

Б. В. Радионов, В. М. Мельник, И. А. Калабуха, О. В. Хмель,
Ю. Ф. Савенков, Е. Н. Маєтний
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИИ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

На сегодняшний день эпидемиологическая ситуация в Украине продолжает оставаться сложной, несмотря на то, что за последние годы наметилась тенденция к некоторой ее стабилизации. Так, если с 1996 г. по 2005 г. заболеваемость всеми клиническими формами туберкулеза увеличилась в 1,84 раза, или с 45,8 до 84,1 на 100 тыс. населения, то к 2007 г. она уменьшилась на 5,11 % и снизилась до 79,8 на тыс. населения. Аналогичная ситуация и со смертностью от туберкулеза: за 1996–2005 гг. этот показатель возрос в 1,57 раза (с 16,1 до 25,3 на 100 тыс. населения), а за 2005–2007 гг. смертность уменьшилась на 14,62 % или с 25,3 до 21,6 на 100 тыс. населения. Однако это не уменьшает проблемы туберкулеза в нашей стране. Так, рост ВИЧ/СПИД-ассоциированного и химиорезистентного туберкулеза, ежегодные поздние закупки противотуберкулезных препаратов и перерывы в лечении больных туберкулезом могут привести к всплеску заболеваемости и смертности от туберкулеза и к дальнейшему ухудшению ситуации по туберкулезу в Украине.

Среди всех противотуберкулезных мероприятий наиболее эффективным считается комплексное лечение больных. Ведь лечение не только избавляет больных от туберкулеза, но и прерывает эпидемическую цепь распространения инфекции. Различают организационные и клинические (медицинские) аспекты терапии больных туберкулезом, в том числе фтизиохирургического лечения. Организационные аспекты фтизиохирургического лечения посвящены созданию и поддержанию слаженности функционирования системы фтизиохирургической помощи, создание приемлемых и высокоэффективных организационных условий для рациональной работы фтизиохирургов, функционирования фтизиохирургических отделений и устранения всяческих преград для больных, получающих высококвалифицированную эффективную фтизиохирургическую помощь. Что касается клинических аспектов фтизиохирургического лечения больных, то здесь рассматриваются роль хирургического лечения в комплексном лечении, показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам, выбор хирургического вмешательства и обезболивания, пред- и послеоперационное ведение больных.

По официальным статистическим данным, за последние годы заживление каверн удерживается на уровне 87,7–90,1 %. Однако, проводя когортный анализ, эффективность лечения по этому показателю снижается в среднем до 65 % среди больных впервые диагностированным туберкулезом, а среди больных хроническим туберкулезом эффективность лечения не превышает 30–40 % в разных административных территориях Украины.

Таким образом, если следовать более точным данным когортного анализа, то, с учетом противопоказаний к фтизиохирургическим вмешательствам, по крайней

мере, 20–25 % больных с впервые диагностированным туберкулезом и почти 40 % больных хроническим туберкулезом могут быть излеченными благодаря хирургическим вмешательствам. Следовательно, потребность в оперативных вмешательствах достаточно высокая, особенно, если учесть впервые выявленных больных после основного курса химиотерапии, когда остаются единичные или конгломератные казеозные очаги, каверны, пневмофиброз, ателектазы, туберкулез верхнегрудных лимфатических узлов, туберкулемы и т.п.

Реально при хорошо поставленной организации противотуберкулезной помощи больным хирургическое лечение представляется рациональным у 10–12 % больных.

К сожалению, показатель хирургической активности в отношении контингентов больных с активными формами туберкулеза в стране стабильно низкий. С деструктивными формами туберкулеза оперируется всего 5–6 % больных. В лечении легочного туберкулеза хирургические методы пока используются недостаточно, что не отвечает современным потребностям клинической практики.

В Украине ежегодно выполняется до 1800 операций по поводу легочного туберкулеза. Наибольшее количество операций (209) в 2006 году выполнено в Днепропетровском областном противотуберкулезном диспансере, при этом с деструктивными формами у 6 % оперированных. Во Львовской, Николаевской, Донецкой и Волынской областях эти показатели несколько ниже, но входят в первую пятерку.

Причины недостаточной роли фтизиохирургического лечения больных. К сожалению, сегодня среди фтизиатров укоренилось пренебрежительное отношение к хирургическому лечению туберкулеза. Они настолько привыкают к больным, что игнорируют консультации фтизиохирурга и не настраивают больных на хирургическое лечение, даже порой бессмысленно отговаривают больных от операции. Такими пороками страдают до 97 % фтизиатров. Это обусловлено, прежде всего, низкой грамотностью фтизиатров в отношении хирургического лечения больных туберкулезом. Ведь, по нашим данным, около 70 % фтизиатров практически не читают профессиональной литературы по фтизиатрии и фтизиохирургии, не ходят в библиотеки и не занимаются самообразованием. Этому способствует также то, что более 65 % фтизиатров Украины — пенсионного и преклонного возраста и фактически оторваны от современных взглядов на хирургию легочного туберкулеза.

Не следует забывать, что между фтизиатрами и фтизиохирургами даже на подсознательном уровне существует психологическая несовместимость, обусловленная необузданной гордостью за свою профессию. Каждый из этих специалистов болезненно возвышает свое собственное "Я", ошибочно игнорирует помощь иных смежных специалистов. К такому выводу мы пришли, изучая психологические и личностные особенности 45 врачей (30 (66,67 %) фтизиатров и 15 (33,33 %) фтизиохирургов) путем анонимного анкетирования.

Таким образом, упомянутые низкие профессиональные качества, отсутствие самообучения, возрастные и девиантные психологические характеристики способствуют ухудшению содружества и сотрудничества не только между фтизиатрами и фтизиохирургами, но и между врачом и больным (отсутствием так называемого "комплайенса").

Не следует забывать, что за последние десятилетия в отрицательную сторону изменилось отношение организаторов здравоохранения и главных врачей противотуберкулезных диспансеров к фтизиохирургии. Практически во всех административных территориях Украины фтизиохирургические отделения финансируются по остаточному принципу. Ремонты этих отделений не проводятся. Новое поколение врачей не имеет мотивации к фтизиохирургии через непрестижность профессии, возможность заражения туберкулезом, низкую заработную плату, отсутствие всяческих льгот при большой ответственности и тяжелом хирургическом труде. Существующее лечебно-диагностическое оборудование и хирургический инструментарий на 70 % или морально устарели, или требуют ремонта. Лекарственное обеспечение легочно-хирургических отделений крайне неудовлетворительно, кроме наличия противотуберкулезных препаратов с 2000 года, с которого начались централизованные тендерные закупки. Таким образом, и ныне большинству фтизиохирургических больных во многих административных территориях приходится закупать необходимые лекарства и перевязочный материал.

Вследствие упомянутого во фтизиохирургических отделениях большинства административных территорий проводятся единичные большие, резекционные, пластические и реконструктивные операции. Им на замену используются пункции и дренирования плевральных полостей. Фтизиохирурги теряют квалификацию. К сожалению, сегодня в Украине в учреждениях последипломного образования нет ни кафедр фтизиохирургии, ни кафедр внелегочного туберкулеза. Подготовка и повышение квалификации легочных и внелегочных фтизиохирургов практически сведена на нет.

Ошибки и неточности наблюдаются в вопросах рационального применения пред- и послеоперационного лечения больных, выбора хирургического вмешательства и обезболивания, недостаточного применения методов хирургической диагностики легочно-плевральной патологии.

Наибольшее число ошибок (до 33,5 %) наблюдается при дифференциальной диагностике туберкулеза и рака легкого, недостаточно используются инструментальные (эндоскопические) и цитологические методы обследования.

Через все упомянутые и иные отрицательные факторы наиболее страдают больные туберкулезом, не получая высококвалифицированной хирургической помощи. Это осложняет также и условия труда фтизиохирургов.

Проблемы организации фтизиохирургической помощи больным. Чрезвычайно актуальным остается вопрос организации фтизиохирургической помощи больным, в том числе и тем, которые выделяют микобактерии туберкулеза, устойчивые к основным и резервным противотуберкулезным препаратам. У этих больных специфический процесс характеризуется выраженной клинической симптоматикой, наличием активно размножающихся популяций микобактерии туберкулеза и распадом в легочной ткани. Это в основном социально дезадаптированные

больные, которых можно отнести к "бесперспективным". Среди них самый большой резервуар туберкулезной инфекции и процент летальности.

Силами фтизиатрической службы проблему социально дезадаптированных больных решить сложно, поскольку в стационары они поступают только в крайне тяжелом состоянии или при появлении осложнений — кровохарканье, легочные кровотечения, пиопневмоторакс, эмпиема плевры, амилоидоз внутренних органов. При улучшении состояния в период предоперационной подготовки эти больные или возвращаются в места своего обитания, или выписываются из стационара за многочисленные нарушения больничного режима.

Несмотря на то, что часть 2 и 3 статьи 12 Закона Украины "Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення боротьби із захворюванням на туберкульоз" от 15 марта 2006 года № 3537-У гласит: "Хворі на заразні форми туберкульозу, в тому числі соціально дезадаптовані, із супутніми захворюваннями на хронічний алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію, підлягають обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів та зобов'язані пройти відповідне лікування. У разі ухилення від обов'язкової госпіталізації зазначені особи з метою запобігання поширенню туберкульозу за рішенням суду підлягають розшуку, приводу та обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів, визначених місцевими органами виконавчої влади.

Обов'язкова госпіталізація осіб, щодо яких судом ухвалено відповідне рішення, здійснюється на строк до трьох місяців. Продовження лікування цих осіб здійснюється за рішенням суду на визначений ним строк на підставі висновку лікарської комісії протитуберкульозного закладу".

Однако механизм привлечения таких больных, эпидемиологически весьма опасных для окружающих, к принудительному лечению в нашей стране отсутствует, поскольку центральные органы исполнительной власти не могут разработать и утвердить соответствующие подзаконные акты, касающиеся обязательного лечения названной категории больных. А время уже давно назрело. Ведь наличие социально дезадаптированных контингентов в населенных пунктах способствует распространению туберкулеза среди населения.

Следовательно, исходя из нынешней законодательной базы, больные-бактериовыделители, упорно уклоняющиеся от лечения, должны к нему привлекаться через суд. Мы считаем, что такой подход безусловно позволит снизить все эпидемические показатели по туберкулезу: по нашим прогностическим расчетам, у данного контингента больных заболеваемость может снизиться на 5 % ежегодно, распространенность — на 7 %, смертность — на 10 %.

Бесспорно, еще более жесткие меры должны, вероятно, применяться к злостным "уклонистам" от лечебно-оздоровительных мероприятий. Это в основном асоциальные элементы, алкоголики, наркоманы с активными процессами. Это, пожалуй, самый сложный и неуправляемый контингент больных. По всей вероятности, для них необходим жесткий или даже принудительный (в судебном порядке) режим лечения.

Вероятно, уже созрел вопрос о создании отделений для принудительного лечения закрытого типа для больных, у которых туберкулез еще курабелен.

Для некурабельных больных необходимо хосписы для пожизненного содержания и симптоматического лечения.

Не менее важной проблемой фтизиатрической службы и причиной неудовлетворительных исходов антимикобактериального и хирургического лечения является преждевременное прекращение лечения. Для этой категории больных необходимо принимать меры по розыску и привлечению к лечению в пунктах контролируемого амбулаторного лечения.

Необходима материальная, юридическая и социальная поддержка этих больных. Она начала практиковаться лишь в единичных административных территориях Украины. Для более осознанного отношения к лечению, повышению уровня знаний больных о туберкулезе и принципах его лечения при диспансерах должны организовываться "школы больных туберкулезом", которые руководителями противотуберкулезных учреждений необоснованно игнорируются.

Практически в зародышевом состоянии используются стационар-замещающие технологии, т.е. "дневные стационары" и "стационары на дому". Они, как известно, могут обеспечить достаточный уровень качества лечения больных без бактериовыделения или после прекращения бактериовыделения. Этот метод также важен для нетранспортабельных больных и больных с высоким риском отрыва от лечения по социальному статусу.

Одним из недостатков в организации фтизиохирургического лечения является невключение фтизиохирурга и рентгенолога в состав центральной врачебно-консультационной комиссии (ЦВКК). Большинство больных, особенно с деструктивными процессами и бактериовыделителями, не консультируются хирургом с участием рентгенолога при регистрации и постановке на учет, на 3, 6 и 8 месячные основного курса химиотерапии. Не налажены постоянные консультации хирургом больных, находящихся в терапевтических и педиатрических стационарах легочного профиля. Нет контроля хирургов за больными с хроническими формами туберкулеза с целью своевременного отбора их для хирургического вмешательства.

Практически отсутствует пропаганда роли и значения хирургических методов лечения при заболеваниях легких среди врачей и населения.

Отсутствует связь легочных дифференциально-диагностических отделений с хирургическими отделениями и бронхологическими кабинетами.

Недостаточная преемственность между противотуберкулезными и онкологическими диспансерами в проведении дифференциальной диагностики между туберкулезом и раком, проведении дополнительной химио- и лучевой терапии в специализированных онкологических учреждениях в случае хирургического лечения онкопатологии в противотуберкулезных учреждениях.

Вопросы клинической фтизиохирургии. Лечение туберкулеза легких — проблема комплексная, включающая этап консервативной антимикобактериальной терапии, хирургического лечения, санаторно-курортного этапа и диспансерного наблюдения.

В свое время выдающийся фтизиохирург академик Л. К. Богущ создал причинно-следственную теорию, согласно которой туберкулез — общее заболевание, приводящее к образованию каверны в легком, становящейся основным источником инфекции и прогрессирования процесса. Это представление обосновывает необходимость устранения каверны хирургическим путем для излечения туберкулеза, пресечения возможности прогрессирования и рецидива болезни даже при резистентности

возбудителя. Упомянутое подтверждается и более ранними высказываниями основателя фтизиохирургии в Украине Н. Г. Стойко в 1937 году.

Наш многолетний опыт позволяет без преувеличения сказать, что нет почти ни одной формы туберкулеза, при которой не могли бы с пользой применить те или иные хирургические вмешательства.

Фтизиохирургами прошлого столетия были заложены фундаментальные основы хирургии туберкулеза легких, и одним из главных принципов является своевременность хирургической операции.

Противотуберкулезная антимикобактериальная терапия была и остается основным методом лечения туберкулеза. Она должна в обязательном порядке проводиться до и после хирургического вмешательства в качестве предоперационной подготовки и послеоперационного лечения больных. Но при этом только своевременное применение хирургического этапа у показанных больных при сохранении функциональных и компенсаторных резервов организма больного приводят к ожидаемому клиническому эффекту.

В хирургической активности торакальных отделений Украины важное место занимают "малые" оперативные вмешательства не резекционного характера — диагностического. Это видеоторакоскопии при хронических выпотных плевритах неясной этиологии, торакотомии (лечебные и диагностические), биопсии, полидренирование.

В лечении легочного туберкулеза важное значение имеют реконструктивно-восстановительные операции по поводу эмпием плевры и бронхоплевральных свищей, напряженного пневмоторакса и гидроторакса, перикардита мета- и посттуберкулезных поражений бронхов и внутригрудных лимфоузлов.

То есть широкие возможности современной фтизиохирургии позволяют эффективно лечить больных с множественными кавернами, туберкулемами, казеозом внутригрудных лимфоузлов и различными осложнениями туберкулеза легких, которые не удается или невозможно ликвидировать с помощью избирательной антимикобактериальной терапии.

Значительное уменьшение риска торакальных операций позволяет ставить вопрос об относительно раннем хирургическом лечении туберкулеза легких. При этом можно обоснованно решать вопрос о целесообразности хирургического лечения в более ранние сроки и успешно выполнять операции.

Актуальным остается вопрос о пересмотре сроков стандартной химиотерапии больных с впервые выявленными ограниченными формами туберкулеза легких в сторону более раннего применения хирургического метода, который может рассматриваться как основной метод лечения тех форм туберкулеза легких, которые не поддаются лекарственной терапии из-за расширенной лекарственной устойчивости, мультирезистентном туберкулезе или непереносимости множества антимикобактериальных препаратов.

Своевременные операции позволяют добиться благоприятных результатов даже при распространенных, остро прогрессирующих и осложненных формах легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

В связи с недостаточной эффективностью антимикобактериальной терапии, особенно при полирезистентных, распространенных и осложненных формах туберку-

леза легких повышается роль коллапсохирургических вмешательств. К сожалению, операции подобного характера выполняются в единичных фтизиохирургических стационарах и составляют 3–4 % от всех вмешательств у больных туберкулезом, хотя потребность в них намного выше.

Еще более редки операции по поводу послеоперационных бронхиальных свищей, в частности трансстернальная, трансперикардальная окклюзия культи главного бронха или трансплевральная ее реампутация. Пожалуй, этой операцией в совершенстве владеют в Украине единичные хирурги.

Экстра- и интраплевральные торакопластики имеют как лечебный так корригирующий эффект при расширенных резекциях легкого, эмпиеме плевры, различных хронических плевритах, при этапном хирургическом лечении распространенных форм туберкулеза. Они необоснованно забыты, и современное поколение хирургов не имеет опыта их использования.

Особое место среди всех "малых" оперативных вмешательств в торакальных стационарах занимают диагностические торакоскопии при хронических выпотных плевритах неясной этиологии. Одобрительно, что количество таких вмешательств с каждым годом увеличивается. Выполнение диагностической торакокопии, особенно с видеосопровождением, позволяет выполнить диагностическое исследование с максимальным результатом. Основной патологией, диагностируемой при торакокопии с биопсией и цитологической верификацией, является туберкулез — в 40–50 % случаев, онкологическая патология — в 20–30 %, и плевриты вследствие неспецифических заболеваний легких — около 10 %,

В последние годы отмечается увеличение числа больных с распространенными тяжелыми и осложненными формами деструктивного туберкулеза легких. Эффективность их длительной полихимиотерапии составляет менее 50 %. Хирургическое лечение таких больных на фоне рациональной антимикобактериальной терапии может повысить эффективность лечения на 20–25 %.

При осложненном течении легочного туберкулезного процесса (кровохарканье, кровотечение, пневмоторакс, эмпиема, острое прогрессирование, нарастающая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза) больных безотлагательно надо направлять в специализированные фтизиохирургические стационары и оперировать по жизненным показаниям. Но, к сожалению, почти у 1/3 таких больных фтизиатры или хирурги общей практики пытаются оказать помощь своими силами, чем и наносят вред больным. В то же время клиническая эффективность хирургического лечения таких больных в специализированном фтизиохирургическом стационаре достаточно высокая, если учесть, что все они практически обречены без экстренной хирургической помощи.

Подобная тактика экстренной фтизиохирургической помощи осуществляется у больных с "перфоративным" туберкулезом легких. У этой категории больных невозможно обойтись без полидренирования и последующих операций, включая и этапное хирургическое лечение. Эта патология может быть эффективно лечена только в условиях специализированного фтизиохирургического стационара, так как больных с осложненными формами туберкулеза легких в общеторакальных стационарах госпитализировать невозможно даже по жизненным показаниям.

Одной из важнейших проблем современности являются лекарственноустойчивые формы туберкулеза легких. Установлено, что первичная резистентность микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам варьирует от 10 до 40 %, вторичная — до 70 %, а у больных хроническим туберкулезом — до 80 % и более. Хирургическое лечение таких больных позволяет повысить положительный суммарный эффект лечения на 30–40 %, при условии своевременной передачи больных на оперативный этап.

Исходя из изложенного и личного опыта авторов, можно сделать следующие *выводы-рекомендации по организации и осуществлению хирургического лечения больных туберкулезом легких.*

1. Только совместная, сочетанная, слаженная, грамотная и ответственная работа фтизиатров и фтизиохирургов может существенно повысить эффективность лечения больных и положительно повлиять на эпидемические показатели по туберкулезу путем прерывания эпидемической цепи за счет прекращения бактериовыделения и излечения больных.

2. В состав центральной врачебно-консультационной комиссии (ЦВКК) обязательно следует включить фтизиохирурга и рентгенолога.

3. При впервые диагностированном туберкулезе легких все больные, особенно с деструктивными процессами и бактериовыделителями, должны консультироваться хирургом с участием рентгенолога при их регистрации и постановке на учет, а затем на 3, 6 и 8 месяце основного курса химиотерапии. Намеченный общий план лечения, включающий и вероятный вариант хирургического вмешательства, должен строго контролироваться и выполняться.

4. В целях повышения хирургической активности и своевременного выявления больных, нуждающихся в хирургическом лечении, необходимо наладить и проводить постоянную консультацию хирургом больных, находящихся в терапевтических и педиатрических стационарах легочного профиля области, района или города.

5. Необходим постоянный контроль за больными с хроническими формами туберкулеза с целью определения показаний к хирургическому лечению. Одновременно выборочно следует контролировать лечение впервые выявленных больных туберкулезом с целью своевременного отбора для хирургического вмешательства.

6. Следует шире пропагандировать среди врачей, а также населения роль и значение хирургических методов лечения при заболеваниях легких.

7. Работа легочных дифференциально-диагностических отделений должна быть тесно связана с работой хирургического отделения и бронхологическим кабинетом. Консультация больных хирургом в этом отделении должна быть систематической и направленной на своевременное применение хирургических методов диагностики и лечения.

8. Для проведения дифференциальной диагностики, повышения эффективности ранней диагностики и оперативности больных при раке легкого необходимо шире использовать инструментальные методы обследования, включая цитологическое исследование полученного материала, и оперировать в торакальных отделениях всех больных с установленным диагнозом или подозрением на рак в соответствии с существующими показаниями. При необходимости дополнительной химиотерапии, лу-

чевой терапии первый ее курс проводят в специализированных онкологических учреждениях.

9. Хирургическое вмешательство должно применяться своевременно, как плановый этап комплексного лечения больных. Если для больных 1 категории в течение 6 месяцев, 2-й категории — 8 месяцев и 3-й категории — 4 месяцев не наступает клинического эффекта, отсутствует положительная рентгенологическая динамика, остается каверна, формируется туберкулема, конгломерат казеозных очагов, большие остаточные полости, химиорезистентность, то прибегают к хирургическим вмешательствам. У этих больных антибактериальная терапия рассматривается как мероприятия по стабилизации туберкулезного процесса, которая в большинстве случаев достигается за 3–4 месяца интенсивной полихимиотерапии.

У больных с полихимиорезистентным туберкулезом срок основного курса антибактериальной терапии целесообразно удлинить до 8–10 месяцев.

10. Хирургическое вмешательство у больных туберкулезом целесообразно применять при прекращении бактериовыделения и клинической стабилизации процесса. Поэтому предоперационную подготовку целесообразно выполнять в условиях фтизиохирургического отделения при участии фтизиохирурга и анестезиолога с использованием 4–5-компонентного режима антимикробактериальной химиотерапии, в том числе с применением не менее 3 противотуберкулезных препаратов в растворимой форме внутривенно. В качестве предоперационной подготовки эффективны парастеральная видеоторакоскопическая френикотрипсия и ретростеральная лимфотропная химиотерапия.

11. Необходимо чаще применять методы хирургической диагностики: видеоторакоскопию с биопсией и цитологическим исследованием биоптатов — при спонтанном пневмотораксе, хронических плевральных выпотах неясной этиологии; биопсию легкого — при диссеминациях неясного генеза.

12. С целью повышения эффективности хирургического лечения больных, кроме резекционных вмешательств на легких, следует шире использовать и другие виды операций: этапное лечение, коллапсохирургические операции. Они особенно показаны при распространенном двухстороннем туберкулезном процессе в легких или осложненном течении заболевания.

13. При ограниченных туберкулезных поражениях (туберкулема, крупные конгломератные казеозные очаги, остаточная санированная каверна), а также при доброкачественных опухолях легких, необходимо шире применять органосохраняющие операции с использованием прецизионной техники.

14. Кроме рутинных резекционных вмешательств, используют интраоперационную плевропластику или торакопластику для корректировки объема оперированного гемиторакса. В этих целях при фиброзно-кавернозном туберкуле целесообразны локальный экстраплевральный пневмолиз, применение современных биопломбирующих материалов.

15. В последнее время все шире следует выполнять плановые хирургические вмешательства у больных с ВИЧ/СПИД-ассоциированным туберкулезом.

16. Использование видеоторакопластики при лечении больных с перфоративными формами туберкулеза легких позволяет повысить эффективность на 30–40 % в сравнении с традиционным "слепым" дренированием плевральной полости.

Изложенная тактика комплексного применения фтизиохирургических вмешательств позволяет достичь клинической эффективности у 98,2 % больных с впервые диагностированным и у 88,5 % больных с полихимиорезистентным туберкулезом.

17. Одним из резервов повышения эффективности лечения больных туберкулезом являются хирургические вмешательства, позволяющие достичь клинко-рентгенологического и бактериологического излечения. Краеугольным камнем успешного применения хирургических вмешательств является четкая организация работы всей противотуберкулезной службы.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИИ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Б. В. Радионов, В. М. Мельник, И. А. Калабуха, О. В. Хмель, Ю. Ф. Савенков, Е. Н. Маєтний

Резюме

В статье описана эпидемическая ситуация и состояние фтизиохирургической помощи в Украине, проанализированы причины недостаточной роли фтизиохирургического лечения больных и незначительной хирургической активности, освещены проблемы организации фтизиохирургической помощи больным и современные тенденции в хирургии легочного туберкулеза, намечены пути улучшения фтизиохирургической помощи в Украине.

MODERN TENDENCIES IN SURGERY OF PULMONARY TUBERCULOSIS

B. V. Radionov, V. M. Melnyk, I. A. Kalabukha, O. V. Khmel, Yu. F. Savenkov, E. N. Maletnyi

Summary

The epidemic situation and the state of phthisiology surgery service in Ukraine have been described in the article. The reasons of low surgical activity in treatment of pulmonary tuberculosis, the problems in organization of the branch, as well as modern tendencies in surgery of pulmonary tuberculosis were analyzed. The ways toward improvement of phthisiology surgery service were outlined.