

Учитывая наличие гепатоспленомегалии, стойкость и распространенность высыпаний, усиление и учащение флашинга и, как следствие, ухудшение соматического состояния ребенка, направлена к онкогематологу для исключения системной формы мастоцитоза. В связи с отсутствием технической возможности определения уровня триптазы в крови рекомендовано исследование костного мозга. При исследовании биоптата костного мозга системная форма мастоцитоза не подтверждена. Верифицирован диагноз: Мастоцитоз, кожная форма (пигментная крапивница в сочетании с мастоцитомами), степень тяжести 3 (по P. Valent). Рекомендовано: продолжить соблюдение гипоаллергенной диеты с исключением гистаминолибераторов, обеспечение гигиенического ухода за кожей, обработка вторично-инфицированных элементов комбинированной мазью (стероидно-антибактериально-противогрибковой), продолжение приема H₁-гистаминоблокаторов, даны рекомендации по профилактике системных осложнений мастоцитоза (строгая обоснованность применения любых лекарств, включая антибиотики, противовоспалительные средства, местные анестетики, витамины, бета-блокаторы и т. д.; оберегание от укусов насекомых; неотложное обращение за медпомощью при признаках анафилаксии, наличие и применение инъекционных средств оказания неотложной помощи при анафилаксии в случае недоступности квалифицированной медицинской помощи и др.). Направлена на консультацию дерматолога в условиях республиканского центра, назначена плановая госпитализация для расширения диеты, углубленного обследования, возможной коррекции лечения (вероятные варианты — добавление курса системных стероидов, H₂-гистаминоблокаторов, применение ингибиторов лейкотриеновых рецепторов, наружное использование средств на основе кромолина-натрия и стероидов) в условиях стационара.

Выводы

Таким образом, мастоцитоз — редкое заболевание с разнообразием клинических форм, трудно поддающееся терапии. Приведенный клинический случай отражает актуальность проблемы в педиатрической практике, демонстрирует необходимость мультидисциплинарного подхода педиатров, дерматологов, аллергологов, онкогематологов, врачей других специальностей к ведению пациента. Особенностью представленного случая является сочетание двух форм кожного мастоцитоза (пигментной крапивницы с мастоцитомами), а также выраженность проявлений этого заболевания в грудном возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мастоцитоз у детей: обзор литературы и собственное клиническое наблюдение / Н. В. Нагорная [и др.] // Здоровье ребенка. — 2013. — № 7 (50).
2. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней: рук-во для врачей / М. А. Пальцев [и др.]. — М.: Медицина, 2006. — 230 с.
3. Халиулин, Ю. Г. Мастоцитоз: клинические проявления, методы диагностики и тактика ведения пациентов / Ю. Г. Халиулин // Леч. врач. — 2012. — № 8.
4. Horny, H. Mastocytosis: state of the art / H. Horny, K. Sotlar // *Paleobiology*. — 2007. — Vol. 74. — P. 121–132.
5. Standards and standardization in mastocytosis : consensus statements on diagnostics, treatment recommendations and response criteria / P. Valent [et al.] // *EJCI*. — 2007. — Vol. 37. — P. 435–453.

УДК 616-002.5-092

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Грабовская К. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез — одно из заболеваний известное с древнейших времен. Это хроническое инфекционное заболевание характеризуется образованием в органах специфических воспалительных изменений. Врачу любого профиля следует помнить, что туберкулез поражает все

органы и системы организма. Микобактерии туберкулеза выживали и эволюционировали в течение многих лет, чтобы понять всю серьезность данного заболевания необходимо окунуться в историю его возникновения.

Цель

Проследить наиболее важные открытия и достижения в истории развития туберкулеза.

Материал и методы исследования

Обобщение результатов проведенных исследований, анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Туберкулез как заболевание, поражающее людей, известен с древнейших времен. Туберкулезные поражения были обнаружены при исследовании останков человека периода неолита, около 5000 лет до нашей эры, египетских мумий, мумии молодого жреца в Фивах. На стенах египетских гробниц изображены фигурки людей с изменениями, характерными для туберкулеза позвоночника и тазобедренного сустава [1].

В эпоху палеолита люди вели кочевой образ жизни, не создавали деревень и больших сообществ. Заболевание туберкулезом, подобно другим инфекциям, были спорадическими и не приобретали характер эпидемии. Примерно за 8000 лет до нашей эры с появлением примитивного сельского хозяйства стали возможны постоянные поселения, и началось приручение скота. Туберкулез в таких поселениях стал несколько более частым явлением. По всей вероятности, эпидемии туберкулеза у животных происходили задолго до возникновения этого заболевания у человека. По прошествии веков люди начали создавать все более крупные поселения, а это изменило не только условия жизни, но и хрупкий баланс между человеком и возбудителем туберкулеза. Туберкулез на раннем этапе истории человечества был довольно редким заболеванием, эпидемии стали возникать по мере возрастания плотности населения. Распространение заболевания было неравномерным: оно поражало разные регионы мира в разные периоды времени [2]. Эпидемии туберкулеза начались по всему земному шару в результате перемещения больных и колонизации некоторых стран.

В начале XVI в. заболеваемость туберкулезом стала быстро увеличиваться. Эпидемия нарастала на протяжении последних двух столетий и захватила всю Западную Европу. В течение данного периода почти все население Европы было инфицировано микобактериями туберкулеза, а каждый четвертый случай смерти был вызван этим заболеванием. Плотность населения увеличивалась и способствовала аэрогенному распространению заболевания [2].

Вследствие широкого распространения этой болезни, Гиппократ, пользуясь простейшими объективными методами исследования, диагностировал у многих больных острые и хронические заболевания легких, которые проявлялись легочными кровотечениями, выделением мокроты с кашлем, тяжелой интоксикацией, общим истощением. Эта болезнь называлась «фтиза» — чахотка. Среди так называемых чахоточных больных, очевидно, было немало больных страдавших пневмониями, абсцессами, раком, сифилисом и другими болезнями. Но, безусловно, среди них было и немало больных туберкулезом. Авиценна подробно описал клинику туберкулеза [1].

Еще задолго до открытия возбудителей инфекционных заболеваний предполагалось, что туберкулез — заразная болезнь. Почти за 2000 лет до н. э. в своде законов Вавилона («Кодекс Хаммурапи») было закреплено право на развод с женой, больной легочным туберкулезом. В Индии, Португалии, Венеции были законы, требующие сообщать обо всех случаях заболеваний [2].

В середине XIX в. французский морской врач Жан-Антуан Вильмен наблюдал заражение туберкулезом матросов. Чтобы доказать инфекционную природу туберкулеза, Вильмен собирал мокроту больных и пропитывал ею подстилку для морских свинок. Животные умирали от туберкулеза. После дальнейших опытов, в которых Вильмен вызывал туберкулез у животных введением им в дыхательные пути мокроты или крови больных туберкулезом, он заключил, что туберкулез — заразная, «вирулентная» болезнь. В 1868 г. немецкий патолог Теодор Лангханс обнаружил в туберкулезном бугорке гигантские клетки, ранее обнаруженные Пироговым, но позже названные в честь Лангханса, так как он дал более подробное описание и не был знаком с трудами Пирогова. В англоязычной литературе имя Пирогова в названии многоядерных клеток до сих пор не упоминается [2].

В 1882 г. произошло крупнейшее научное событие: немецкий бактериолог Роберт Кох открыл возбудителя туберкулеза, который был назван бациллой Коха. Возбудителя туберкулеза Кох обнаружил при микроскопическом исследовании мокроты больного туберкулезом после предварительной окраски препарата везувином и метиленовым синим. Кох выделил возбудителя туберкулеза в виде чистой культуры и с ее помощью вызвал заболевание туберкулезом у подопытных животных. На заседании в Берлине 24 марта 1882 г. Кох сделал доклад «Этиология туберкулеза», в котором представил убедительные данные об открытии им возбудителя туберкулеза, за что и был удостоен Нобелевской премии. С тех пор 24 марта считается во всем мире днем борьбы с туберкулезом. Открытие возбудителя туберкулеза ознаменовало собой начало новой эпохи во фтизиатрии.

В 1890 г. Кох впервые получил туберкулин, который, как он предполагал, будет эффективным противотуберкулезным средством. Однако, предполагавшаяся в связи с открытием туберкулина революция в лечении и профилактике туберкулеза, оказалась мифом. Радостные надежды у тысяч больных туберкулезом, которые направились к Коху в Берлин, сменились чувством разочарования: туберкулин не давал лечебного эффекта, более того, туберкулин вызывал прогрессирование туберкулеза. Кох был осужден медицинской общественностью [3].

В 1907 г. венский врач Пирке предложил использовать туберкулин, вводя его накожно для выявления лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза. Пирке ввел понятие об аллергии и явился основоположником ценнейшего метода в выявлении туберкулеза, особенно у детей. До конца 60-х годов двадцатого столетия туберкулиновая проба Пирке широко применялась для выявления первичного инфицирования детей и подростков, так называемого «виража» туберкулиновой пробы.

В 1909 г. ученый Шарль Манту предложил внутрикожную туберкулиновую пробу. В настоящее время проба Манту широко применяется во всех странах СНГ для диагностики туберкулеза у детей и подростков [1].

Очередным важнейшим открытием явилось создание французскими учеными Альбером Кальметтом и Камилем Гереном в 1919 г. вакцинного штамма микобактерий туберкулеза для противотуберкулезной вакцинации людей. Штамм был назван «бациллы Кальметта — Герена». Первая прививка против туберкулеза была проведена новорожденному в 1921 г. В настоящее время вакцина БЦЖ применяется в 118 странах мира. С середины 50-х гг. вакцинация новорожденных стала обязательной в городах и в сельской местности. Вакцина БЦЖ обеспечила высокий уровень защиты детей от заболевания туберкулезом. До 1962 г. применяли пероральный метод введения БЦЖ новорожденным и накожный — при ревакцинации [3]. С 1962 г. для вакцинации и ревакцинации применяют более эффективный внутрикожный метод введения вакцины БЦЖ.

Первым, кто выявил анатомические изменения в легких при туберкулезе, был русский ученый Алексей Иванович Абрикосов. А в 1930 г. бразильский ученый Дэвид Абреу предложил флюорографию как массовый метод обследования и раннего выявления туберкулеза легких. В нашей стране этот метод широко применяется для обследования населения и на сегодняшний день [3].

Туберкулез по-прежнему остается на первом месте среди всех причин смерти от инфекционных заболеваний в мире. Он унес жизни таких великих людей как Фредерик Шопен, Виссарион Григорьевич Белинский, Антон Павлович Чехов, Василий Григорьевич Перов и многие другие.

Веками туберкулез пугал людей, и не только степенью своей летальности, но и тем, что человек любого возраста, пола и образа жизни мог внезапно им заболеть. Основной причиной роста заболеваемости является снижение уровня жизни населения, рост алкоголизма, наркомании, а также миграции населения. Ввиду нерационального использования антибиотиков и появления устойчивости микобактерий к лекарственным средствам, лечить туберкулез стало сложно. Туберкулез не побежден, он среди нас, и в каждую минуту на Земле от него страдают люди.

Вывод

Стремясь уберечься от туберкулеза, люди придумали удивительные вещи, которые изменили мир. Но, не смотря на все открытия, туберкулез, когда-то провозглашенный исчезающей болезнью, на сегодняшний день приобретает формы эпидемии. Таким образом, чем больше мы знаем о прошлом туберкулеза, тем лучше мы подготовлены к будущему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 112–130.
2. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
3. Лекции по фтизиопульмонологии / В. Ю. Мишин [и др.]. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 560 с.

УДК 616-002.5:159.923

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Дашкевич А. А., Свидерский Д. В., Заровская В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. Н. Бондаренко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез — инфекционное хроническое заболевание, которое часто сопровождает пациента в течение всей его жизни. Это оказывает большое влияние на личностно-психологический портрет человека. В настоящее время все большего внимания заслуживает изучение психологического статуса пациентов, которые имеют хронические заболевания. Само заболевание связано с боязнью последствий и страхом неблагоприятного исхода. Это приводит к длительному перенапряжению внутренних сил организма, что сопровождается акцентуацией определенных психологических особенностей личности [3].

Каждый пациент является, прежде всего, личностью, которая имеет свое собственное представление о медицине, о самом себе, о своей болезни и о степени ее серьезности. Болезненные ощущения, плохое самочувствие, чувство необычного состояния всего организма заставляют пациента концентрировать все внимание на собственных ощущениях, негативных переживаниях. Страдающие люди по-разному воспринимают свою болезнь: часто держатся выше болезни, борются с ней, не обращают на нее внимания, либо вытесняют ее, бегут из болезни, бравируют ею, считают ее позором, полностью покоряются болезни, становятся ее рабом и слугой, боятся болезни, любят болезнь, привыкают, ищут в ней преимущества, трагически переживают, бравируют, диссимилируют, окрашивают болезнью все свое мировоззрение и т. д. В любом случае болезнь изменяет личность пациента [4].

До сих пор фтизиатры уделяют крайне мало внимания изучению восприятия человеком своей болезни, тогда как очевидна связь психических и соматических процессов, влияние негативных психических состояний на течение вегетативных процессов организма, и этим вопросам следует уделять более пристальное внимание. Очевидно, что правильное методическое исследование больного с изучением его восприятия своей болезни облегчает понимание его внутреннего состояния, а знание психологических особенностей его внутренней картины болезни поможет врачам спрогнозировать результат лечения и выздоровления, повысить приверженность пациента к лечению [5].

Таким образом, исследование психологических особенностей пациентов с туберкулезом является весьма актуальным.

Цель

Оценить свойства личностей пациентов с туберкулезом, исследовать уровень влияния болезни на сферы жизни и показатели качества жизни пациентов, изучить типы их отношения к болезни.

Материал и методы исследования

В ходе работы было опрошено 60 пациентов с туберкулезом легких, находящихся на паллиативном лечении в У «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». Из них мужчин — 51 (85 %) человек, женщин — 9 (15 %) человек, средний возраст — $50,1 \pm 12,8$ лет. Средняя продолжительность туберкулеза составила $6,7 \pm 2,8$ лет.