

© Радіонов Б.В., Калабуха І.А., Волошин Я.М., Хмель О.В., Ладний О.Я., Секела М.В., Крижановський Д. Г., Савенков Ю.Ф., Турченко Л.В., Клименко І.В. (16 січня 2008). Сучасні питання хірургічного лікування хворих з вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень (огляд літератури) [FTP архів]. URL <ftp://ftp1.ifp.kiev.ua/original/2008/kalabuha2008.pdf>

Радіонов Б.В.⁽¹⁾, Калабуха І.А.⁽¹⁾, Волошин Я.М.⁽¹⁾, Хмель О.В.⁽¹⁾, Ладний О.Я.⁽²⁾, Секела М.В.⁽²⁾, Крижановський Д. Г.⁽³⁾, Савенков Ю.Ф.⁽³⁾, Турченко Л.В.⁽⁴⁾, Клименко І.В.⁽⁴⁾

Сучасні питання хірургічного лікування хворих з вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень (огляд літератури)

⁽¹⁾ – Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. акад. Ф.Г. Яновського

⁽²⁾ – асоціація торакальних хірургів Львівщини

⁽³⁾ – Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія»

⁽⁴⁾ – Київський центральний міський протитуберкульозний диспансер

Дев'яності роки ХХ ст. знову привернули увагу всього світу до проблеми туберкульозу. Це пов'язано з ростом захворюваності, появою важких її форм зі смертельними наслідками в країнах Західної Європи, США в Україні та Росії, тоді як ще недавно туберкульоз розглядали як хворобу, що зникає [50, 92, 109, 112, 117].

Всесвітня організація охорони здоров'я в 1993 році проголосила туберкульоз глобальною небезпекою. Відповідно до критерії ВООЗ та динаміки захворюваності туберкульозом Україна з 1995 року увійшла в число країн, охоплених епідемією туберкульозу [50, 92]. Основні особливості епідемії туберкульозу в Україні, що офіційно оголошена в 1995 році [50, 92, 115]:

- зростання частоти випадків туберкульозу протягом останньої декади століття більше ніж у 1,5 рази;
- поширення епідемії туберкульозу в пенітенціарній системі;
- складність контролю за туберкульозом;
- туберкульоз є провідним чинником смерті серед людей працездатного віку;
- первинна й набута стійкість до лікарських засобів.

Серйозна ознака сьогодення – зміни самого збудника туберкульозу. Постійно зростає лікарська стійкість *M. tuberculosis* до основних протитуберкульозних препаратів. Росту захворюваності туберкульозом сприяло загальне погіршення економічної ситуації, зниження рівня життя населення ріст міграції із країн, несприятливих по туберкульозу, наслідки Чорнобильської аварії. У наш час, значну частину людей, які захворіли, складають асоціальні особи: алкоголіки, наркомани, безробітні особи, звільнені з пенітенціарних закладів [1, 10, 11, 21, 34].

Уперше виявлений туберкульоз легень залишається поширеним захворюванням і підвищення ефективності лікування хворих туберкульозом залишається одною з важливих проблем охорони здоров'я [6, 8, 20, 21, 22, 23, 38, 54, 61].

У даний час у 34-59 % серед усіх уперше виявлених хворих процес у легенях діагностується з наявністю деструктивних змін [1, 5, 11, 16, 18, 19, 20, 38, 63]. Таке несвоєчасне виявлення туберкульозу в основному пояснюють відсутністю фтизіатричної настороги в лікарів загальної медичної мережі, зниженням уваги до туберкульозу рентгенологічної служби [4, 73, 81].

Неправильна клініко-рентгенологічна інтерпретація туберкульозного процесу при первинному його виявленні приводить до помилкової [5, 72, 73, 77], або, у кращому випадку, запізнилої діагностики захворювань легень [37, 81]. Досить часто, спочатку лікування проводиться із приводу пневмоній, бронхітів, бронхоектазів і інших захворювань легень, а пізніше в 23,4 % хворих були визначені різні форми легеневого туберкульозу [73, 90, 96]. Несвоєчасність діагностики, останнім часом, пов'язують із патоморфозом туберкульозу [37, 40, 82, 87, 88] малосимптомністю клініко- рентгенологічної картини і подібністю її із другими запальними процесами, пухлинами, округлими утвореннями легень [13, 14, 15, 16, 17, 19, 54]; нестабільним бактеріовиділенням (47-49 %) [21, 22, 90] появою Ё-форм мікобактерій [64,102]. В основному, деструктивні форми (55,0-64,8 %) захворювання продовжують виявлятися при зверненні за медичною допомогою [11, 14, 16, 43, 46, 50, 61, 73, 75, 76, 86, 90,101].

В останні 10-15 років змінилася й структура вперше виявленого туберкульозу легень [21, 22, 48, 73, 77, 90]. Значно зросла доля гостро прогресуючих форм: інфільтративного туберкульозу (45 – 79 %), казеозної пневмонії (1-4 %) зменшилася – дисемінованого (5-23 %) і фіброзно-кавернозного (0,7-11,0 %). В цілому, при вперше діагностованому туберкульозі в легенях у хворих переважають поширені процеси (68,2 %) з деструктивними змінами [33, 37, 40, 46, 77, 84, 88, 89, 110, 113].

Незважаючи на збільшення арсеналу хіміопрепаратів, в тому числі препаратів резерву [65] і широке застосування патогенетичних засобів [8, 14, 23, 33] ефективність лікування вперше виявлених хворих деструктивним туберкульозом легень за останні 10-15 років мало змінилася [23, 25, 43, 93, 97, 107, 109]. По узагальнених даних 40 вітчизняних і 10 іноземних авторів, після 6-12 місяців хіміотерапії загоєння порожнини розпаду настає в 70-85 % хворих, а в решти лікування виявляється неефективним [2, 6, 11, 16, 20, 21, 41, 43, 45, 46].

На сучасному етапі цій категорії хворих приділяється особлива увага [100, 103, 107], оскільки вони являються основним джерелом епідеміологічної небезпеки й поповнюють контингент із хронічними деструктивними формами [6, 8, 11, 22]. В останніх

роботах відмічено високий процент (15 %) формування фіброзно-кавернозного туберкульозу зі свіжо виявленого деструктивного процесу в легенях [49, 82, 85, 87] .

Основну причину неефективної хіміотерапії пов'язують із недисциплінованістю хворих [73, 81]. Існує значна група пацієнтів, які невмотивовано відмовляються від лікування: особи, що зловживають алкоголем, неодноразово знаходилися в місцях позбавлення волі, токсикомани, без постійного місця проживання й т.п. Несистематичний переривистий прийом антибактеріальних препаратів приводить до прогресування туберкульозу й формування хронічних поширених деструктивних форм [41, 67, 97, 99]. Половина серед таких хворих, почавши лікуватися, припиняють лікування передчасно [14, 16, 20, 21, 22, 25].

У той же час, неефективність хіміотерапії пояснюють і необґрунтовано тривалою, або короткочасною терапією [36, 43, 67], неправильним поєднанням антибактеріальних препаратів, і заниженими їх дозами [50, 67, 92, 97]; рідким або навпроти – необґрунтованим включенням у комбіноване лікування рифампіцину [50, 92].

Багато авторів незадовільні результати хіміотерапії пояснюють несвоєчасним або пізнім виявленням туберкульозу легень, несприятливим характером і поширеністю процесу [1, 5, 7, 39, 50, 92, 97]. Деструктивний туберкульоз в 30-42 % випадках був поширеним (більше долі) і нерідко запущеним [1, 5, 11, 16, 25].

Серед причин, які знижують ефективність лікування вперше виявленого деструктивного туберкульозу легень, супутні захворювання займають одне з перших місць [1, 17, 50, 51, 62, 92, 97]. Їх питома вага за останні роки зросла до 44,7 % [50, 67, 92]. Серед них переважають хворі на хронічний алкоголізм (14,1-18,6 %) [23, 35, 39, 42, 50], цукровий діабет [17, 51, 62], виразкову хворобу шлунку й дванадцятипалої кишки [50, 92], хвороби печінки [97, 103].

Важливе значення мають порушення імунологічного стану організму (переважно ВІЛ/СНІД) [1, 32, 42, 91, 92, 94] і негативний вплив соціальних чинників [50, 67, 92]. В основному, неефективність хіміотерапії зумовлена лікарською резистентністю мікобактерій туберкульозу, у т.ч. первинною (5-15 %), вторинною (30-60 %); побічними реакціями на антибактеріальні препарати, їх непереносимістю [26, 31, 44, 48, 49, 50, 53, 55, 59, 74, 92, 95, 97, 98, 106, 111, 114, 115, 116, 117].

Підвищити ефективність лікування є можливим хірургічними методами. Головна мета хірургії легень туберкульозу – в активній допомозі фтизіатричній службі у вилікуванні хворих деструктивним туберкульозом, які являються розповсюджувачами інфекції.

В 60-80-ті роки минулого сторіччя, при виконанні цієї задачі, не виникало суттєвих перешкод і хірургічна служба внесла вагомий внесок у покращання епідеміологічних показників. Антибактеріальна терапія дозволяла вилікувати 80-90 % хворих, а хірургічні

методи – 10-15 % хворих, що залишалися [50, 66, 67, 92, 97]. Туберкульозну інфекцію вдавалося успішно контролювати.

Але останні 12 років епідеміологічна ситуація по туберкульозу погіршилася. Підвищилася захворюваність, збільшилась кількість хворих із поширеним деструктивним туберкульозом легень та число хворих із гостро прогресуючим туберкульозом і лікарською резистентністю. Серед уперше виявлених хворих лікарська резистентність становить 30-50 %, а у хворих із хронічними формами досягає 80-100 % [50, 67, 97].

На фоні лікарської резистентності МБТ сповільнилося розсмоктування запальних змін і рубцювання каверни, частіше спостерігаються випадки, коли не вдається зупинити прогресування туберкульозу на фоні хіміотерапії. Зазначені причини в багатьох хворих не дозволяють створити умов для застосування хірургічного втручання резекційного характеру, головною умовою для виконання яких являється стабілізація туберкульозного процесу до операції.

Хірургічне втручання доводиться виконувати в умовах підвищеного інфекційного навантаження, тому збільшується ймовірність післяопераційної ре активації туберкульозного процесу, шпитальна летальність. У зв'язку із цим відмічається тенденція до зменшення числа хворих, яких направляють на хірургічне лікування.

У таких несприятливих умовах роль хірургії в комплексному лікуванні деструктивного туберкульозу не повинна зменшуватися, і показання до хірургічного лікування необхідно уточнити й привести їх відповідно труднощів проведення хіміотерапії в умовах лікарської резистентності мікобактерій до хіміопрепаратів.

У сучасних умовах застосування терапевтичних або хірургічних методів лікування повинні бути індивідуалізовані. Тому взаємодія фтизіатрів і фтизіохірургів повинні бути постійні й тісні.

Із хірургічних методів найчастіше виконуються резекції легень, в останні роки збільшився обсяг резекції, найчастіше виконуються лобектомії; білобектомії, комбіновані резекції становлять 45-48 %, пневмонектомії – 3-7 % [10, 14, 28, 30, 34, 35].

Однак, у 4,6-18,2 % хворих відмічаються різні післяопераційні ускладнення у вигляді ателектазу, сповільненого розправлення оперованої легені (до 7-10 діб), пневмонії оперованої легені, прогресування захворювання, емпієми плеври із бронхіальними норіцями й без них, деформація тканини легені й бронхіального дерева, формування залишкової порожнини, тромбоемболія легеневої артерії [9, 10, 12, 14, 24, 29].

Ускладнення, які виникають під час операції і в післяопераційному періоді, спонукають хірургів шукати нові шляхи до удосконалення резекцій легень, до уточнення своєчасних показань до операцій, у першу чергу – у хворих з уперше діагностованим деструктивним

туберкульозом. Серед них потребу в хірургічному лікуванні визначають у межах від 10 до 35 % [16, 17, 19, 20, 22, 30]. Незважаючи на це, резекції легень виконуються тільки в 2,9-15 % хворих [50, 56, 66].

Таку недостатньо високу хірургічну активність пояснюють несвоєчасним призначенням хворим хірургічного лікування та іншими причинами [11, 14, 16, 22, 24, 34, 35, 41, 45, 52, 74, 96].

Ні в кого не викликає сумнівів, що при неефективності хіміотерапії, хворі з кавернозним і фіброзно-кавернозним туберкульозом легень повинні підлягати хірургічному втручання [2, 3, 16, 22, 30, 35, 56, 68, 71]. У той же час, із приводу туберкулозу є різні думки. Деякі фтизіатри вважають, що резекції потрібно проводити тільки при туберкулозі у фазі розпаду, з підозрою на деструкцію, із крупними прогресуючими туберкулозами, а також у випадках, коли неможливо відрізнити її від неоплазми [10, 15, 20, 21, 56, 97, 57].

Серйозною проблемою фтизіатрії, останнім часом, стало надання лікувальної допомоги хворим із гостро прогресуючим туберкульозом легень, включаючи казеозну пневмонію. Терапевтичні можливості із застосуванням полі хіміотерапії в цієї групи хворих значно обмежені, а летальні наслідки дуже часті. У таких випадках лікуючі лікарі повинні пам'ятати про можливість застосування хірургічного втручання (плевропневмонектомія). По життєвим показанням хірургічному лікуванню підлягають пацієнти з казеозною пневмонією й виниклими ускладненнями у вигляді легеневої кровотечі, піопневмотораксу [10, 25, 29, 33, 35, 42, 43, 53, 63, 75, 79, 89].

Незважаючи на досягнуті успіхи при консервативному лікуванні хворих туберкульозом із застосуванням сучасних режимів хіміотерапії й нових резервних препаратів (протитуберкульозних) тільки в 82,2 % вперше виявлених хворих вдається добитися загоєння порожнини розпаду в легенях і в 84,7 % випадках – зупинення бактеріовиділення. [34, 79].

У літературі достатньо викладені показання до резекції легень при туберкульозі [16, 55, 56, 57, 66, 69, 70, 97]. Частіше всього виділяють показання: прямі, розширені, невідкладні й мінімальні [3, 16]. Рідше користуються показаннями відносними, абсолютними [56, 57, 68, 69, 70]. Наводять різні назви показань, але підходи, у їх визначенні у хворих туберкульозом, залишаються єдиними. Багато в чому це залежить від клінічної форми туберкульозу, перебігу й поширеності процесу. При цьому, у літературі приводяться вельми різні погляди із приводу тривалості хіміотерапії до операції. Так, частина авторів тривалість хіміотерапії до операції визначають у 6-12 місяців від початку лікування хворих зі вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень [50, 67]. Але більшість авторів вважає оптимальними строками направлення на хірургічне лікування через 4-6 місяців від початку основного курсу

хіміотерапії при відсутності позитивної клінічної й рентгенологічної динаміки в бік регресії процесу [22, 57, 60, 92, 97]. Такий підхід узгоджується з у тому числі з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2003 р і більш пізніми нормативними документами. [55].

Однак у працях багатьох хірургів підкреслюється, що в деяких хворих із наявністю туберкуломи або сформованої каверни оперативне лікування повинно бути проведене раніше цих термінів [2, 21, 22]. Наприклад, туберкулома легені без явних ознак активності туберкульозного процесу й без вогнищ дисемінації навколо неї може явитися показанням до економної операції й без передопераційної хіміотерапії [16, 83].

Шляхи підвищення хірургічної активності, в подальшому, необхідно розглядати в розширенні показань до резекцій легень у вперше виявлених хворих деструктивними формами туберкульозу [2, 16, 17, 57, 68, 69, 70] особливо в осіб з асоціальною поведінкою, які зловживають алкоголем [29, 35, 43, 45, 50], цукровим діабетом [17, 51, 62], двосторонніми обмеженими процесами [56, 68, 69, 66], впровадженням в широку практику нових органозберігаючих операцій [13], колапсохірургічних втручань [52, 41].

Аналіз літератури відносно передопераційної підготовки у хворих з уперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень показав, що цьому питанню приділяється недостатньо уваги [2, 19, 20]. Можливо, причина полягає в тому, що частина хворих переводиться в хірургічні стаціонари з терапевтичних відділень протитуберкульозних закладів при вже стабілізованому процесі [15, 16, 19, 20]. Відповідно, значна частина хірургів проводить підготовку тільки обмеженій кількості хворих, головним чином, при залишковій перифокальній інфільтрації, ендобронхіті, супутніх захворюваннях і недооцінює передопераційну підготовку в цілому. У частини хворих, продовжуючи хіміотерапію в хірургічному відділенні, необхідно виконувати більш поглиблене дообстеження для уточнення вибору виду втручання, його обсягу. Значна частина публікацій із цього напрямку присвячена використанню внутрішньовенного введення ізоніазиду, рифампіцину для зняття загострення туберкульозу, включаючи й експресний метод. Розроблені методики лікування ендобронхітів, як підготовки до резекції легені [23, 41, 54, 60, 107]. У літературі є окремі праці присвячені причинам неефективності хіміотерапії в процесі передопераційної підготовки. Істотне значення надають порушенням імунологічної реактивності [17, 22, 32, 33, 96], частина авторів вважає, що імуностимулятори використовуються недостатньо [17, 25, 33]. Підкреслюються значні труднощі корекції метаболічних порушень у хворих цукровим діабетом [14, 17, 52]. Використовуються дієта, інсулінотерапія, детоксикаційне лікування [14, 17, 51].

Про тривалість антибактеріальної терапії, як методу підготовки до резекції легені, немає єдиної думки. Одні автори [2, 16, 21, 33]. термін підготовки визначають у 2-3 тижні, інші – у 2-4

місяці [14, 89, 97]. У той же час, є окремі повідомлення про задовільні результати операцій, виконаних без попереднього специфічного лікування, внаслідок труднощів і помилок діагностики [15, 16, 44, 78, 80, 83]. Разом із тим, у фтизіохірургічній практиці відзначені нерідкі випадки, коли резекції легень виконувалися в період загострення процесу, і не супроводжувалися важкими післяопераційними ускладненнями та в 60-80 % хворих завершилися повним лікувальним ефектом [25, 35, 79, 96].

Таким чином, вирішені далеко не всі питання передопераційної підготовки, немає їх повного висвітлення в літературі, особливо – щодо хворих з обтяжуючими факторами. Немає єдиної думки у виборі оптимальних термінів і методів передопераційної підготовки.

Від правильного ведення післяопераційного періоду багато в чому залежать результати операцій [2, 55]. Оpubліковані роботи про різні способи санації трахеобронхіального дерева, продовження специфічної терапії, у т.ч. внутрішньовенного введення препаратів [10, 14, 17].

Про тривалість антибактеріальної терапії після резекції легень також не має єдиної думки. Вона визначається тривалістю попередньої хіміотерапії до операції, клінічною формою й поширеністю процесу, обсягом резекції, станом оперованої й протилежної легень і активності туберкульозного процесу з урахуванням морфологічних досліджень [27, 29, 30, 36, 40, 60, 87, 88].

При гладкому перебігу післяопераційного періоду із другого місяця після резекції легень хворих рекомендують переводити в терапевтичні відділення на 1-2 місяці, далі – у санаторій для продовження хіміотерапії протягом 2-4 місяців, або на амбулаторне лікування (3-5 місяців, призначаючи інтермітуючий метод) [15, 16].

Одні автори визначають загальний термін хіміотерапії до 6-12 місяців, інші до 12 місяців, включаючи і амбулаторний етап. У той же час, існує думка, що навіть хіміотерапія понад 12-18 місяців не попереджує реактивацію процесу, і в значній мірі наслідки захворювання визначаються ступенем тканинного імунітету [55, 58]. Щоб уникнути реактивації туберкульозного процесу рекомендують проводити антибактеріальне лікування до двох років, ураховуючи амбулаторний етап [30, 60].

Після різного виду резекцій ще спостерігається досить високий відсоток (3,1-24,5 %) ускладнень [19, 27, 52, 72, 96, 97]. Частіше всього розвиваються легенево-плевральні ускладнення, більшість із них виліковується консервативно, а найбільш тяжкі (згорнутий гемоторакс, залишкова порожнина, емпієма плеври із бронхіальними норицями) коригуються додатковою операцією.

Летальність після резекцій легень складає 0,2-3,5 % [16, 20, 27, 29, 33, 35, 64, 97]. В основному, вона залежить від поширеності й активності деструктивного процесу, обсягу

резекції легені, наявності супутніх захворювань і тяжкості ускладнень (134, 150, 184). Провідними причинами летальних наслідків являються тромбоз легеневої артерії, емпієма - плеври і бронхіальні нориці (20, 68, 70, 91, 123).

Застосування резекцій легень у вперше виявлених хворих деструктивним туберкульозом у комплексі з етіопатогенетичною терапією, забезпечує клінічний ефект у 90-95 % оперованих у найближчі і у 85,3 – 94,3 % у віддалені строки (67, 15, 131, 128, 136, 6, 182). Працездатність відновлюється в 79,3 – 92,4 % оперованих [31, 33, 80, 81].

Результати резекцій легень визначаються частотою виникнення загострень і рецидивів туберкульозу. Реактивація туберкульозу спостерігається в 2,3-10,5 % оперованих хворих. Частіше всього вона виникає в перші два роки після операції. Одною з основних причин реактивації туберкульозу вважають неповноцінну і нераціональну антибактеріальну терапію до і після оперативних втручань. Значна кількість дослідників вважають, що частіше реактивація процесу відмічається в оперованих із приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу порівняно з особами з вогнищевим туберкульозом у фазі розпаду та туберкуломами після комбінованих резекцій; після лобектомії порівняно з резекцією сегменту [18, 21, 22, 30, 31, 35, 52, 58, 72, 79]. Отже, реактивація туберкульозу після резекції легень залишається ще дуже високою, причини її визначають по-різному. Відповідно, питанням пострезекційної реактивації приділяється підвищена увага, ведуться пошуки найбільш раціональних шляхів її попередження.

Однак, поширеність туберкульозного процесу, легенева недостатність, супутня патологія не дозволяють виконувати резекції легень у значного числа хворих. У таких випадках хіміотерапію рекомендують поєднувати зі штучним пневмотораксом [25, 26]. Така комплексна терапія у хворих із деструктивним туберкульозом, які виділяли мікобактерії із множинною резистентністю до хіміопрепаратів, до кінця 12-місячного лікування дозволила досягти зупинення бактеріовиділення в 88,7 % хворих і загоєння каверн у 86,8 %, навіть при обмеженій можливості застосування резервних препаратів [20, 21, 48, 49, 65, 95, 98, 108, 110, 111, 114].

Серед методів колапсотерапії, таких як штучний пневмоторакс, екстраплевральний пневмоліз, важливе місце як по своїй фізіологічній цінності, так і по клінічній ефективності займає екстраплевральна торакопластика. Деякі автори, з метою підвищення ефективності і розширення показань до операції хворим із важкими формами туберкульозу, коли резекцію виконати неможливо, рекомендують застосовувати торакопластику [6, 7, 9, 13, 15, 17, 41] навіть при вперше виявленому деструктивному туберкульозі легень, ще до формування фіброзної каверни.

Висновки

Огляд літератури свідчить, що в лікуванні туберкульозу легень, який супроводжується незворотними морфологічними змінами легеневої тканини, хірургічні методи є пріоритетними. При цьому, хіміорезистентність МБТ усе частіше спонукає до розширеного застосування хірургічних методів лікування хворих даної категорії, адже консервативні методи лікування хворих на поширений деструктивний хіміорезистентний туберкульоз легень забезпечують вилікування в недостатньому відсотку випадків.

1. Протитуберкульозна терапія не забезпечує адекватне вилікування 10-25 % вперше виявлених хворих деструктивним туберкульозом легень.
2. Не вилікувані особи представляють епідеміологічну небезпеку й поповнюють контингент із хронічними деструктивними формами.
3. Із приводу причин неефективності хіміотерапії наявні різні й суперечливі погляди.
4. Підвищення ефективності лікування можна досягнути своєчасним застосуванням резекцій легень, колапсотерапії й колапсохірургічних втручань у комплексі з хіміотерапією.
5. Хірургічна активність на дійсний час є невисокою. В основному це зв'язано із труднощами визначення оптимальних термінів для переведення хворих на операцію й частими відмовами від неї. Є різні думки із приводу тривалості антибактеріальної терапії після операції.
6. У зв'язку з патоморфозом туберкульозу показання й протипоказання до резекцій потребують уточнення. Необхідно також продовжити удосконалення методик резекцій легень, колапсохірургічних втручань, передопераційної підготовки й післяопераційного ведення хворих. Підлягають обговоренню питання тривалості хіміотерапії в перед- у післяопераційному періодах. Викликає інтерес і до вивчення результатів хірургічних втручань у віддалені строки спостереження, як щодо клінічного результату так і щодо відновлення працездатності.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев Г.С., Кривонос П.С., Шамшур В.Н. Туберкулез и СПИД (особенности в условиях ИТУ) // Актуальные проблемы туберкулеза в органах и подразделениях внутренних дел: Сборник статей Республиканской научно-практической конференции (30 – 31 мая 2000 г.). – Минск, 2000. – С. 104 – 109.
2. Альба М.Н. Обоснование ранних оперативных вмешательств у вновь выявленных больных с ограниченными формами туберкулёза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М. – 1997. – 18 с.
3. Амосов Н.М. Очерки торакальной хирургии. – Гос. мед. изд-во УССР. – Киев, 1958. – 728 с.
4. Асмолов А.К., Смоквин В.Д., Хазов Ю.В. Место рентгеновской компьютерной томографии в экспертной оценке активности туберкулеза легких // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 48 – 49.
5. Белова И.Б. Современные возможности и перспективы использования отечественных цифровых рентгенографических установок в лечебно-профилактических учреждениях. – Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2001. – 28 с.
6. Богадельникова И.В., Сагалович В.Я. Перельман М.И. Эффективность амбулаторного лечения больных с впервые выявленным туберкулёзом легких // Проблемы туберкулёза. – 2000. – № 5. – С. 2 – 6.
7. Борисов В.А. Диагностика туберкулёза: возможности и пределы // Проблемы туберкулёза. – 2001. – № 3. – С. 5 – 9.
8. Варганян Ф.Е., Шаховский К.П. Туберкулез: проблемы и научные исследования в странах мира // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 2. – С. 48 – 50.
9. Василевский А.Г., Альзоба Г.В., Щепков А.И. Одномоментные сочетанные операции в лечении легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 82 – 85.
10. Василевский А.Г., Щепков А.И., Альзоба Г.В. Некоторые современные тенденции хирургии торакального туберкулеза в Республике Беларусь // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 76 – 81.

11. Вишневская Л.К. Причинные факторы инвалидности вследствие туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 7. – С. 13 – 15.
12. Возможности коллапсотерапии при лечении деструктивного туберкулеза легких / В.А. Соколов, Е.И. Кильдюшева, Е.А. Егоров и др. // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 5. – С. 16 – 19.
13. Волошин Я.М. Органозберігаючі операції на легенях // Клінічна хірургія. – 2003. – № 2. – С. 41 – 43.
14. Волошин Я.М. Резекция легких как этап в комплексной терапии полирезистентного туберкулеза у больных сахарным диабетом с территорий, загрязненных радионуклидами // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 88 – 90.
15. Волошин Я.М. Туберкульоз легень // Український медичний часопис. – 2003. – № 6. – С. 131 – 133.
16. Волошин Я.М. Часткові резекції легень у вперше виявлених хворих деструктивним туберкульозом. – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ – 1992. – 18 с.
17. Волошин Я.М., Коваленченко В.Ф., Подгаєвський С.Г. Хірургічне лікування вперше виявленого туберкульозу легень у хворих на цукровий діабет // Клінічна хірургія. – 1999 – № 1. – С. 20 – 22.
18. Волошин Я.М., Радионов Б.В. Трудоспособность после резекций легких у впервые выявленных больных деструктивным туберкулёзом // Научные труды и материалы конференции, посвященные памяти М.М.Авербаха (к 75-летию со дня рождения). – М., 2000. – С. 215.
19. Волошин Я.М., Радіонов Б.В., Сліпуха І.М. Ефективність своєчасно проведених резекцій легень у вперше виявлених хворих деструктивним туберкульозом // Український пульмонологічний журнал. – 1993. – № 3. – С. 74 – 76.
20. Гурьянов В.И., Стрельцов В.П., Альба М.Н. Раннее хирургическое лечение впервые выявленных больных с ограниченными формами туберкулёза легких // Проблемы туберкулёза. – 2000. – № 6. – С. 48 – 51.
21. Гусейнов Г.К., Пахнева Х.Ю., Балашова Н.А. Резервы повышения эффективности лечения туберкулёза легких у подростков // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2006. – № 1. – С. 16 – 19.
22. Деструктивний туберкульоз легень у дітей і підлітків (клініка, діагностика, причини неефективної хіміотерапії) / Я.М.Волошин, Б.В. Радіонов, П.М.Дорошенко та ін. // Життя і

- наукова діяльність С.А.Томіліна – служіння справі охорони здоров'я населення України (до 125-річчя з дня народження): Тези доповідей. – Київ, 2002. – С. 80 – 81.
23. Диагностика и химиотерапия туберкулёза органов дыхания / В.Ю. Мишин, С.Е. Борисов, В.А. Аксёнова и др. // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2005. – № 3. – С. 47 – 64.
 24. Динамика видов операций при туберкулезе легких, выполненных в санатории «Сосновка» / А.С. Деркач, Е.Г. Земко, В.Г. Курский и др. // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С.113 – 114.
 25. Диагностика, клиника и тактика лечения остро прогрессирующих форм туберкулеза / В.И. Хоменко, В.Ю. Мишин, В.И. Чуканов и др. // Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 1. – С. 22 – 26.
 26. Дорожкова И.П., Попов С.А., Медведева И.М. Мониторинг лекарственной устойчивости возбудителей туберкулеза в России за 1979 – 1988 г. // Проблемы туберкулеза. – 2000. – № 5. – С. 19 – 22.
 27. Елькин А.В., Репин Ю.М., Левашев Ю.Н. Отдаленные результаты хирургического лечения туберкулеза легких в зависимости от массивности бактериовыделения и лекарственной устойчивости возбудителя // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 5. – С. 28 – 31
 28. Елькин А.В., Репин Ю.М., Левашев Ю.Н. Результаты местных вмешательств на каверне у больных с деструктивными формами послеоперационных рецидивов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 10. – С. 21 – 24.
 29. Елькин А.В., Репин Ю.М., Левашев Ю.Н. Результаты хирургического лечения больных прогрессирующим туберкулёзом легких с сопутствующими заболеваниями // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 11. – С. 22 – 25.
 30. Залескис Р. Роль хирургических методов в лечении туберкулеза // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 9. – С. 3 – 5.
 31. Ильина Т.Я. Жангиреев А.А. Сидоренко О.А. Резистентность микобактерий туберкулёза у впервые выявленных больных туберкулёзом и при рецидивах заболевания // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2003. – № 5. – С. 19 – 21.
 32. Иммуный статус больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом легких, страдающих частой респираторной вирусной инфекцией / Ю.Г. Суховой, С.А. Петрова, А.В. Попов и др. // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2004. – № 5. – С. 28 – 31.
 33. Казеозна пневмонія / Я.М. Волошин, Б.В. Радіонов, П.М. Дорошенко та ін. // Український пульмонологічний журнал. – 2001. – № 3. – С. 48 – 51.

34. Калечиц О.М., Богомазова А.В. Организация хирургического лечения больных туберкулезом органов дыхания в свете новой диспансерной группировки контингентов противотуберкулезных учреждений // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 12 – 14.
35. Кариев Т.М., Сабилов Ш.Ю. Удаление оставшихся отделов легкого по типу пульмонэктомии при реактивации туберкулеза после частичных резекций // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 6. – С. 37 – 39.
36. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. Некоторые особенности лекарственной резистентности микобактерий туберкулеза у больных с остро прогрессирующими деструктивными формами туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 8. – С. 3 – 5.
37. Клинические аспекты патоморфоза инфильтративного туберкулеза легких / В.А. Черкасова, С.А. Степанов, И.П. Мироникова и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2002. – № 4. – С. 16 – 19
38. Клинический анализ причин отсутствия бактериовыделения у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких / В.Б. Ивановский, И.Н. Новицкая, О.М. Остроумова и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 2. – С. 10 – 11.
39. Кобелева Г.В., Копылова И.Ф., Григорьева Е.А. Состав и морфологическая характеристика летальных исходов, от туберкулеза // Проблемы туберкулеза. 2002. – № 5. – С. 52 – 55.
40. Козак Т.И., Трегубов Е.С., Бердников Р.Б. Морфологическая характеристика резектатов легких удаленных по поводу туберкулеза // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 12. – с.32 – 34.
41. Комплексна передопераційна підготовка і хірургічне лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень: Метод. рекомендації / Б.В. Радіонов, І.А. Калабуха, І.Д. Дужий та ін. // Київ, 2006. – 12 с.
42. Контингент ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом в противотуберкулезном учреждении / Ф.А. Батыров, О.П. Фролова, Г.Н. Жукова и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 5. – С. 6 – 9.
43. Кралько А.А. Анализ состояния фтизиатрической помощи в исправительных учреждениях Республики Беларусь // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 43 – 47.

44. Крягина Е.М., Гуревич Г.Л., Зюзиков В.Ф. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза в Республике Беларусь // Материалы юбилейной сессии к 80-летию Центрального НИИ туберкулеза РАМН. – М., 2001. – С. 222 – 223.
45. Лаптев А.Н. Возможности хирургии в комплексном лечении туберкулеза в современных условиях // Материалы юбилейной сессии к 80-летию Центрального НИИ туберкулеза РАМН. – М., 2001. – С. 15 – 18.
46. Лебедева Н.О. Медико-социальные факторы выживаемости впервые выявленных больных казеозной пневмонией // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2007. – № 1. – С. 27 – 30.
47. Левашев Ю.Н., Елькин А.В. Результаты местных вмешательств на каверне у больных с деструктивными формами послеоперационных рецидивов туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 9. – С. 17 – 19.
48. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у впервые выявленных больных туберкулезом легких / Т.А.Худушина, Б.П.Волошина, Н.В.Адамович и др. // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2005. – № 12. – С. 37 – 39.
49. Медикаментозна резистентність мікобактерій туберкульозу що були виділені від хворих у Миколаївській області України протягом 2000– 2002 рр. / Н.А. Левицька, Ю.І. Бажара, В.В. Ніколаєвський // Український пульмонологічний журнал. – 2003. – № 4. – С. 17 – 20.
50. Мельник В.М. Туберкулез на Украине: состояние, проблемы и прогноз (медико-статистические исследования) // Проблемы туберкулеза. – 2000. – № 5. – С. 28 – 32.
51. Минина М.Н. Периоперационный комплекс анестезиологической защиты фтизиопульмонологических больных с сопутствующим сахарным диабетом // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно – практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 69 – 71.
52. Місце колапсотерапії в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз легень / О.Д. Сташенко, Ю.І.Івон, М.І. Бабіч та ін. // Матеріали V Українсько-польської науково-практичної конференції присвяченої 100-річчю торакохірургії. – Львів-Вроцлав, 2006. – С. 283 – 286.
53. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий и ее влияние на эффективность лечения больных туберкулезом в пенитенциарных учреждениях Архангельской области / А.О.Марьяндолиев, Н.И. Низовцева, П.Г. Гломозда и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 5. – С. 19 – 21.

54. Мохначевская А.И., Аксенова В.А. Факторы риска заболевания туберкулёзом органов дыхания у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2006. – № 1. – С. 6 – 9.
55. Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів: Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. – Київ. – 2003. – 100 с.
56. Наумов В.Н., Огай И.В. Современные показания к хирургическому лечению интраторакального туберкулеза у детей и подростков // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 85 – 87.
57. Наумов В.Н., Шайхаев А.Я., Токаев К.В. Хирургическая тактика в условиях современного течения туберкулеза легких // Рус. мед. журнал. – 1998. – № 17. – С. 1143 – 1145.
58. Недостатки в диспансеризации фтизиохирургических больных / Я.М. Волошин, Б.В. Радионов, В.М. Мельник и др. // Тез. докл. междунар. конф. «Актуальные вопросы торакальной хирургии» (23 – 25 сентября 2000 г., Краснодар-Ольгинка). – Краснодар – 2000. – С. 70.
59. Новожилова И.А. Значимость определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза для успешного лечения туберкулёза легких // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2004. – № 4. – С. 29 – 31.
60. Обоснование длительности химиотерапии до – и после операции на легких у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом / Я.М. Волошин, Б.В. Радионов, И.А.Калабуха и др. // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002 – С. 117 – 119.
61. Оганезова Г.С. Особенности течения инфекционных воспалительных заболеваний легких у детей и подростков на фоне пороков развития органов дыхания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 19 с.
62. Особенности инактивации изониазида у больных туберкулёзом и сахарным диабетом. /М.А. Карачунский, Г.О. Каминская, Ю.Е. Коссий и др. // Проблемы туберкулёза. – 2001. – № 7. – С. 26 – 27.
63. Остропрогрессирующий туберкулез – новая категория больных в тактике современной фтизиатрии / А.К. Стрелис, Г.В. Янова, А.Е. Петрова и др. // Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 2. – С. 4 – 5.

64. Отс О.Н., Цыбикова Э.Б. Хирургия туберкулёза легких // Туберкулез сегодня: Материалы 7-го Российского съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 284.
65. Панова Л.В., Овсянкина Е.С. Препараты резерва – безопасность применения у детей и подростков // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 1. – С. 27 – 28.
66. Перельман М.И. Хирургия туберкулёза легких. // Проблемы туберкулёза. – 1998. – № 3. – С. 27 – 32.
67. Петренко В.М. Литвиненко Н.А. Эффективность применения в клинике краткосрочного контролируемого лечения (DOTS) у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулёзом лёгких // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. 2005. – № 3. – С. 16 – 20.
68. Показания к хирургическому лечению больных туберкулезом легких / М.И. Перельман, В.Н. Наумов, В.Г. Добкин и др. // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 2. – С. 51 – 55.
69. Показания к хирургическому лечению больных туберкулезом легких / М.И.Перельман, В.Г.Добкин, В.Н.Наумов и др. // Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. – М., 2000. – С. 102 – 107.
70. Репин Ю.М., Левашев Ю.Н., Елькин А.В. Показания к хирургическому лечению туберкулеза легких // Научные труды и материалы конференции памяти М.М. Авербаха (к 75-летию со дня рождения). – М., 2000. – С. 229.
71. Радіонов Б.В., Калабуха І.А. Роль та місце фтизіахірургії в сучасних умовах // Матеріали V Українсько-польської науково-практичної конференції, до 100-річчя торакохірургії. – Львів-Вроцлав, 2006. – С. 266 – 268.
72. Результати хірургічного лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз / А.Д. Стащенко, В.М. Бурятинський, Ю.І. Івон та ін. // Укр. пульмонологічний журн. – 2004. – № 5. – С. 51 – 55.
73. Рентгенологические критерии впервые выявленного инфильтративного туберкулёза легких / Л.П. Бирюкова, О.П. Филиппова, В.А. Дорогань и др. / Проблемы туберкулёза. – 2001. – № 3 – С. 15 – 16.
74. Репин Ю.М. Значение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 9. – С. 6 – 9
75. Самойлова А.Г., Марьяндышев А.О. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза – актуальная проблема фтизиатрии // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 7. – С. 3 – 9.
76. Сельцовский П.П., Кочеткова Е.Я., Сон И.М. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Москве в конце XX – начале XXI века // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 8. – С. 10 – 14.

77. Семенкова Е.Н., Мухин Н.А., Кондахчан К.О. Терапевтические маски туберкулёза // Проблемы туберкулёза. – 2001. – № 3. – С. 3 – 5.
78. Серов В.В. Учение о патоморфозе: прошлое и настоящее // Архив патол. – 1997. – № 1. – С. 3 – 5.
79. Ситуация по туберкулезу и внедрение новых технологий организации противотуберкулезной помощи населению Беларуси / В.В. Борщевский, А.В. Богомазова, Г.Л. Гуревич и др. // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 3 – 7.
80. Современные способы профилактики пострезекционных бронхиальных свищей при туберкулезе легких / Г.Б. Ракшиев, С.Ч. Чаймерденов, В.В. Кленин и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 2. – С. 22 – 24.
81. Соколов В.А. Лучевая диагностика заболеваний легких на современном технологическом уровне // Проблемы туберкулёза. – 2001. – № 3. – С. 10 – 14.
82. Степанов Е.Д., Аксенова Р.Г. Эффективность хирургического метода лечения больных туберкулезом легких // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 128 – 129.
83. Степанов С.А. Особенности и результаты хирургических вмешательств у больных туберкулёзом легких без предшествующей или краткосрочной предоперационной химиотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 1992. – 19 с.
84. Степанов С.А. Результаты хирургических вмешательств у больных инфильтративным туберкулёзом легких // Проблемы туберкулёза. – 2000. – № 6. – С. 51 – 54.
85. Стрельцов В.П. Местные внутрикавернозные методы лечения деструктивного легочного туберкулеза // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 115 – 117.
86. Суркова Л.К. Клинико-морфологические корреляции и оптимизация тактики хирургического лечения больных прогрессирующими формами туберкулеза легких // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 26 – 31.
87. Суркова Л.К. Патоморфоз, морфология и иммунопатогенез туберкулеза в современных условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Минск, 1997. – 32 с.

88. Суркова Л.К., Дюсьмикеева М.И. Особенности современного туберкулеза с морфологических позиций // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза: Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск: КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 18 – 25.
89. Танатогенез туберкулеза и патологическая анатомия казеозной пневмонии / З.С. Земскова, В.В. Ерохин, О.А. Уваров и др. // Проблемы туберкулеза. – 1996. – № 6. – С. 338 – 41.
90. Ткаченко Т.Е., Хамбуров Х.Д., Ткаченко Н.А. Выраженность клинических признаков туберкулёзного процесса у впервые выявленных больных // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2006. – № 5. – С. 19 – 21.
91. Т-клеточная анергия в патогенезе иммунной недостаточности при туберкулезе легких / Л.В. Сахно, М.А. Рихонова, Е.В.Курганова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 5. С. 23 – 28.
92. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Фтизіоепідеміологія. – К.: Здоров'я, 2004. – 624 с.
93. Фирсова В.А., Полуэктова Ф.Г., Рыжкова А.П. Отдаленные результаты лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких у подростков // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 7. – С. 25 – 28
94. Фролова О.П., Батыров Ф.А. Противотуберкулезная помощь больным ВИЧ-инфекцией. Пособие для врачей. М., 2002. – 124 с.
95. Хейфец Л.Б. Микробиологические аспекты выявления больных туберкулёзом с лекарственной устойчивостью // Проблемы туберкулёза и болезней легких: – 2004. – № 5. – С. 3 – 6.
96. Хирургическое лечение больных остро прогрессирующим туберкулезом легких / Д.Б. Гиллер, Б.М. Гиллер, Г.В. Гиллер и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 10. – С. 23 – 26.
97. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Кобилянська А.В. Хіміорезистентний туберкульоз. – К.: Здоров'я, 2003. – 136 с.
98. Хірургічне лікування туберкульозу легень в умовах сучасної епідемії / О.А. Незгода, О.Я. Ладний, М.В. Секела та ін. // Матеріали V Українсько-польської науково-практичної конференції до 100-річчя торакохірургії. – Львів-Вроцлав, 2006. – С. 258 – 261.
99. Ходашова М.Л., Юдицкий М.В., Семенова О.В. Отдаленные результаты лечения лекарственно – устойчивого туберкулёза легких у социально – адаптированных больных // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2004. – № 3. – С. 26 – 28.
100. Хоменко А.Г. Стратегия DOTS и ее распространение в России // Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 1. – С. 4 – 8.

101. Цифровая рентгенография высокого разрешения в выявлении и диагностике туберкулёза органов дыхания в настоящее время / Г.В. Ратобыльский, Я.В. Лазарева, Е.В. Серова и др. // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2006. – № 1. – С. 35 – 42.
102. Частота выявления и клинико-диагностическое значение Ё-форм возбудителя у больных туберкулезом органов дыхания и в локализации / А.А. Бобченко, Л.Н. Стеклова, Е.Б. Вишневская Ни др. // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2002. – № 4. – С. 19 – 21.
103. Чуканов В.И., Каминская, Г.О., Ливчане Э. Частота и характер побочных реакций при лечении больных туберкулезом легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 10. – С. 6 – 10.
104. Шайхаев А.Я., Наумов В.Н. Эффективность хирургического лечения больных туберкулезом легких при полирезистентности возбудителя // Проблемы туберкулеза. – 2000. – № 4. – С. 24 – 26.
105. Шилова М.В., Хрулева Т.С. Состояние хирургической помощи больным туберкулезом органов дыхания // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 5. – С. 31 – 36.
106. Шилова М.В., Хрулева Т.С. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 3. – С. 3 – 11.
107. Эффективность искусственного пневмоторакса в лечении больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий / В.И. Чуканов, В.Ю. Мишин, А.Т. Сигаев и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 8. – С. 22 – 24.
108. Clinical evaluation of anti-dlycopeptidelipid core immunoglobulin A antibody assay for serodiagnosis of pulmonary Mycobacterium avium-introcellulare / T. Mackura, S. Kitada, M. Itou et al. // Abstr. 15th ERS Annual Congress (Copenhagen, Denmark, September 17 – 21, 2005). – Copenhagen, 2005. – Vol. 26, Supp. 49. – S. 42.
109. Early detection of TB cases in the megalopolis Moscow / V.I. Litvinov, P.P. Seltsovsky, A.V. Gorbunov et al. // Abstr. 15th ERS Annual Congress (Copenhagen, Denmark, September 17 – 21, 2005). – Copenhagen, 2005. – Vol. 26, Supp. 49. – S. 142.
110. Evaluation of relaps and defaulter pulmonary tuberculosis patients / A. Baran, A. Ayhatli, S. Bilgin et al. // Abstr. 15th ERS Annual Congress (Copenhagen, Denmark, September 17 – 21, 2005). – Copenhagen, 2005. – Vol. 26, Supp. 49. – S. 647.
111. Marica C.D., Didilescu C., Spinu V. Results of DOTS strategy within the tuberculosis control progran in Bucharest, Romania // Abstr. 15th ERS Annual Congress (Cerenhagen, Denmark, September 17 – 21, 2005). – Copenhagen, 2005. – Vol. 26, Supp. 49. – S. 648.
112. Rozalinda D. Isjanovska.Tuberculosis in Macedonia // Abstr. 15th ERS Annual Congress (Cerenhagen, Denmark, September 17 – 21, 2005). – Copenhagen, 2005. – Vol. 26, Supp. 49. – S. 141.

113. Surgical treatment of patients with disseminated destructive multidrug resistant lung tuberculosis / M.M. Bagirov, S.A. Cherenko, E.R. Tarasenko et al. // Abstr. 15th ERS Annual Congress (Copenhagen, Denmark, September 17 – 21, 2005). – Copenhagen, 2005. – Vol. 26, Supp. 49. – S. 489.
114. Early detection of TB cases / M.J. Torres, A. Criado, N. Gonzalez et al. // Int. Tuberc. Lung Dis. – 2002. – Vol. 6, № 2. – P. 160 – 163.
115. WHO/IUATLD Antituberculosis Drug Resistance in the World 1st Report. – Geneva, 1997. – 131 p.
116. WHO/IUATLD Antituberculosis Drug Resistance in the World 2nd Report. – Geneva, 2000. – 148 p.
117. WHO/IUATLD Antituberculosis Drug Resistance in the World 3rd Report. – Geneva, 2002. – 144 p.