

# БЕЛАЯ РОМАШКА

## 95 лет борьбы с туберкулезом — на благо здоровья москвичей!

12+

стр. 2

Об истории Центра  
Интересные факты о туберкулезе

стр. 3

«Маски» внелегочного туберкулеза

стр. 4

Психологические «маски» туберкулеза

## В 2021 году Московскому городскому научно-практическому центру борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы исполнилось 95 лет

Москва сегодня — один из самых благоприятных по туберкулезу субъектов Российской Федерации. В этом большая заслуга всего нашего коллектива. Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом является одним из ведущих научных и клинических учреждений Российской Федерации, обеспечивающих раннее выявление, диагностику, лечение и профилактику туберкулеза в регионе на самом современном уровне.



Боевская богадельня с парком в альбоме зданий Московского городского управления 1913 г.

Основное здание Центра располагается в Сокольниках, в старинном здании с интересной историей. Во второй половине XIX — начале XX вв. в районе Сокольников часто строились социальные учреждения: больницы, богадельни и приюты. Деньги на большую их часть выделяли состоятельные благотворители, к которым относились и братья Боевы. 6 февраля 1890 года потомственный почетный гражданин, купец 1-й гильдии Николай Иванович Боев пожертвовал 750 000 рублей на учреждение Дома призрения (богадельни), которому

было присвоено имя братьев Николая, Петра, Алексея и Александра Боевых. Проект комплекса богадельни выполнил архитектор А.Л. Обер, используя элементы русского стиля и приемы эклектики (смешения архитектурных стилей). Для постройки дома призрения городскими властями был выделен участок на Сокольническом поле. 31 мая 1894 года состоялось официальное открытие учреждения. Средства на содержание богадельни также выделил Н.И. Боев, а заведовало учреждением Московское городское управление.

12 марта 1926 года Боевская богадельня перепрофилирована в туберкулезное отделение на 248 коек при больнице имени профессора А.А. Остроумова. В этом же году на месте отделения был открыт Институт профилактики и терапии туберкулеза им. А.И. Рыкова. Директором был назначен профессор Владимир Львович Эйнис, разработавший первую программу преподавания туберкулеза в высших медицинских учебных заведениях нашей страны, инициатор внедрения хирургических методов лечения у больных туберкулезом легких, один из создателей современной классификации туберкулеза, крупный исследователь изменений вегетативной нервной системы при туберкулезе, патогенеза, клиники и течения заболевания.

С 1932 года учреждение стало называться Московским городским научно-исследовательским туберкулезным институтом (МГТИ). С первых лет работы в МГТИ развивались

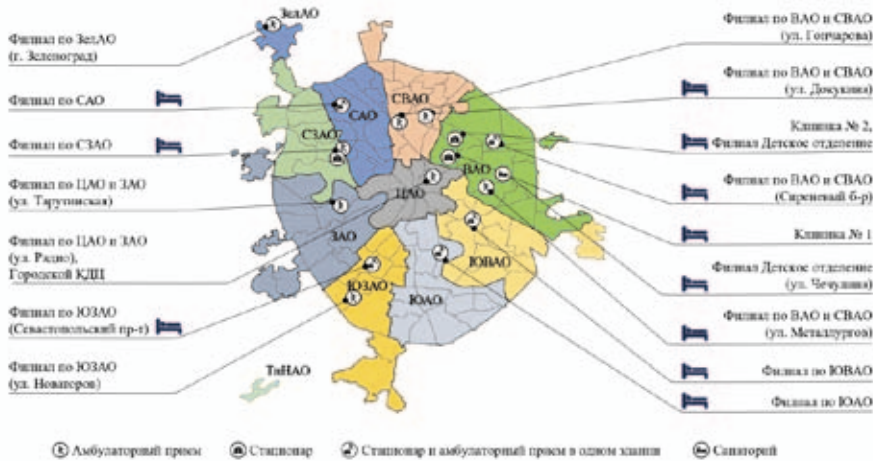
основные направления фтизиатрической науки, внедрялись новые методы раннего выявления, профилактики, вакцинации, организации противотуберкулезной службы на предприятиях; осуществлялись научно-методическое руководство противотуберкулезными учреждениями города Москвы, подготовка фтизиатров и врачей общей практики. Одним из основных направлений работы было совершенствование лечения туберкулеза. Сотрудники института разрабатывали научные основы санаторно-курортного лечения, изучали проблемы определения трудоспособности больных туберкулезом.

Во время Великой Отечественной войны научные исследования в институте не прекращались: были изучены особенности течения туберкулеза в условиях военного времени, характеризующиеся склонностью к возникновению острых экссудативно-пневмонических форм, генерализации процесса, поражению серьезных оболочек. Важнейшим направлением исследований в 40-е годы XX века были работы по раннему выявлению туберкулеза с широким внедрением флюорографии, применением томографических методов исследования. Одним из первых в СССР институт начал разрабатывать и внедрять хирургические методы лечения, совершенствовать анестезиологическое обеспечение.

16 декабря 1955 года институт был реорганизован в Московскую городскую центральную клиническую туберкулезную больницу. 1 июля 1997 года на этой базе организован Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом.

В 2012 году в целях оптимизации использования ресурсов противотуберкулезной службы города Москвы, улучшения оказания помощи

## Структура ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»



Современное расположение филиалов и клиник Центра

пациентам и условий работы персонала, рационального использования материальных и интеллектуальных ресурсов проведена реорганизация учреждения. В состав объединенного Государственного казенного учреждения «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы» вошли все противотуберкулезные диспансеры города, преобразованные в филиалы по административным округам (ЮВАО, ЮЗАО, ЮАО, ЦАО, СВАО, СЗАО, ЗАО, САО, ВАО, Зеленоградский

АО), а также туберкулезная клиническая больница № 7. В 2014 г. к Центру присоединен также детский туберкулезный санаторий № 64, который в дальнейшем стал филиалом Детское отделение.

С 2012 года Центр возглавляет главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиатрии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава

России Елена Михайловна Богородская. Под ее руководством разработана и внедрена новая модель противотуберкулезной службы, включающая укрупнение медицинских организаций, реорганизацию коечного фонда, централизацию управления основными службами, совершенствование кадрового и образовательного потенциала, эпидемиологического мониторинга и руководящего контроля.

При внедрении этой модели определены основные приоритеты противотуберкулезной работы: перенесение акцента на амбулаторную помощь с активной работой фтизиатров в среде наиболее уязвимых групп риска по туберкулезу; изменение методики выявления больных туберкулезом среди взрослых за счет широкого применения иммунологических проб, скрининга туберкулеза в окружении детей с латентной туберкулезной инфекцией; внедрение новых методов работы в очагах туберкулезной инфекции — картографии, детального эпидемиологического расследования с обследованием широкого круга контактных лиц; проведение химиопрофилактики заболевания лицам с латентной инфекцией; совершенствование химиотерапии наименее перспективной группы больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

## Интересные факты о туберкулезе

**Туберкулез зародился в Африке около 70 тысяч лет назад**  
Себастьян Ганье и его коллеги из Института тропиков и общественного здоровья (Швейцария) расшифровали геном 259 штаммов возбудителя туберкулеза и оказалось, что возбудитель туберкулеза появился в Африке по крайней мере 70 тысяч лет назад.

Исследователи убеждены, что туберкулез, в отличие от многих других инфекционных заболеваний, не передавался человеку от одомашненных животных потому, что появился гораздо раньше, чем люди приручили диких животных. Распространению болезни и появлению новых штаммов туберкулеза способствовало активное расселение древних людей.



### Атлантический океан туберкулез пересек с тюленями

Не испанские конкистадоры, а тюлени перенесли через океан туберкулез, который оказался в Америке задолго до того, как

туда вторглись европейские завоеватели. Группа ученых из Тюбингенского университета Эберхарда и Карла (Германия) под руководством палеогенетика Иоганна Краузе пришла к такому заключению после того, как совершила два открытия.

Во-первых, при изучении скелетов доколумбовой эпохи в Перу были обнаружены древние штаммы микобактерий и, во-вторых, они очень похожи на современные бактерии *Mycobacterium pinnipedii*, вызывающие туберкулез у тюленей и морских львов.

По мнению исследователей, мигрируя от берегов Африки к Америке, морские млекопитающие перенесли микобактерии с собой, а местные жители, промышляя охотой, могли заразиться, употребив в пищу мясо ластоногих.



### Осторожно, барсуки!

В Великобритании на животноводческих фермах домашний скот заражают туберкулезом преимущественно дикие барсуки. Специалисты из Агентства по охране здоровья животных и растений Министерства окружающей среды, продовольствия и сельского хозяйства Великобритании совместно с учеными из Кембриджского университета и Имперского колледжа Лондона обобщили данные с 1998 по 2005 годы и на основании математических моделей обнаружили закономерность: в районах с высокой долей бычьего туберкулеза домашний скот заражается от барсуков в 52% случаев, а в остальных районах барсуки заражают еще 38% из числа всех больных животных.

Это наносит серьезный урон не только животноводству и производству мясомолочной продукции, но и эпидемической обстановке в стране. Чтобы предотвратить дальнейшие заражения Правительство Великобритании разрабатывает меры по регулированию численности барсуков в сельскохозяйственных районах.

Подготовлено по материалам:

Comas I, Coscolla M, [...]Gagneux S. Out-of-Africa migration and Neolithic coexpansion of *Mycobacterium tuberculosis* with modern humans. – <https://www.nature.com/articles/ng.2744>

Bos KJ, Harkins KM, [...] Krause J. Pre-Columbian mycobacterial genomes reveal seals as a source of New World human tuberculosis. – <https://www.nature.com/articles/nature13591>

Karolemeas K, Donnelly CA, [...]McKinley TJ. The effect of badger culling on breakdown prolongation and recurrence of bovine tuberculosis in cattle herds in Great Britain. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3517421/>

## «Маски» внелегочного туберкулеза

До начала XX века основной причиной смертности людей по всему миру были инфекционные болезни. В России смертность от одного только туберкулеза достигала 400 человек на 100 тысяч населения. Создание фтизиатрической службы, разработка мер профилактики и изобретение антибиотиков существенно улучшили ситуацию, однако туберкулез остается весьма распространенным заболеванием.

Иногда туберкулез «маскируется» под другие болезни, например, клиническая картина туберкулеза мочеполовых органов (вторая по частоте форма внелегочного туберкулеза) «смазана» и схожа с другими заболеваниями мочеполовой системы. В таких случаях на помощь врачам приходит дифференциальная диагностика, которая призвана не допустить прогрессирования заболевания и помочь обнаружить туберкулез на ранних стадиях.

Дифференциальная диагностика – это способ диагностики, позволяющий точно установить диагноз, не смотря на схожие симптомы различных заболеваний, исключая те заболевания, которые не подошли по каким-то отдельным проявлениям или фактам.



Операция по кишечной реконструкции мочевого пузыря — профессор, д.м.н. Зубань О.Н., д.м.н. Чотчаев Р.М., врач-уролог Родченков А.В.

Туберкулез предстательной железы может маскироваться под простатит. Сначала появляются боли в области промежности и крестца, которые с течением времени усиливаются. Когда мужчина обращается с этими жалобами к врачу, он получает направление на общий анализ мочи. В результате анализа будет отмечено наличие лейкоцитов в моче (лейкоцитурия), которое характерно для многих вос-

палительных процессов, таких как уретрит, простатит, мочекаменная болезнь и др., но при этом не будет бактериурии (наличие бактерий в моче). Пациенту могут ошибочно выставить диагноз «хронический простатит», он не получит адекватной медицинской помощи, это приведет к ухудшению общего состояния и прогрессированию болезни, потребуются длительное лечение.

Генитальный туберкулез у женщин проявляется нарушением менструальной функции, бесплодием, субфебрилитетом (повышением температуры тела на протяжении длительного времени в пределах 37,1–38,0°C), интоксикацией, хроническими тазовыми болями. Причиной генитального туберкулеза у женщин является снижение иммунологической резистентности (ослабление устойчивости иммунитета к болезням) из-за хронических инфекций, стрессов, недостаточного питания и/или других факторов, приводящих к гематогенному (с током крови) или лимфогенному (с током лимфы) попаданию микобактерий из первичного очага в органы половой системы.

Для диагностики этих форм туберкулеза применяются: бактериологическое исследование выделений из половых путей; менструальной крови, аспирата из полости матки, соскобов эндометрия (у женщин); спермограмма (у мужчин); ПЦР-выявление микобактерии туберкулеза, иммунологические методы. В отдельных случаях возможно проведение диагностической операции.

Туберкулез почки протекает под «масками» мочекаменной болезни, хронического пиелонефрита, поликистоза и т. д. При этом имеется ряд неспецифических признаков (повышение температуры тела, боли в поясничной области, кровь в моче, потливость, общая слабость, быстрая утомляемость). При кавернозном туберкулезе почки симптомы зависят от места расположения каверны (полости) и ее величины, зачастую почечная колика будет единственным симптомом протекающего заболевания, но на этом фоне уже развивается гидронефроз (водянка почки), нарушается отток мочи. При далеко зашедших случаях гибнет большая часть нефронов (структурных единиц почек), что приводит к развитию нефросклероза (сморщенной почки).



Для диагностики туберкулеза почки необходим комплекс инструментальных и лабораторных исследований, который включает компьютерную томографию мочеполовой системы, экскреторную урографию, почечную артериографию, радиоизотопное исследование почек, посев мочи на микобактерии туберкулеза и иммунологические тесты. Все эти исследования проводятся во время пребывания пациента в стационаре.

Диагностика различных форм внелегочного туберкулеза требует комплексного подхода, времени и использования нескольких специфических диагностических методов под руководством опытных специалистов фтизиатрической службы.

Ранняя диагностика внелегочного туберкулеза позволяет избежать серьезных осложнений, а также назначить своевременное и эффективное лечение, приводящее к излечению больного от опасного недуга.



Лапароскопическая органосохраняющая операция на левой почке — хирурги: д.м.н. Чотчаев Р.М. и к.м.н. Прокопович М.А., операционная медицинская сестра Мазанова О.П.

## Психологические «маски» туберкулеза



*О.Б. Ломакина — заведующий отделением социальной, юридической и психологической помощи, клинический психолог, психолог-консультант*

Человек от природы одарен широким спектром эмоций. Именно благодаря эмоциям мы адаптируемся к окружающей нас среде и ощущаем мир, в котором живем. Радость и способность к сопереживанию, восторг и способность любить принято называть «положительными» эмоциями и чувствами. Их не стыдно испытывать и показывать окружающим людям, ими принято делиться. А есть и другие эмоции, когда-то названные «отрицательными», они могут быть различной окраски и интенсивности. Это страхи и фобии, которые могут очень разными: от легкой тревожности до ужаса и паники, и целая палитра агрессивных эмоций: от раздражительности до ярости и гнева. Воспитанный человек «должен» их скрывать, чтобы никто не подумал, что он «плохой».

Современный житель мегаполиса, постепенно отдаляясь от природы, утрачивает навыки узнавания и правильного, конструктивного переживания «негативных» эмоций. Виной тому и малоподвижный образ жизни, и перенаселенность большого города, стесненность, скученность проживания, гиперответственность за финансовое обеспечение семьи и страх потерять работу, пробки на дорогах, толпы в общественном транспорте, еда на ходу и в спешке. К этому добавляется переизбыток ненужной и недостаток необходимой информации, зависимость от общественного мнения и многое другое. Осмысление и переживание истинных эмоций и чувств требует свободного времени, которого у нашего занятого современника нет. Вот он и старается упростить, переименовать то, что ему мешает. Избыток тревожности маскируется под заботу, тотальный контроль подменяет любовь, героизм прикрывает страхи... Человек, обманывая себя долгие годы, копит «не-

гатив», оправдывая себя тем, что «все так живут, время такое», не представляя себе, что подобный багаж может нанести реальный ущерб его здоровью и привести к серьезному заболению, даже такому, как туберкулез.

За какими же «масками» скрывается туберкулез? На что надо обратить внимание в себе, своей личности, чтобы вовремя предотвратить беду?

Инфантилизм — неумение или неосознанное нежелание человека брать на себя ответственность за свою собственную жизнь и здоровье, отмечается у большого числа больных туберкулезом. Если человеку нездоровится, он не спешит на прием к врачу, не пытается изменить образ жизни, отрегулировать сон и питание, а принимает по своему усмотрению какую-нибудь таблетку и продолжает вести привычный образ жизни. За этой «маской» скрывается страх перемен, боязнь потери того, что уже есть, даже если это самое «то, что есть» его уже давно не устраивает.

Алекситимия — это неспособность, неумение, невозможность выразить словами свои чувства и эмоции. Пациенту легче подробно рассказать о том, что, где и как у него болит, но он затрудняется описать свои эмоции и чувства, которые при этом испытывает. В совместной работе с психологом больной туберкулезом постепенно учится рассказывать о своих ощущениях и душевных переживаниях. Учится не бояться и не стесняться своих чувств, направлять их в конструктивное русло.

Агрессия — самая неприятная «маска» туберкулеза. Раздражительность, злость, зависть, ревность, ярость, гнев. Агрессия бывает направлена на себя (аутоагрессия) и вовне. Она бывает словесная (вербальная) и физическая; прямая, направленная на конкретного человека, и косвенная, выражающаяся в сплетнях и интригах. Бывает дефицитарная агрессия, возникающая из-за недостатка у человека жизненных навыков и умений. Пациент при помощи психолога учится при-

знавать свою агрессию и трансформировать разрушительные агрессивные эмоции в творчество и созидание.

Чем больше «плохих» эмоций и чувств человек прячет и маскирует, чем дольше он пытается обманывать законы природы, тем тяжелее будет течение болезни, которая неизбежно заставит его задуматься об ответственности за свою собственную уникальную жизнь. Физическое и душевное здоровье неразделимы, им необходима профилактика в любом возрасте, от этого зависит адаптация человека к окружающему его миру.



За годы работы психологической службой Центра борьбы с туберкулезом был накоплен большой практический опыт, проработано множество сложных жизненных ситуаций, оказана необходимая поддержка больным туберкулезом. Деликатно и бережно, на условиях полной анонимности, проводится психологическая работа с пациентами, которые нуждаются в профессиональной помощи на пути выздоровления от туберкулеза. Психологические консультации часто бывают необходимы родным и близким пациентов. В дополнение к очным консультациям в 2020 году была открыта «Горячая линия психологической помощи», которая работает ежедневно с 9 утра до 8 вечера, без перерывов и выходных.

**Выздоровление — это большой совместный труд пациента, врача и психолога. Будьте здоровы и старайтесь вовремя обращаться за помощью к профессионалам!**

*Телефоны «горячей линии»  
бесплатной психологической  
помощи*

**+ 7 (999) 353-70-80**

**+ 7 (999) 353-79-80**

**Время работы с 9:00 до 20:00**

