

Еще одна духовная проблема, которая тоже ведет к выгоранию — когда человек усиленной работой пытается заглушить чувство вины в каких-то грехах, ошибках, нестроениях, присутствующих в его жизни. Ему кажется, что работой он искупит свою вину; что, наказывая себя этой работой, он решит свои духовные проблемы и получит прощение. Это ошибочная позиция, потому что пытаться заслужить какими-то своими делами прощение вины, греха самонадеянно. Мы никогда ничем не сможем заслужить это прощение. Только Бог дает нам это прощение посредством исповеди, и дает Он его потому, что не желает гибели грешнику: «Ибо благодатию вы спасены чрез веру, и сие не от вас, Божий дар: не от дел, чтобы никто не хвалился» (Еф. 2, 8–9).

*СЭВ — как проблема маловерия.* Человек неверующий или маловерующий не видит в своей жизни Промысла Божия; он полагается только на себя, для него очень важен результат, что рано или поздно приводит к надрыву. Когда человек уповает на Господа, он знает: «Все могу в укрепляющем меня Иисусе Христе» (Флп. 4, 13). Господь все в нашей жизни устраивает так мудро, что не бывает безрезультатности. Наши неудачи часто приводят нас к Богу. Если мы не получили от работы ожидаемого результата, всегда есть иной, духовный опыт, который часто гораздо более важен и нужен нам.

Какие выходы предлагает Церковь для предотвращения развития СЭВ? Прежде всего — это регулярная исповедь и причастие [3]. Сторонний взгляд священника и его советы также окажут помощь человеку, но когда человек обращается непосредственно к Богу, к Его сверхъестественной помощи через Таинства Церкви — тогда Бог творит чудеса! Ведь Иисус Христос — истинный врач душ и телес наших. Он дает новые силы и понимание, как жить.

### **Выводы**

Таким образом, развитие СЭВ связано с изначально неправильной мотивацией человека, который полагается только на свои силы и желает видеть быстрые плоды и успех от своей работы. Значительно легче предотвратить развитие этого синдрома, чем преодолеть его. Однако для этого необходимо полное доверие к Господу Богу и сотрудничество с ним. Несмотря на все трудности, с которыми мы сталкиваемся, необходимо оставаться в позитивном и оптимистическом настрое, видя во всем Промысл Божий. Такая жизненная стратегия — лучшая профилактика синдрома эмоционального выгорания.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Орел, В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22, № 1. — С. 90–101.
2. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Мед. новости. — 2002. — № 7. — С. 3–9.
3. Лоргус, А. Профилактика синдрома эмоционального выгорания у специалистов и волонтеров, работающих с ЛЖВ: метод. пособие / А. Лоргус // Изд-во Российского православного университета Св. Апостола Иоанна Богослова. — 2012. — 29 с.

**УДК 616.24–002.5:579.871.93–073.7**

## **КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИКОБАКТЕРИОЗОВ ЛЕГКИХ**

**Бондаренко В. Н., Буйневич И. В., Золотухина Л. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**Учреждение**

**«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Изучение микобактериозов связано с началом эпидемии ВИЧ/СПИДа, так как инфекция, вызванная *M. avium* complex (MAC) явилась одной из первых описанных оп-

портунистических инфекций у пациентов со СПИДом [2]. В дальнейшем были изучены особенности клинической картины, диагностики, разработаны стратегии терапии и профилактики этих заболеваний [1, 3]. Широкое распространение антиретровирусной терапии резко снизило удельный вес микобактериозов в группе лиц, инфицированных ВИЧ. Отмечена предрасположенность к микобактериозам лиц с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхоэктазами, кистозным фиброзом, пневмокониями. По данным С. L. Daley [2], у большинства пациентов микобактериозы развились на фоне заболеваний бронхолегочной системы, общесоматической патологии, производственных вредностей, приведших к нарушению местного и общего иммунитета, а также после трансплантации различных органов.

В настоящее время описано около 140 видов нетуберкулезных микобактерий (НТМБ), 40 из которых могут явиться этиологическим агентом легочных заболеваний. Самыми распространенными видами НТМБ, вызывающими заболевания у человека, считают МАС и *M. kansasii* [5], причем МАС составляет почти половину всех микобактериальных инфекций.

Практически повсеместно наблюдается рост заболеваемости и распространенности микобактериозов. Причины роста данной патологии до сих пор не определены окончательно. Возможно, это связано с усовершенствованием лабораторных методов выделения и идентификации НТМБ, ростом иммунокомпрометированных пациентов, детальным изучением микобактериозов [4]. В Гомельской области также отмечен рост данной группы пациентов в связи с внедрением в практику высокочувствительных методов быстрой идентификации микобактерий — Вастес и ПЦР-диагностики.

Трудности диагностики микобактериозов легких обусловлены сходством их клинических, рентгенологических и морфологических проявлений с туберкулезом, а также возможным присоединением НТМБ к неспецифической бронхолегочной инфекционной патологии. Для регламентации процесса установления диагноза и лечения микобактериозов в настоящее время применяется руководство Американского торакального общества (ATS) совместно с Американским обществом по инфекционным болезням [1].

#### ***Цель***

Изучение особенностей клинической и рентгенологической картины, спектра НТМБ у пациентов с микобактериозом легких в Гомельской области.

#### ***Материалы и методы исследования***

Ретроспективно изучены истории болезни 16 человек, проходивших лечение в Учреждение «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» в 2012–2013 гг. Диагноз микобактериоза подтвержден выделением культуры НТМБ при наличии клинико-рентгенологической картины активного воспалительного процесса в легких.

В исследуемой группе мужчин было 12 (75 %), женщин — 4 (25 %) человека. Средний возраст пациентов  $52 \pm 17,6$  лет.

#### ***Результаты исследования и их обсуждения***

При поступлении жалобы предъявляли 13 (81,3 %) человек. Из них: повышение температуры тела — 7 (53,8 %), похудание — 6 (46,2 %), кашель — 9 (69,2 %), ночную потливость — 3 (23,1 %), кровохарканье — 2 (15,4 %) человека. Острое или подострое начало заболевания имело место у 6 (37,5 %) и постепенное — у 7 (43,8 %) пациентов. Средний срок продолжительности жалоб до обращения к терапевту составил  $31 \pm 18$  дней. У 3 (23,1 %) пациентов изменения в легких выявлены при прохождении профилактического РФО. При поступлении туберкулез органов дыхания был выставлен 14 (87,5 %) пациентам, лишь у 2 (12,5 %) были выявлены другие заболевания легких.

У 11 (68,6 %) человек выявлены предрасполагающие развитию микобактериоза заболевания. Так, выраженные остаточные изменения в легких после излеченного туберкулеза были у 5 (45,5 %), состояния после оперативного лечения онкозаболеваний — у 3 (27,3 %), ВИЧ-инфекция — у 2 (18,2 %), бронхоэктатическая болезнь — у 1 (9,0 %) человека.

При физикальном исследовании выявляли симптомы, указывающие на активное бронхолегочное воспаление и (или) пневмосклеротические изменения и эмфизему, явившиеся следствием достаточно длительно протекавшего микобактериоза либо поражением фоновой неспецифической легочной патологии. У 10 (62,5 %) пациентов выявлено жесткое дыхание, у 4 (25 %) — ослабленное; сухие и (или) разнокалиберные влажные хрипы имели место у 9 (56,3 %) человек; коробочный звук при перкуссии отмечен у 8 (50 %) пациентов, притупление легочного звука — у 2 (12,5 %). У 2 (18,2 %) пациентов выявлено наличие увеличенных периферических лимфоузлов (над- и подключичных, шейных, подмышечных).

Изучена рентгенологическая картина микобактериозов. Локальные изменения выявлены у 12 (75 %) пациентов, двустороннее поражение легких — у 4 (25 %). Двустороннее поражение легких проявлялось диссеминацией, у 2 пациентов в сочетании с полостными образованиями. Верхнедолевая локализация наблюдалась у 7 (58,3 %), нижнедолевая — у 4 (41,7) человек. В целом, деструкция легких выявлена у 10 (62,5 %) человек, деформация легочного рисунка — у 9 (56,3 %), смещение корней легких — у 3 (18,6 %), кальцинаты внутригрудных лимфатических узлов — у 2 (12,5 %) человек, эмфизема — у 2 (12,5 %) человек.

Из универсальных маркеров активности воспаления отмечено ускорение СОЭ — у 14 (87,5 %) пациентов, лейкоцитоз периферической крови от  $10,5$  до  $14,7 \times 10^9$  — у 6 (37,5 %), но палочкоядерный сдвиг выявлен только у 2 (12,5 %) больных.

Проводилась видовая идентификация НТМБ с определением лекарственной чувствительности. У 8 (50 %) человек обнаружена *M. avium*, у 6 (37,5 %) — *M. fortuitum*, у 2 (12,5 %) — *M. chelonae* и по 1 (6,2 %) человеку — *M. kansasii* и *M. malmolensae*.

У 14 (87,5 %) пациентов определялась множественная лекарственная устойчивость НТМБ, как минимум одновременно к изониазиду и рифампицину. У 8 пациентов она сочеталась с устойчивостью к стрептомицину, у 5 — к этамбутолу, а у 2 имела место устойчивость ко всем противотуберкулезным препаратам первого ряда, включая пипразинамид. В связи с этим рекомендации зарубежных авторов [1] об использовании этамбутола и рифампицина как основы режима химиотерапии при микобактериальной инфекции были применимы только у 2 (12,5 %) человек. У 7 (43,8 %) пациентов выявлена устойчивость к фторхинолонам. Устойчивость к обоим инъекционным препаратам резервного ряда — канамицину и капреомицину выявлена у 4 пациентов. Таким образом, у 7 пациентов из 16 с микобактериозом легких имела место широкая лекарственная устойчивость. У 5 пациентов определялась также устойчивость к ПАСК, у 3 — к этионамиду (протионамиду) и у 1 пациента — к циклосерину.

Комплексное исследование лекарственной чувствительности НТМБ на жидких (автоматизированная система Vactec) и плотных средах, а также ПЦР позволило формировать индивидуальные режимы этиотропного лечения.

Основной курс химиотерапии составлял 6–18 мес. На фоне лечения у 7 (43,8 %) пациентов достигнута выраженная клиническая и рентгенологическая динамика в виде исчезновения симптомов интоксикации, прекращения выделения микобактерий, выраженного рассасывания очагов в легочной ткани, закрытия полостей распада. Одному пациенту была проведена лобэктомия. У 6 (37,5 %) человек микобактериоз принял хроническое течение с образованием фиброзных полостей и участков фиброза и цирроза, из них у 3 пациентов удалось стабилизировать прогрессирование и добиться прекращения бактериовыделения.

### **Выводы**

1. Клинико-рентгенологическая картина микобактериозов легких характеризуется полиморфизмом и сходством с туберкулезом. Это приводит к сложности диагностики данной группы заболеваний.

2. Не получено данных, свидетельствующих о развитии микобактериозов преимущественно у ВИЧ-инфицированных пациентов.

3. Наиболее информативным методом диагностики микобактериозов является использование автоматизированных систем быстрой идентификации микобактерий Bactec.

4. Лечение микобактериозов должно проводиться по индивидуальным режимам на основании определения лекарственной чувствительности выделенных НТМБ не только к противотуберкулезным препаратам основного и резервного ряда, но и к максимально доступному спектру антибиотиков.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. An official ATS / IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases / D.E.Griffith [et al.] // Am J Respir Crit Care Med. — 2007. — Vol. 175. — P. 367–416.
2. Daley, C. L. Pulmonary non-tuberculous mycobacterial infections / C. L. Daley, D. E. Griffith // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2010. — Vol. 14, № 6. — P. 665–671.
3. Nontuberculous pulmonary mycobacteriosis in Denmark: incidence and prognostic factors / C.Andrejak [et al.] // Am J Respir Crit Care Med. — 2010. — Vol. 181. — P. 514–521.
4. Sensitivity and specificity of PCR for detection of Mycobacterium tuberculosis: a blind comparison study among seven laboratories / G. T. Noordhoek [et al.] // J. Clin. Microbiol. — 1994. — № 32. — P. 277.
5. Wolinsky, E. Nontuberculous mycobacteria and associated disease / E. Wolinsky // Am Rev Respir Dis. — 1979. — № 119. — P. 107–159.

УДК 004:17

### ЭТИКА ИНТЕРНЕТА

*Бордак С. Н.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Перспективы развития Интернета представляются сегодня неопределенно. Набирает силу интенсивная тенденция развития Сети, основанная на глубокой и разносторонней эксплуатации Сети человеком и «эксплуатации» человека Сетью. Раньше мы упивались самой возможностью коммуникации, сегодня заботит другое — что сказать, чем заполнить Сеть? Свершившимся фактом является коммерциализация Интернета, в значительной мере предопределяющая его дальнейшее развитие.

#### *Цель*

Проанализировать, в чем уникальность этики Интернета и каковы механизмы ее формирования?

1. Сетевая этика, безусловно, существует. С одной стороны, ограничения в поведении накладывают технологии взаимодействия с Сетью и в Сети, с другой — негласные, но действенные правила, регламентирующие общение. Считается неэтичным задавать вопросы о подлинном имени, поле, возрасте собеседника — каждый сообщает лишь то, что считает нужным.

В массовом сознании Интернет ассоциируется с информационной системой, однако это не совсем так. В психологическом плане куда больший интерес представляет его социальность. Очевидно, что в последние годы он развивается преимущественно в коммуникативном направлении. Если в объективной реальности люди — только часть мира, то в виртуальной нет ничего, кроме людей и целого спектра взаимодействий между ними. Столкнувшись с такого рода социальностью, новичок ощущает себя попавшим в густонаселенную страну, и не всегда знает, как себя вести в ней.

Однако, это не мешает ему активно экспериментировать в Интернете в желании испытать новый опыт. Создание «виртуальной личности» (от латинского «*virtualis*» — воз-