	100,6	100,7

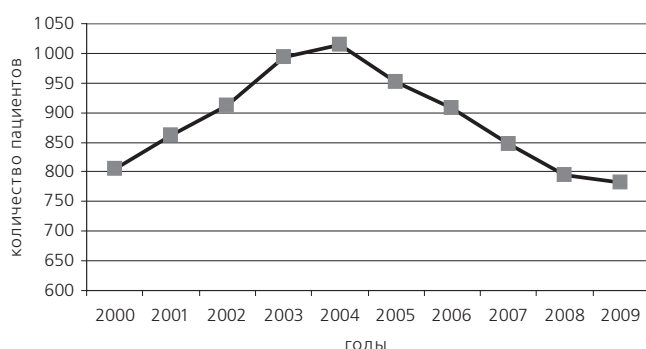


Рис. 1. Динамика поступления больных из диспансеров в санаторий «Красный Вал» с 2000 г. по 2009 г. (по годам)

ный Вал» совместно с СПбГМУ им. академика И. П. Павлова в 2005–2009 гг. [19, 20, 21, 22]. Ее основные особенности состоят в следующем:

- 1) увеличение продолжительности каждой фазы лечения на 1 месяц (курса в целом с 6 до 8 месяцев) — в соответствии с требованиями вышеупомянутого Приказа МЗ РФ № 109;
- 2) системно в начальной фазе — первые 2 месяца 4 химиопрепарата (с заменой системно назначаемого стрептомицина одним из фторхинолонов), 3-й месяц — 3 препарата, в фазе продолжения (5 месяцев) — 2 препарата;
- 3) увеличение числа курсов местной химиотерапии изониазидом (периокулярные инъекции № 30, электрофорез № 15–20) до 5–7 курсов за 8 месяцев;
- 4) назначение инстилляций одного из фторхинолонов в глаз между курсами местной химиотерапии в течение 1–2 недель по 1 капле до 6–8 раз в день.

Важнейшими компонентами санаторного лечения больных туберкулезом являлись также патогенетическое лечение, оптимальный гигиено-климатический режим, все возможные реабилитационные мероприятия по восстановлению трудоспособности и улучшению качества жизни.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica for Windows ver. 6.0; для проверки гипотезы о независимости категориальных признаков использовались критерии хи-квадрат Пирсона и точный критерий Фишера, различия в частотах считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОБСУЖДЕНИЕ

На рис. 1 представлена динамика поступления больных в санаторий «Красный Вал» за 10 лет — с 2000 по 2009 год. В первое пятилетие (2000–2004 гг.) численность больных с каждым годом возрастала, что могло быть обусловлено постепенным выходом страны из экономического кризиса 1998 года. В период же с 2005 по 2009 гг. число больных ежегодно сокращалось: от 951 в 2005 году до 783 — в 2009 году (соответственно уменьшался и процент выполнения плана койко-дней) (табл. 1). Наиболее вероятными причинами такой динамики могли быть недостаточная укомплектованность диспансеров кадрами фтизиоофтальмологов и социально-экономические трудности в стране.

Результаты анкетирования, проведенного главным врачом санатория «Красный Вал» в 2003 году, показали, что в 20 из 55 диспансеров прикрепленных территорий не было фтизиоофтальмологов, работали совместители на 0,25–0,5 ставки из общей лечебной сети (ОЛС). В последующие годы (по данным социологического опроса пациентов, поступающих в санаторий) штаты фтизиоофтальмологов продолжали сокращаться (в частности, в ноябре 2010 года лишь 34 из 70 больных были направлены фтизиоофтальмологами диспансеров, остальные 36 — их совместителями).

В анализируемый период 2005–2009 гг. среди пациентов санатория преобладали лица средне-

Таблица 2

Сравнительная оценка частоты различных фаз активности заболевания при гематогенно-диссеминированных туберкулёзных увеитах

Годы	Число больных	Из них с фазами заболевания:		
		активная	затихания	неактивная
2005–2009	2877	630 (21,9 %)	1268 (44,1 %)	979 (34,0 %)
2000–2004	3264	1123 (31,0 %)	1196 (33,0 %)	1305 (36 %)
Достоверность различий:		$P < 0,05$	$P < 0,05$	$P > 0,05$

го и пожилого возраста (соответственно 32,3 % и 41,1 %), в то время как доля больных в возрасте до 30 лет составляла ежегодно лишь 10,0–13,4 % (в среднем 11 %). Среди всех больных доля женщин составляла 2/3. Молодые пациенты часто ограничивали сроки своего лечения в санатории по производственным и семейным причинам.

Основные данные о распределении 4284 больных по группам диспансерного наблюдения (ГДН) за 5 лет: в группе «0» — 7,5 % пациентов, в группе I — всего лишь 11,8 %, в группе II — почти в 2 раза больше (22,7 %), в группе III — 30,3 %, в IV (производственный контакт по туберкулёзу) — 10,7 %; остальные 17,0 % (вне ГДН) — это туберкулёзно-аллергические заболевания глаз и глазные заболевания нетуберкулёзного генеза у лиц, перенесших туберкулёз внеглазных локализаций. Обращает на себя внимание сокращение с каждым годом лиц I ГДН, что свидетельствует о недостаточной работе как по выявлению лиц с предполагаемым туберкулёзом глаз в ОЛС, так и по дифференциальной диагностике в диспансере. Большое число пациентов во II ГДН (22,7 %) свидетельствует о недостаточной эффективности противотуберкулёзного лечения больных и вместе с данными о больших сроках ДН больных (26,2 % — более 6 лет) свидетельствует о значительном переходе заболевания в хронические формы туберкулёза глаз.

Из общего числа (4284) пациентов доля лиц с гематогенно-диссеминированными туберкулёзными увеитами составила 72,3 %, с туберкулёзно-аллергическими заболеваниями глаз и нетуберкулёзными глазными заболеваниями при перенесённом в прошлом туберкулёзе других локализаций — 17,0 %. Сотрудников фтизиатрических учреждений относили к IV ГДН в связи с производственным контактом (10,7 %).

Среди нозологических форм туберкулёзных гематогенно-диссеминированных увеитов наибольшую долю составили хориоретиниты (54,8 %) и передние увеиты (38,2 %), в том числе керато- и склероувеиты. У 6,3 % больных были диагности-

рованы генерализованные увеиты и всего лишь у 0,7 % — периферические увеиты.

Доля больных с увеитами в активной фазе и фазе затихания, нуждающихся в наиболее интенсивном лечении, ежегодно составляла 60–70 %. При сравнительной оценке различных фаз развития туберкулёзных увеитов в 2005–2009 гг., по сравнению с предыдущим пятилетием, установлены статистически достоверные различия в числе лиц с признаками активности туберкулёзного процесса, а именно: в 2005–2009 г. больных с активной фазой было меньше ($p < 0,05$), а с фазой затихания больше ($p < 0,05$), что подтверждает недостаточность как профилактической работы в ОЛС, так и лечебной работы в диспансерах (табл. 2).

Среди туберкулёзно-аллергических заболеваний глаз преобладали рецидивирующие кератиты и эписклериты (81 %), в остальных случаях диагностированы иридоциклиты (19 %). Активные внеглазные туберкулёзные процессы, как правило, не выявлялись.

Осложненные формы туберкулёза глаз к моменту поступления в санаторий диагностировались в разные годы у 30–60 % больных (табл. 3). Наиболее тяжелыми из них являются поражения сетчатки и зрительного нерва, увеальная глаукома и осложненная катаракта, нередко возникавшие до обращения больных во фтизиатрическую сеть.

Сопутствующая патология выявлялась у подавляющего числа больных, в том числе у 47 % больных — гипертоническая болезнь, у 30 % — ишемическая болезнь сердца, у 54 % — поражения желудочно-кишечного тракта и у 71 % — различные заболевания нервной системы (преимущественно остеохондроз, радикулиты и энцефалопатии). Остаточные явления перенесённого туберкулёза легких были выявлены у 10 % больных, внегочного туберкулёза внеглазных локализаций — у 2 %. Необходимо отметить, что при обследовании общего состояния организма применяется современное оборудование, в том числе холтеровский кардиомониторинг, с 2010 г. — цифровой рентгеновский аппарат и др.

Таблица 3

Осложнения туберкулёза глаз к моменту поступления в санаторий

Годы	Всего больных	Из них с осложненными формами	В том числе			
			Катаракта	Глаукома	Поражение сетчатки и зрительного нерва	Другие осложнения
2005	951	486 (51,1 %)	265 (54,5 %)	159 (32,7 %)	41 (8,4 %)	21 (4,3 %)
2006	907	552 (60,9 %)	193 (35,0 %)	143 (26,0 %)	131 (23,5 %)	85 (15,4 %)
2007	848	257 (30,3 %)	186 (72,4 %)	62 (24,1 %)	73 (28,4 %)	81 (31,5 %)
2008	795	300 (37,7 %)	235 (78,3 %)	80 (26,7 %)	164 (54,7 %)	60 (20,0 %)
2009	783	491 (62,7 %)	223 (45,4 %)	96 (19,5 %)	109 (22,2 %)	37 (7,5 %)

Примечание: у значительной части больных отмечалось одновременно по 2–3 осложнения.

Таблица 4

Дифференциально-диагностическое обследование больных с недостаточно обоснованным диагнозом туберкулёза глаз

Число больных с недостаточно обоснованной этиологией	Туб. пробы с дозами от 2 до 20 ТЕ с оценкой местной и очаговой реакции	Диагностическая тест-терапия	ВКП с поливалентной герпетической вакциной	ФАГ	МФА соскобов с конъюнктивы на антигены вирусов и хламидий
I. Анализируемый период 2005–2009 гг. (число тестов)					
808	934	585	354	63	13
II. Предыдущее пятилетие (2000–2004 гг.) (число тестов)					
504	764	310	360	125	82

Таблица 5

Сравнительная оценка результатов обследования больных с недостаточно обоснованным диагнозом туберкулёза глаз

Всего больных	Число больных с недостаточно обоснованной этиологией	Из них диагноз туберкулёза глаз после дообследования	
		Подтвержден	Исключен
I. Анализируемый период 2005—2009 гг.			
4284	808	277 (34,3 %)	531 (65,7 %)
II. Для сравнения — предыдущее пятилетие (2000—2004 гг.)			
4586	504	160 (31,7 %)	344 (68,3 %)
Достоверность различий	P < 0,05	P > 0,05	P > 0,05

Из сопутствующей офтальмопатологии следует отметить частую выявляемость синдрома «сухой глаз» у больных различного возраста и возрастную макулодистрофию, возрастную катаракту и первичную глаукому у больных пожилого возраста. Всем больным с сопутствующей патологией проводилось необходимое обследование и адекватное лечение.

В последние годы число больных с недостаточно обоснованной туберкулёзной этиологией увеличилось с 11,0 % (504 из 4586 человек) в 2000–2004 гг. до 18,9 % (808 из 4284 человек) — в 2005–2009 гг., что связано с отсутствием фтизиоофтальмологов во многих диспансерах. Со-

ответственно был значительно увеличен объем дифференциально-диагностического обследования в санатории (кроме ФАГ и МФА, выполнявшихся в Санкт-Петербурге за средства пациентов) (табл. 4). С 2010 г. санаторий оснащен высокотехнологичной офтальмологической аппаратурой, позволяющей осуществлять флуоресцентную ангиографию (ФАГ), оптическую когерентную томографию (ОКТ), В-сканирование глаза и др.

В результате дообследования туберкулёзная этиология заболеваний глаз как в 2005–2009 гг., так и в предшествующее пятилетие, подтвердилась более чем у 30 % пациентов (соответственно 34,3 % и 31,7 %) (табл. 5). В остальных случаях

установлены герпесвирусная или иная инфекционная этиология эндогенных увеитов, а также перипапиллярная географическая хориопатия, дистрофические и другие заболевания глаз.

В санатории с каждым годом все шире применяются современные методики этиотропной химиотерапии [15–22]: с 2003 г — для впервые выявленных больных туберкулёзом глаз, с 2006 года — для лечения его рецидивов. Эти методики согласуются с соответствующими стандартами Приказа МЗ РФ № 109 от 23.03.2003 г. [3], но учитывают и особенности туберкулёза органа зрения. Параллельно осуществляются патогенетическая терапия, физиотерапия и различные другие виды санаторно-курортного лечения.

Предметом исследования являлись количество примененных системно противотуберкулёзных препаратов и числа курсов местной химиотерапии; сроки лечения (месяцы) и результаты санаторного лечения больных к моменту выписки из санатория. Критерием положительной оценки лечения к завершению 2-месячного пребывания в санатории считали полное устранение объективных клинических признаков воспаления (преципитатов, экссудатов и т. д.) без конкретных требований к степени повышения зрительных функций. Качество лечения этих же больных на предшествующем этапе в стационаре ОПТД оценивали по объему лечения, представленного в эпикризах из ОПТД, и состоянию глаз на момент поступления в санаторий.

Исследования показали, что на предшествующем, диспансерном (стационарном) этапе начальная фаза лечения часто проводится недостаточно интенсивно как по срокам, так и по объему системной и местной терапии [21, 22]. Поэтому у больных I ГДН к моменту поступления в санаторий еще сохраняются отчетливые проявления воспалительного процесса (преципитаты, экссудация, инфильтрация). В санатории этим больным продолжали лечение по схеме интенсивной фазы и устраняли явные признаки воспаления за 2 месяца у 70–93 % больных с впервые выявленным туберкулёзом глаз и за 2,0–2,5 месяца у 71–89 % больных с его рецидивами ($p > 0,05$) [22].

Полученные данные свидетельствуют и о высокой эффективности применения способа лечения рецидивов туберкулёза глаз, что подтверждается также значимым повышением числа положительных результатов при использовании данного способа при рецидивах туберкулёза глаз в 2009 г (88,9 %), по сравнению с лечением больных с рецидивами оптимизированной методикой в 2005 г (46,2 %) ($p < 0,05$).

При изучении воздействия предшествующего, даже не вполне интенсивного, лечения в диспансере на результат лечения пациентов в санатории установлено положительное его влияние на больных с впервые выявленным туберкулёзом глаз: эффективность без предшествующего лечения 56 %, после предшествующего лечения — 80 % ($p = 0,05$). В группе же больных с рецидивами туберкулёза глаз проведенное, как отмечалось выше, недостаточно интенсивное диспансерное лечение, напротив, способствовало снижению результатов санаторного лечения ($p > 0,05$). Это, по-видимому, обусловлено дальнейшим повышением резистентности МБТ к химиопрепаратам у больных с рецидивами, имеющими определенную устойчивость к МБТ уже в исходном состоянии.

Результаты исследований по оценке эффективности лечения больных туберкулёзными увеитами в зависимости от локализации процесса свидетельствуют о значимо большей эффективности лечения больных с хориоретинитами, по сравнению с передними увеитами ($p < 0,05$), хотя достоверных различий в сроках и объеме химиотерапии в этих двух подгруппах не выявлено. При впервые выявленном туберкулёзе глаз данная закономерность прослеживается, хотя и без достоверности различий: 74 % положительных результатов против 68 % ($p > 0,05$). В группе же больных с рецидивами туберкулёза глаз результаты лечения больных с хориоретинитами значимо выше, чем при передних увеитах: 88,0 % против 57,7 % ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о большей тяжести туберкулёзных передних увеитов, особенно их рецидивов, по сравнению с хориоретинитами туберкулёзного генеза.

При оценке эффективности лечения всего состава больных по годам значимого улучшения не выявлено в связи с неуклонным сокращением числа больных, поступающих в санаторий из I ГДН, т. е. при сроках не более 24 месяцев со дня постановки диагноза (от 154 в 2005 г. до 82 в 2009 г.), а также в связи с преобладанием больных с хроническими и осложненными формами и с частым ограничением больными сроков санаторного лечения до 1 месяца (в 2009 г. — 25 % больных). Тем не менее данные анализа позволяют считать, что результаты лечения больных туберкулёзом глаз на санаторном этапе в последние годы все же улучшились. Это подтверждается, в частности, статистически значимым повышением доли больных со значительным улучшением, по сравнению с аналогичными данными предшествующего пятилетия (12,5 % против 9,4 %, $p < 0,05$), (табл. 6).

Таблица 6

Сравнительная оценка эффективности лечения больных в санатории за последние 2 пятилетия

Всего больных	Основное заболевание (туберкулёз глаз)			Сопутствующая патология (улучшение)
	Значительное улучшение	Улучшение	Без изменений	
I. Анализируемый период 2005—2009 гг.				
4284	12,5 %	82,9 %	4,6 %	98,3 %
II. Для сравнения — предыдущее пятилетие (2000—2004 гг.)				
4586	9,4 %	86,1 %	4,5 %	99,3 %
Достоверность различий	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P > 0,05

О ТВОРЧЕСКОМ СОДРУЖЕСТВЕ САНАТОРИЯ С МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ

В соответствии с многолетним договором о творческом содружестве кафедра офтальмологии СПбГМУ (зав. кафедрой д. м. н., профессор Ю. С. Астахов) помогает врачам санатория осваивать и внедрять новые лечебно-диагностические методики. Ежемесячно проводятся клинические разборы больных и семинары с врачами. В клинике офтальмологии больным санатория осуществляются необходимые хирургические операции и сложные диагностические исследования. Из 4 фтизиоофтальмологов санатория трое имеют высшую, один — первую категорию. Кафедра осуществляет руководство научно-практической работой врачей санатория. В 2005 г. сотрудниками санатория совместно с кафедрой офтальмологии СПбГМУ было подготовлено и издано пособие «Комплексное лечение туберкулёза глаз». В настоящее время в процессе подготовки пособие для врачей «Лечение туберкулёза органа зрения», в которое включены новые данные по этому вопросу. За последние 5 лет фтизиоофтальмологами санатория опубликовано 16 научных работ в журналах, сборниках и бюллетене работы Санкт-Петербургского научного медицинского общества офтальмологов, а также сделан доклад на заседании данного общества и более 10 докладов на заседаниях его секции фтизиоофтальмологии. С 2002 г санаторий предоставил базу для тематического цикла повышения квалификации офтальмологов «Эндогенные увеиты» (144 часа), проводимого профессорско-преподавательским коллективом кафедры. За истекшие годы квалификацию повысили фтизиоофтальмологи ряда санаториев и диспансеров, а также офтальмологи ОЛС из многих регионов РФ.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

1. В современных условиях (2005–2009 гг.) контингент больных в санатории существенно из-

менился: ежегодно сокращается число направляемых диспансерами больных, особенно из I ГДН, одновременно возрастает доля больных с хроническими и осложненными формами туберкулёза глаз.

2. Возрастает доля пациентов, поступающих в санаторий без обоснования туберкулёзной этиологии (18,9 % против 11,0 % в предыдущем пятилетии, $p < 0,05$). При дообследовании в санатории диагноз туберкулёз глаз подтвержден в 34 %, исключен в 66 % случаев.
3. На санаторном этапе подтверждена эффективность как оптимизированной методики для лечения больных с впервые выявленным туберкулёзом глаз, так и способа лечения его рецидивов. Клинические проявления воспаления у больных I ГДН полностью устраняются за 2,0–2,5 месяца санаторного лечения соответственно у 72,4 и 72,6 % больных.
4. Эффективность санаторного лечения туберкулёза глаз зависит от применения современных методик этиотропной химиотерапии и локализации процесса, а также и от предшествующего лечения на диспансерном этапе, что подтверждает важность преемственности лечения.
5. Результаты исследования свидетельствуют о недостаточном использовании современных методик лечения больных туберкулёзом глаз на диспансерном этапе как по срокам начальной фазы лечения, так и по объёму системной и местной химиотерапии. Это подтверждается также и наличием клинических признаков воспаления у большинства больных вплоть до поступления в санаторий.
6. Для улучшения помощи больным туберкулёзом глаз представляется целесообразным: восстановление штатов фтизиоофтальмологов в диспансерах, усиление профилактической работы в ОЛС по выявлению больных с пред-

полагаемым туберкулёзом глаз, а также повышение роли федеральных санаториев по вопросам оказания лечебно-реабилитационной, дифференциально-диагностической и методической помощи фтизиоофтальмологам диспансеров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Аксенова В. А., Клевно Н. И., Барышникова Л. А. и др. Диаскинтест при оценке активности туберкулёза у детей и подростков // Туберкулёз и болезни легких. — 2009. — № 10. — С. 1–4.
- Батаев В. М., Устинова Е. И., Прусакова Н. В. и др. Туберкулёз глаз в Санкт-Петербурге: диспансеризация и ее проблемы // Бюлл. СПбНМО: Тез. докл. — 2010. — Апрель. — С. 1–2.
- Инструкция по химиотерапии больных туберкулёзом глаз. Приложение № 6 к Приказу № 109 МЗ РФ от 21.03.2003.
- Кульчавеня Е. В. Служба внелегочного туберкулёза в Сибири и на Дальнем Востоке // Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелегочного туберкулёза: Научн. тр. Всерос. научн.-пр. конф. / Ред. Ю. Н. Левашев. — СПб., 2006. — С. 63–66.
- Кульчавеня Е. В., Жукова И. И., Ковешникова Е. Ю. и др. Динамика заболеваемости экстраторакальными формами туберкулёза в Сибири и на Дальнем Востоке // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом: Матер. Всерос. научн. — пр. конф. с международным участием 21–23 окт. 2010 г. — СПб., 2010. — С. 52–53.
- Левашев Ю. Н., Гришко А. Н., Шеремет А. В., Мушкин А. Ю. Современные эпидемиологические тенденции внелегочного туберкулёза // Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелегочного туберкулёза: Научн. тр. Всерос. научн.-практ. конф. / Под ред. Ю. Н. Левашева. — СПб., 2006. — С. 23–27.
- Лотин А. В. Туберкулёз глаза и его лечение // Тр. 1 Всерос. съезда глазных врачей (июнь 1928 г.). — М.—Л., 1929. — С. 76–79.
- Перельман М. И., Аксенова В. А. Организационно-методические вопросы использования кожной пробы с препаратом «Диаскинтест» во фтизиатрической практике // Кожная проба с препаратом «Диаскинтест» — новые возможности идентификации туберкулёзной инфекции. — М.: Медицина, 2010. — 176 с.
- Пунга В. В., Путова Э. В., Русакова Л. И. и др. Рецидивы туберкулёза легких в РФ и территориях, курируемых ЦНИИТ РАМН // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом: Матер. Всерос. научн.-пр. конф. с международным участием 21–23 окт. 2010 г. — СПб., 2010. — С. 70–71.
- Самойлов А. Я. Туберкулёз и скрофулёз глаз // Всесоюз. съезд (1936 г.). — 2-й. — Труды. — М.—Л., 1940 — С. 82–90.
- Устинова Е. И. Об унификации подхода к диагностике туберкулёзных увеитов // Всесоюзный съезд офтальмологов. — 6-й. — М., 1985. — Т. 3. — С. 197–199.
- Устинова Е. И., Батаев В. М. Система диагностики туберкулёза глаз, ее обоснование и эффективность // Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулёза легких и внелегочных локализаций. — СПб., 1991. — С. 194–199.
- Устинова Е. И., Батаев В. М. Дифференциальная диагностика туберкулёзных увеитов // Туберкулёз как объект научн. иссл.: Труды СПбНИИФ. — СПб., 1994. — Т. 1. — С. 174–181.
- Устинова Е. И. Клинико-патогенетическая классификация туберкулёза органа зрения // Вестн. офтальмол. — 2000. — № 2. — С. 37–40.
- Устинова Е. И., Александрова Е. И., Голец И. Г. и др. Об оптимизации этиотропной химиотерапии туберкулёза глаз // Химиотерапия туберкулёза. — М., 2000. — С. 58–59.
- Устинова Е. И., Александрова Е. И. Оптимизация методики основного курса этиотропной терапии туберкулёза глаз // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз. — М., 2001. — С. 135–136.
- Устинова Е. И. Туберкулёз глаз и сходные с ним заболевания. — СПб.: «Левша-Санкт-Петербург», 2002. — 276 с.
- Устинова Е. И., Астахов Ю. С. Туберкулёз органа зрения // Рациональная фармакотерапия в офтальмологии: Рук-во для практикующих врачей. — М.: Литера, 2004. — С. 578–595.
- Устинова Е. И., Астахов Ю. С., Батаев В. М. и др. Комплексное лечение туберкулёза органа зрения: Пособие — СПб., 2005. — 36 с.
- Устинова Е. И., Дресвянников В. М., Ляпин С. Л. и др. Значение специализированных санаториев в совершенствовании помощи больным туберкулёзом глаз на современном этапе // Пробл. туб. и бол. легк. — 2007. — № 2. — С. 46–50.
- Устинова Е. И., Батаев В. М. Туберкулёз глаз: эпидемиология, диагностика и лечение на современном этапе // Офтальмол. ведомости. — 2008. — Т. 1. — № 1. — С. 63–74.
- Устинова Е. И., Ляпин С. Л. Эффективность этиотропной химиотерапии при туберкулёзе глаз и пути ее повышения // Офтальмол. ведомости. — 2009. — № 3. — С. 63–68.
- Хокканен В. М., Ягафарова Р. К. Медико-социальные особенности больных туберкулёзом глаз // Новые технологии в диагностике и лечении туберкулёза различных органов и систем: Научн. тр. и матер. Всерос. конф. — Т. 2. — СПб., 1998. — С. 25–26.
- Ченцова О. Б. Туберкулёз глаз. — М.: Медицина, 1990. — 254 с.
- Шилова М. В. Эпидемическая обстановка по туберкулёзу в Российской Федерации к началу 2009 года // Туберкулёз и болезни легких. — 2010. — № 5. — С. 143–21.
- Шурыгин А. А., Мирошникова И. П., Новикова Е. Г. и др. Диагностическая ценность Диаскинтеста во фтизиатрии // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом: Матер. Всерос. научн.-практ. конф. с международным участием 21–23.10.2010 г. — СПб., 2010. — С. 140–141.

OCULAR TUBERCULOSIS FINDINGS AND TREATMENT IN THE CONTEXT OF SPECIALIZED SANATORIUMS

Ustinova E. I., Liapin S. L., Simchuk M. N., Bezrukavaya T. I., Zakharenko G. P., Kukushkina L. N., Marinina N. V.

✧ **Summary.** Case histories and annual reports of the “Krasny Val” sanatorium during 2005–2009 (with comparative estimation for 2000–2004) are analyzed. The study looked at the differential diagnosis (808 patients) and treatment of patients at the sanatorium stage (140 patients) and took into consideration the treatment at the preceding stage. Substantial changes of patient cohort at the sanatorium was found: annually the number of patients from 1 GDN decreased, those

who had chronic ocular tuberculosis forms increased, and the proportion of patients without tuberculosis and an etiology substantiation rose rises ($p < 0.05$). The efficacy of optimal treatment of patients with both the newly diagnosed tuberculosis and with its relapses ($p > 0.05$) is discussed. The significant influence of preceding treatment at newly diagnosed tuberculosis is discussed. The lack of use of modern treatment technologies at dispensaries is found, concerning the terms and the amount of chemotherapy as well as the results (the state of the eyes at the moment of the patients' admission to the sanatorium).

✧ **Key words:** ocular tuberculosis; newly diagnosed; relapses; diagnosis; treatment; specialized sanatorium; dispensary.

Сведения об авторах:

Устинова Елена Ивановна, д. м. н., профессор, кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8, корпус 16. E-mail: astakhov@spmu.rssi.ru.

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.

Симчук Михаил Николаевич — к. м. н., главный врач. ФГУ Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал». 188278 Ленинградская область, Лужский район, п/о Красный Вал. E-mail: 41564@bk.ru

Безрукавая Татьяна Ивановна — заведующая отделением фтизиоофтальмологии, врач-офтальмолог высшей категории. ФГУ Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал». 188278 Ленинградская область, Лужский район, п/о Красный Вал. E-mail: 41564@bk.ru

Захаренко Галина Петровна — врач-офтальмолог, врач высшей категории. ФГУ Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал». 188278 Ленинградская область, Лужский район, п/о Красный Вал. E-mail: 41564@bk.ru

Кукушкина Людмила Николаевна — врач-офтальмолог высшей категории. ФГУ Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал». 188278 Ленинградская область, Лужский район, п/о Красный Вал. E-mail: 41564@bk.ru

Маринина Нина Викторовна — врач-терапевт высшей категории. ФГУ Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный Вал». 188278 Ленинградская область, Лужский район, п/о Красный Вал. E-mail: 41564@bk.ru

Ustinova Elena Ivanovna — MD, doctor of medical sciences, associate professor. Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University. 197089, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy st., 6/8, building 16. E-mail: astakhov@spmu.rssi.ru.

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

Simchuk Mikhail Nikolaevich — MD, ophthalmologist, head of the sanatorium. Phtisioophthalmological sanatorium “Krasniy val”. 188278, Leningrad oblast, Lujsky region. E-mail: 41564@bk.ru.

Bezrukavaya Tat'yana Ivanovna — MD, ophthalmologist. Phtisioophthalmological sanatorium “Krasniy val”. 188278, Leningrad oblast, Lujsky region. E-mail: 41564@bk.ru.

Zakharenko Galina Petrovna — MD, ophthalmologist. Phtisioophthalmological sanatorium “Krasniy val”. 188278, Leningrad oblast, Lujsky region. E-mail: 41564@bk.ru.

Kukushkina Ljudmila Nikolaevna — MD, ophthalmologist. Phtisioophthalmological sanatorium “Krasniy val”. 188278, Leningrad oblast, Lujsky region. E-mail: 41564@bk.ru.

Marinina Nina Viktorova — MD, ophthalmologist. Phtisioophthalmological sanatorium “Krasniy val”. 188278, Leningrad oblast, Lujsky region. E-mail: 41564@bk.ru.