

...человечество с давних времен знало о туберкулезе как о хроническом длительно и волнообразно протекающем заболевании. Длительное время оно считалось неизлечимым...

В середине XIX века врачи стали проверять заразность туберкулеза в экспериментах: кроликам вводили гной из язв (каверн) умерших людей. И подопытные животные заболевали туберкулезом. В 60-х годах прошлого века французский врач Ж. Вильмен наблюдал массовую заболеваемость и высокую смертность от туберкулеза среди моряков. Причину вспышки ученый видел в тесном общении здоровых с больными. Он удостоверился в этом, когда провел серию опытов на кроликах и морских свинках, которых заставлял дышать распыленной мофотой больных или вводил им кровь своих пациентов. У животных при этом, как правило, развивался туберкулез.

Конец XIX века ознаменовался такими важными событиями, способствовавшими прогрессу знаний о туберкулезе, как обнаружение возбудителя болезни и совершенствование методов диагностики благодаря открытию Рентгена.

В марте 1882 года немецкий бактериолог Роберт Кох доложил физиологическому обществу в Берлине о том, что поиски возбудителя туберкулеза увенчались успехом. В одну ночь телеграф разнес эту весть по всему миру. Ученый доказал, что причиной болезни являются туберкулезные бактерии и находятся они в пораженных органах.

Немецкий врач Э. Беринг в 1903 году утверждал, что инфицирование туберкулезом происходит в детстве посредством заразных продуктов питания, особенно молоком от больных животных. Позднее было доказано, что заражение через пищеварительный тракт происходит не более чем в 1—5% случаев, а в 95% люди инфицируются через легкие воздухом, зараженным брызгами бациллярной мокроты и слюны больных (капельный путь) или при вдыхании запыленного воздуха, в котором содержатся туберкулезные палочки (пылевой путь). Заражение возможно также при поцелуях, докуривании чужих сигарет, через книги, игрушки, через слизистую оболочку глаз (контактный путь). Инфицирование происходит и через поврежденную кожу.

На основе данных перкуссии и аускультации швейцарский фтизиатр К. Турбан (1898) по протяженности поражения легких различал три стадии Туберкулеза.

К первой он относил нетяжелые заболевания, которые занимали одну или обе верхушки.

Ко второй — туберкулезные процессы, которые захватывали долю легкого на одной стороне или по полдоли с обеих сторон.

К третьей стадии причислял все более обширные поражения легких и все случаи с кавернами.

**Первой общественной организацией по борьбе с туберкулезом было Пироговское общество врачей. В 1899 г. на VII Пироговском съезде врачей в Казани была создана постоянная комиссия по изучению туберкулеза. Комиссия разработала основы классификации туберкулеза, форму регистрационных карточек и подготовила материалы к специальному совещанию по борьбе с туберкулезом в России.**

В 1909 г. в Москве открыли первую бесплатную амбулаторную лечебницу для больных туберкулезом. Врачи в ней работали безвозмездно. Они лечили больных и вели большую профилактическую работу среди населения.

**В 1910 г. была создана Всероссийская лига по борьбе с туберкулезом. Эта общественная организация существовала в основном на благотворительной основе и занималась сбором средств для борьбы с туберкулезом, регистрацией больных, созданием туберкулезных санаториев, амбулаторий и больниц, санитарным просвещением населения.**

**Одним из главных начинаний Всероссийской Лиги по борьбе с туберкулезом и ее местных отделов была организация Дня белого цветка (Дня ромашки, Туберкулезного дня). Эти дни были использованы для противотуберкулезной агитации и пропаганды. Первый Туберкулезный день был организован в 1911 году по инициативе известного деятеля Лиги А.А. Владимирова и был приурочен к 20 апреля - дате начала деятельности Лиги.**

**Всероссийской Лигой по борьбе с туберкулезом с 1911 по 1913 год издавался журнал "Туберкулез", где кроме научных статей печатались материалы о Днях белой ромашки, подробные финансовые отчеты, фамилии всех, кто вносил пожертвования в пользу больных туберкулезом.**

**После Октябрьской революции 1917 г. организация борьбы с туберкулезом была переведена с благотворительной на государственную**

**основу. Интенсивными темпами было начато формирование специализированной противотуберкулезной службы с подготовкой кадров врачей-фтизиатров. В 1918 г. в Москве при областном отделе здравоохранения был открыт первый в стране научно-исследовательский институт туберкулеза.**

**В 1922 г. все противотуберкулезные учреждения были взяты на государственный бюджет. В городах и сельской местности создавались противотуберкулезные диспансеры, которые становились центрами диагностической, лечебной, социально-гигиенической и санитарно-просветительной работы, создавались специализированные больницы, санатории, детские площадки, лесные школы. Постепенно получила развитие новая медицинская специальность - фтизиатрия.**

**С целью выявления больных туберкулезом широко пропагандировалась необходимость обследования в диспансерах всех "кашляющих, худеющих, потеющих" людей. Массовыми противотуберкулезными мероприятиями в 1920-х годах были ежегодные "туберкулезные трехдневники", на которых население обучали элементарным правилам профилактики туберкулеза и собирали средства для нужд диспансеров и лесных школ. Особое внимание уделялось борьбе с туберкулезом среди сельского населения.**

**В тяжкие годы Великой Отечественной войны высокая заболеваемость туберкулезом привлекала серьезное внимание. В 1943 г. было принято правительственное постановление "О мероприятиях по борьбе с туберкулезом". В целом эпидемию туберкулеза в военные годы удалось сдержать в основном за счет организационных мероприятий. В послевоенные годы противотуберкулезная служба в стране продолжала совершенствоваться. Для выявления ранних и скрыто протекающих форм туберкулеза с середины 1940-х годов используют флюорографию. С 1961г. на основании Постановления Правительства СССР N 872 "О мерах по дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом" флюорографические обследования населения с целью выявления туберкулеза и другой патологии органов грудной полости стали проводить в массовом порядке.**

**К началу XXI в. в России функционировали два научно-исследовательских института фтизиатрического профиля в Москве, институты в Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Новосибирске, Якутске,**

**около 500 диспансеров. Число коек для больных туберкулезом превышало 80 тыс.**

**Первые лечебные санатории возникли в середине XIX века в Германии и Англии. Впервые в России прообраз лечебного санатория (кумысолечебницу) организовал в 1858 году в Самарской губернии доктор Н.В.Постников.** В конце 19 века туберкулезные санатории стали довольно распространенным явлением в Европе.

В 1863 году доктор наук Герман Бремер, открыл больницу для пациентов с лёгочными заболеваниями. Больница располагалась в хвойно-лесистой местности, на высоте полукилометра над уровня моря, в деревне Гёрберсдорф прусской провинции Силезия и преимущественно занималась лечением больных туберкулезом. Пациентов лечили обильным количеством свежего воздуха и хорошим питанием.

Основанный в 1885 году в Саранак Лейк, шата Нью-Йорк, коттеджный санаторий Адирондак, стал первым заведением для больных туберкулезом в Северной Америке.

Традиционно считалось, что при использовании климатических факторов наибольший лечебный эффект достигается в прибрежных и предгорных зонах за счет незначительных суточных и среднегодовых колебаний температуры, усиленной солнечной радиации и высокой ионизации воздуха. В связи с этим в начале века на Южном берегу Крыма и на Кавказе была открыта целая сеть лечебных санаториев для больных туберкулезом. Становление и **развитие санаторного лечения** больных туберкулезом в России самым непосредственным образом связано с историей возникновения специализированного Императорского санатория «Халила» (ныне «Сосновый Бор»). Громадные сосновые леса, обилие озер, особые качества почвы, изобилующей гранитом и песком, полнейшее отсутствие во многих местах почвенных испарений и туманов, чистота воздуха, содержащего в высоких и лесистых местах сравнительно большое количество озона – все это наводило на мысль подыскать здесь подходящее место и построить санатории для больных, страдающих хроническим туберкулезом легких.

Так как медики считали, что чистый, холодный горный воздух это лучшее лечение для легких, в Швейцарии было создано много санаториев. Один из первых санаториев Швейцарии был обустроен в коммуне Лейзан в 1894 году. В скором времени лечение горным климатом стали прописывать всем больным туберкулезом. В 1903 году доктор Огюст Роллье открыл в коммуне

клинику солнечной терапии, где принимали страдающих от костно-суставного туберкулеза.

В регионе Монтаны первые санатории стали появляться с конца XIX столетия, но поначалу это были частные клиники для зажиточных клиентов. Позднее, видя тревожное распространение болезни – в особенности среди народных масс, – частные организации, религиозные учреждения и кантональные власти стали принимать решительные меры. В 1903 году в кантоне Женева открылся санаторий Le Clairmont, а в период с 1914 по 1945 года таких учреждений было построено несколько десятков.

В Гульрипшском районе Абхазии, всего в 10 км от юго-восточной окраины Сухума, расположен очень интересный исторический объект - так называемый "**Дворец князя Смецкого**". Его начали строить в начале прошлого столетия. Смецкой был лично заинтересован, чтобы открыть лечебницу, потому что его жена болела туберкулезом. Он не понаслышке знал, как тяжело протекает заболевание, сколько времени и средств нужно, чтобы восстановить здоровье. Он хотел, чтобы в оздоровительном пансионате лечились разных сословий и поправляли свое здоровье.

Влияние морского климата на больных, страдающих чахоткой были известны с давних пор. Первые приморские детские лечебные учреждения стали появляться в Англии, Италии, Франции в конце 18, начале 19-го века. Как правило, такие заведения открывались на средства благотворительных обществ и частных пожертвований. В России медицинское сообщество было озабочено возрастанием туберкулезных заболеваний, в том числе среди детей. В 1903 году в Алушке (Крым) был открыт детский костно-туберкулезный санаторий профессором Бобровым. Официальное открытие круглогодичного детского костно-туберкулезного санатория на 25 коек состоялось 1 июня 1913 года. Санаторию дали имя Н.И. Пирогова.

В изолированных лесных районах Финляндии по всей стране был построен ряд противотуберкулезных санаториев. Наиболее известным из них был санаторий Паймио, построенный в 1930 году всемирно известным архитектором Алвара Аалто. В санатории были террасы на крыше, где больные лежали целый день на специальных разработанных лежанках – Креслах Паймио. Ключевым моментом терапии были воздушные ванны, для чего на каждом из семи этажей жилого корпуса имелись балконы для воздушных ванн.

Климатотерапия. Горный климат отличается главным образом своим тонизирующим действием на организм, подобно морскому климату, и характеризуется богатством ультрафиолетовых и достаточным количеством

инфракрасных лучей, большой ионизацией воздуха, низким атмосферным давлением, изменчивой температурой и умеренными ветрами. Равнинный климат, благодаря его более низкому насыщению ультрафиолетовыми лучами, высокому атмосферному давлению, незначительной ионизации, более мягкий и щадящий. Он не способствует тонизированию и закаливанию больных и применяется в основном для долечивания больных различными формами легочного туберкулеза.

Аэротерапия. В настоящее время применяются следующие виды аэротерапии больным туберкулезом легких в санаторных и санаторно-курортных условиях: воздушные ванны, дневное и круглосуточное пребывание на свежем воздухе (на веранде, в парке), дневной отдых и сон на берегу моря. Механизм действия воздушных ванн на больного туберкулезом весьма сложен — воздушные ионы, ультрафиолетовая радиация, движение воздуха влияют на функции периферической и центральной нервной системы, улучшают лимфо- и кровообращение в поверхностных слоях кожи. Через процессы теплообмена и терморегуляции осуществляется тренировка и закаливание организма.

В местах, где растет большое количество хвои, воздух насыщен фитонцидами. Эти биологически активные вещества известны своей способностью бороться с болезнетворными микробами. Поразителен и тот факт, что фитонциды способны бороться даже с туберкулезом, вот почему мы встречаем так много санаториев именно в сосновых борах.

- Питание больных при туберкулезе легких.
- \_Обеспечивает укрепление иммунной системы.
- Поставляет в организм элементы и вещества, способствующие борьбе организма с негативным влиянием бактерий, то есть заживлять очаги воспаления.
- Улучшает работу обмена веществ и способствовать улучшению работы желудочно-кишечного тракта.
- Восстанавливает и восполняет витаминно-минеральный баланс.

Игры положительно влияют на самочувствие туберкулезных больных. В летний период лечебную гимнастику заменяют часовой игрой в волейбол, теннис или городки, а зимой - часовой ходьбой на лыжах или катанием на коньках. Физкультура благотворно действует на нервный и мышечный тонус. Поэтому прогулки по местности, изобилующей подъемами и спусками, отличающимися живописными видами, являются обязательными. Длительность прогулок, высота подъемов устанавливаются в соответствии с возрастом, общей тренированностью, клиническими показателями. Прогулки не должны превышать 2-3 часов на расстояние 3 км в оба конца.

Продолжительность подобной гигиенической гимнастики для больного туберкулезом не более 10-12 минут

Социальная реабилитация лиц, больных или переболевших туберкулезом, проводится в целях их возвращения к нормальной жизни и включает в себя правовую помощь и профессиональную реинтеграцию. Социальная реабилитация больных и переболевших туберкулезом представлена тремя аспектами: • работа с индивидом; • работа с ближним и дальним контактным окружением больного; • работа с обществом.

**Вопросы лечения туберкулеза занимали большое место в исследованиях многих видных ученых-терапевтов России: С.П. Боткина. А.А. Остроумова, В.А. Манассеина. Терапевт Г.А. Захарьин, детально разработавший анамнестический метод диагностики многих заболеваний, обосновал лечение туберкулеза как сочетание гигиенических мероприятий, климатотерапии, диетотерапии и применения медикаментов**

**В 1822 году англичанин Джеймс Карсон попытался вылечить больного с помощью искусственного введения воздуха в плевральную полость (т. н. искусственный пневмоторакс). За распространением болезни вёл наблюдения французский врач Жан-Антуан Вильмен в 1865 году. Он заметил, что туберкулёз передаётся от одного матроса к другому во время морского плавания на корабле.**

**В России же А.Н. Рубель применил наложение искусственного пневмоторакса в 1910 году, а в 1912г. опубликовал первую в мире монографию об этом методе лечения туберкулеза. Положительный опыт применения пневмоторакса явился основанием для развития хирургических методов коллапсотерапии, которые получили широкое распространение. С середины 1930-х годов для лечения некоторых больных туберкулезом легких начали применять хирургическое удаление пораженного легкого или его части. Резекционная хирургия, начало которой было положено задолго до открытия химиотерапии туберкулеза, получила еще большее развитие в эру химиотерапии и сохраняет важное значение до настоящего времени.**

**В 1919 году французские учёные Кальметт и Герен создали вакцинный штамм микобактерии туберкулёза для проведения вакцинации. Широко применяться вакцина стала с середины 1930-х годов, а с середины 1950-х годов вакцинация новорождённых детей стала обязательной процедурой**

**Основателем целенаправленной (этиотропной) химиотерапии по праву считается П. Эрлих. В 1909 году он применил синтезированное средство (сальварсан) против возбудителя сифилиса**

Современная этиотропная терапия туберкулеза связана с открытием противотуберкулезных антибиотиков и химиопрепаратов. В 1943 г. в США наш бывший соотечественник микробиолог З.Ваксман совместно с А.Шацем получили первый высокоэффективный противотуберкулезный препарат стрептомицин, который оказывал бактериостатическое действие на микобактерии туберкулеза. За открытие стрептомицина Ваксману в 1952 г. была присуждена Нобелевская премия.

**С 1954 г. во фтизиатрии начали применять парааминосалициловую кислоту (ПАСК), тибон, препараты гидразида изоникотиновой кислоты (изониазид, фтивазид, салюзид, метагид). В начале 1970-х годов в практику лечения больных туберкулезом вошли и другие высокоэффективные препараты - рифампицин, этамбутол, пиразинамид. К концу прошлого века спектр лекарств еще более расширился. Для лечения туберкулеза стали применять высокоэффективные фторхинолоны.**

**Однако возникли важные проблемы, препятствующие лечению больных туберкулезом. Первая из них - развитие устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. Вторая проблема возникла в 1980-х годах и связана с распространением ВИЧ-инфекции, которая подавляет клеточный иммунитет и предрасполагает к заболеванию и тяжелому течению туберкулеза.**

**Совершенно новый подход к контролю туберкулёза был создан, во многом благодаря голландскому доктору Карелу Стибло, который в 1974 году предложил принципы т. н. стратегии ДОТС (DOTS). DOTs до сих пор является основополагающей схемой лечения, хотя современные учёные и медики отчасти модифицировали её, включив препараты нового поколения для более эффективной борьбы с заболеванием**



