

*В.И. Елисеева, Л.Н. Марченко*

## **Рациональный подход к диагностике и оптимизация лечения больных туберкулезом глаз**

*УЗ «1-й городской противотуберкулёзный диспансер» г. Минска*

У 88 больных увеитами и хориоретинитами туберкулезной этиологии было проведено комплексное лечение, которое в контрольной группе включало в себя стандартную противотуберкулёзную терапию системно; в основной группе дополнительно применялись этиотропные препараты местно. Купирование воспалительных явлений проходило раньше и функциональные исходы были выше у пациентов основной группы. Разработанное комплексное лечение может быть использовано в офтальмологической практике. Выбор тактики лечения, сочетаний противотуберкулёзных препаратов, метода их введения, длительности применения должен быть индивидуальным и основываться на активности, локализации и распространённости патологического процесса в глазу.

Ключевые слова: туберкулез глаз, комплексное лечение, этиотропная терапия.

В последние годы в ряде стран отмечается увеличение заболеваемости экстраокулярным туберкулезом. Туберкулез глаз является проявлением общего заболевания организма, характеризуется высоким удельным весом среди воспалительной патологии органа зрения другой этиологии (33-51%) и имеет тенденцию к росту. Клиническая картина поражения переднего и заднего отделов глазного яблока подробно описана многими авторами [7,9,10]. Наиболее частой локализацией туберкулеза глаз является сосудистый тракт. Диагностика гематогенных (так называемых метастатических) увеитов относится к сложным проблемам офтальмологии и фтизиатрии. Отмечается большая частота как гипо-, так и гипердиагностики, что приводит к неадекватному лечению больных [5]. Ведущим методом лечения туберкулеза глаз является этиотропная химиотерапия. Однако и она не всегда дает желаемый эффект, что зависит от многих факторов, в том числе и от лекарственной резистентности микобактерий.

Цель работы – разработать критерии диагностики и оптимизировать протоколы лечения больных различными формами туберкулеза глаз.

Материал и методы

Обследовано 258 больных, поступивших в офтальмологическое отделение в связи с подозрением на туберкулезную этиологию заболевания. Среди них преобладали больные молодого и среднего возраста. Давность заболеваний глаз до 1 года наблюдалась у 30% больных, от 2 до 5 лет – у 38%, от 6 до 10 лет – у 11%, более 10 лет – у 21% пациентов.

Этиологическую диагностику осуществляли по следующей схеме:

целенаправленное изучение анамнеза, клинико-лабораторно-рентгенологические исследования (при наличии показаний – томография средостения, исследования на БК мокроты, промывных вод бронхов, мочи),

консультация фтизиатра, иммунологическое исследование крови. Применяли туберкулиновые пробы с дозами туберкулина от 2 до 50 ТЕ с оценкой общих, местных и очаговых реакций. При противопоказаниях к введению туберкулина проводили пробное местное и общее лечение туберкулостатиками до 1,5 месяцев. К туберкулинодиагностике, также, как и к пробному лечению, приступали только после достижения относительной стабилизации воспалительного процесса в глазу, которое достигалось с помощью неспецифической противовоспалительной терапии. Последняя проводилась без назначения кортикостероидов внутрь, внутримышечно и без энзимотерапии. В случае переднего и заднего увеитов с наличием выраженной экссудации в стекловидное тело постановка туберкулиновых проб назначалась только после восстановления прозрачности оптических сред. Исходя из деонтологических соображений, туберкулиновые пробы не проводились больным с двухсторонней макулярной локализацией очагов и низкой остротой зрения на оба глаза по какой-либо другой причине. Офтальмологическое обследование включало биомикроскопию различных структур глазного яблока и осмотр глазного дна с помощью электроофтальмоскопа и фундус-линзы.

При подтверждении специфической этиологии заболевания больным назначалось противотуберкулезное лечение. Для этого пациенты были разделены на две группы. Больные первой группы получали стандартную схему противотуберкулезных препаратов (2-3 туберкулостатика системно). Пациентам второй группы назначали помимо общего противотуберкулезного лечения местную этиотропную терапию (табл. 1, 2).

Таблица 1

Схема системного применения химиопрепаратов при лечении впервые выявленных больных туберкулезом глаз (основной курс)

Форма заболевания	Начальная фаза лечения	Фаза продолжения
Наиболее тяжелые формы (с экссудативным типом реакции): диффузно-очаговый хориоретинит, генерализованный увеит, диссеминированный хориоретинит и др.	2. ИРП	4. ИР (4. ИП)
Остальные, менее тяжелые формы туберкулеза глаз	2. ИП	4. И <sub>3</sub> Р <sub>3</sub> 4. И <sub>3</sub> П <sub>3</sub> 4. Р <sub>3</sub> П <sub>3</sub>

Примечание: И-изониазид (тубазид), Р-рифампицин (рифадин), П-пиразинамид. Цифра перед обозначениями препаратов указывает на продолжительность этой фазы в месяцах. Цифра внизу после буквы указывает, сколько раз в течение недели следует принимать препарат.

Таблица 2

Местная антибактериальная терапия (АБТ) при туберкулезе глаз

Препарат (концентрация)	Периокулярные инъекции (на курс 20-30) мл	Электрофорез (на курс 15-20)	Инстилляции (20-30 дней)
Изониазид (3% раствор)	0,3 0,5	С анода (+)	4-6 раз в день (по показаниям)
Стрептомицин (100000 ЕД в 1 мл изотонического раствора)	0,5	50000 ЕД в 1 мл раствора с анода (+)	4-6 раз в день (по показаниям)
Ципрофлоксацин (0,3% раствор), цилоксан (0,3% раствор), ципролет	0,5	-	4-6 раз в день

Примечание: в начальной фазе проводили 1 курс местной АБП, в фазе продолжения-не менее 2 курсов. Выбор химиопрепарата зависел от особенностей клинической картины и переносимости.

Оценку лечения проводили через 2-2,5 месяца по следующим критериям: уменьшение или исчезновение признаков воспаления, динамика остроты зрения, наличие осложнений.

Результаты и обсуждение

У 190 больных изменения локализовались в переднем отделе сосудистого тракта, у 68 – в хориоиде и сетчатке. Выявлены противопоказания к проведению туберкулиновых проб у 19% пациентов.

Туберкулинодиагностика проведена 210 больным (81%) из 258 обследованных. При этом поставлено 519 туберкулиновых проб. У 132 больных для уточнения этиологии применены как туберкулинодиагностика, так и пробное лечение. Специфическая этиология заболевания была установлена у 88 пациентов из 258.

Результаты обследования представлены в таблице 3. Чаще всего очаговая туберкулиновая реакция сочеталась с положительным эффектом пробного лечения (97%).

Таблица 3

Частота выявления очаговой туберкулиновой реакции и других диагностических критериев у больных туберкулезом глаз

Диагностические критерии	Количество пациентов	Сочетание с очаговой туберкулиновой реакцией
Тубаг-амнез (контакт по туберкулезу)	48	9 (18,8%)
Клинико-рентгено-томографические признаки туберкулеза других локализаций	40	11 (27,5%)
РПК (противотуберкулезные антитела)	10	4 (40,0%)
Характерная для туберкулеза глаз клиническая картина	88	81 (92,1%)
Пробное лечение туберкулостатиками	73	71 (97,3%)

Таблица 4

Эффективность химиотерапии туберкулезных увеитов

Показатели	Контрольная группа n=30	Основная группа n=34
Острота зрения		
***улучшение	18 (60±8,9)	27 (79,4±6,9)
***ухудшение	2 (6,7±4,6)	0
***без динамики	10 (33,3±8,6)	7 (20,6±6,9)
Признаки воспаления переднего сегмента глаз и стекловидного тела		
+	4 (13,3±6,2)	20 (58,8±8,4)
++	22 (73,3±8,1)	12 (35,3±8,2)
+++	4 (13,3±6,2)	2 (5,9±4,0)
++++	0	0

Таблица 5

## Эффективность химиотерапии туберкулезных хориоретинитов

Показатели	Контрольная группа (количество пациентов) n=13	Основная группа (кол пациентов) n=13
Острота зрения		
***улучшение	8 (61,5±13,5)	9 (81,8±11,6)
***ухудшение	2 (15,4±10)	1 (9,1±8,7)
***без динамики	3 (23,1±11,7)	1 (9,1±8,7)
Динамика воспалительного состояния хориоретинального очага		
***полное исчезновение явлений воспаления	4 (30,8±12,8)	8 (72,7±13,4)
***уменьшение признаков воспаления	9 (69,2±12,8)	3 (27,3±13,4)
***без динамики	0	0

При комплексном клиническом обследовании больных с предполагаемым туберкулезом глаз диагностическая значимость выявленных признаков была различной. Так, среди офтальмологических симптомов наиболее информативными были крупные сальные преципитаты и стромальные задние синехии при сохранении чувствительности роговицы, а также хориоретинальные очаги округлой формы не сливного характера, с преимущественной локализацией в центральной зоне глазного дна. Достоверно чаще положительный эффект от специфического лечения увеитов и хориоретинитов достигался при назначении комплекса общей и местной терапии.

Как известно, в основе диагностики туберкулеза глаз лежит разделение диагностических критериев по их достоверности и информативности на 2 группы (основные и вспомогательные) [1,2]. Основными диагностическими критериями туберкулеза глаз у наших пациентов являлись характерная клиническая картина, положительная очаговая туберкулиновая реакция и терапевтический эффект от пробного лечения. Для подтверждения туберкулезной этиологии заболевания глаз необходимо наличие не менее

двух основных критериев. Внеглазные проявления туберкулеза, признаки инфицирования и сенсибилизации к нему организма оказались вспомогательными в диагностике. Они свидетельствуют о вероятности туберкулезной этиологии заболевания глаз; при выявлении 2-3 основных критериев внеглазные проявления туберкулеза усиливают диагностическую значимость основных критериев [4].

Тщательный подход к определению показаний к проведению туберкулинодиагностики, детали которого указаны в разделе материал и методы исследования, позволил нам избежать значительных снижений зрения и возникновения осложнений.

Что касается очаговых туберкулиновых реакций, то установлено, что они не являются строго специфичными признаками туберкулезных заболеваний. При сравнительной оценке их с другими диагностическими критериями и анализе отдаленных результатов исследований выяснено, что специфичность их для туберкулеза глаз составляет не более 95%, примерно в 5% наблюдений они являются ложноположительными. При этом, наиболее достоверными проявлениями очаговых реакций являются признаки обострения воспалительного процесса: при передних увеитах – увеличение числа преципитатов, усиление экссудации в стекловидное тело, при хориоретинитах-усиление инфильтративных проявлений, размытости границ очагов, расширение зоны перифокального воспаления. Очаговые реакции по типу обострения имеют большее диагностическое значение, чем очаговые реакции с лечебным эффектом [3].

До последнего времени впервые выявленным больным туберкулезом глаз традиционно назначался длительный основной курс этиотропной химиотерапии (до 9-12 месяцев). Тем не менее, отмечалось немало рецидивов. В последние годы во фтизиатрии научно обоснован переход к сокращению сроков лечения при его интенсификации [6].

Нами, исходя из личных наблюдений, и учитывая опыт фтизиатров других стран, рекомендации ВОЗ [8], предложена схема системного и местного этиотропного лечения для впервые выявленных больных туберкулезом глаз (табл. 1 – 2). Результаты терапии показали очевидную эффективность такого подхода: у больных основной группы быстрее исчезали признаки воспаления, повышались зрительные функции, количество осложнений было меньше.

Среди обследованных нами больных были лица, длительность заболеваний глаз у которых исчислялась несколькими годами, даже 10-летним сроком. Выяснение лечебного анамнеза у них показало, что в ряде случаев у офтальмологов в поликлиниках и стационарах ОЛС отсутствует фтизиатрическая настороженность. Необходимым условием для своевременного выявления больных туберкулезом глаз является знание врачами характерных (хотя и не патогномичных) признаков данного заболевания.

Тактика окулиста общелечебной сети (ОЛС) должна зависеть от результатов амбулаторного обследования. Больных с характерными для туберкулеза глаз

офтальмологическими признаками следует направлять в противотуберкулезные диспансеры для уточнения диагноза. При наличии нехарактерных, но не исключающих хронического воспалительного процесса признаков необходимо сначала обследовать пациентов в ОЛС и если этиология остается неясной, направлять больных в диспансер для продолжения обследования.

Специальные исследования на туберкулез (туберкулиновые пробы, диагностическая тест-терапия), также как и постановка этиологического диагноза осуществляются только фтизиоофтальмологом в специализированном стационаре. Вторая фаза основного курса лечения проводится амбулаторно. При отсутствии фтизиоофтальмолога терапия проводится окулистами и фтизиатрами районных поликлиник ОЛС в соответствии с конкретными рекомендациями фтизиоофтальмолога диспансера.

#### Выводы

1. Предлагаемая система диагностики обеспечивает унифицированный подход и повышает точность диагностики туберкулеза глаз. Она доступна для применения в учреждениях практического здравоохранения, способствует значительному снижению частоты ошибочных диагнозов, сокращает сроки обследования.
2. Разработанная схема системной и местной этиотропной химиотерапии сокращает продолжительность лечения при увеличении эффективности терапии туберкулеза глаз.
3. Для улучшения качества выявления и лечения больных туберкулезом глаз необходимы совместные усилия в работе врачей ОЛС и фтизиатрической службы.

#### Литература

1. Азнабаев, М. Т./ Учебно-методическое пособие.-Уфа, 2002.-39 с.
2. Батаев, В. М. Значение туберкулиновых проб в системе диагностики туберкулеза глаз: автореферат дисс. канд.мед.наук 14.00.08-1991.
3. Выренкова, Т. Е. Роль и значение туберкулинодиагностики в ранней диагностике специфических заболеваний глаз // Вест. офтальм.-1979.-№ 6 С. 33-36.
4. Выренкова, Т. Е. // Туберкулез: руководство для врачей / Под редакцией А. Г. Хоменко-М., 1996.-С. 396-410.
5. Выренкова, Т. Е., Олениченко, Е. Г. Вопросы диагностики туберкулеза глаз // Проблемы туберк.-1991.-№ 9.-С. 42-44.
6. Елисеева, В.И., Шевнина, Т.В. и др. Туберкулезные заболевания глаз: патогенез, клиника, лечение //Мед. новости.-2004.-№ 5.- С 51-55.
7. Зайцева, Н. С., Кацнельсон, Л. А. Увеиты.-М.: Медицина, 1984.-320 с.
8. Лечение туберкулеза. Руководящие принципы для национальных программ. Документ ВОЗ, 2-е издание-Женева, 1998. – 78 с.
9. Пригожина, Л. А. Патологическая анатомия и патогенез туберкулезных поражений глаза.-М.: Медгиз, 1961.

10. Самойлова, А. Я., Юзефова, Ф.И., Азарова, Н. С. Туберкулезные заболевания глаз.-Л.: Медгиз, 1963.-253 с.