



І.Д. Дужий¹, Р.Г. Процюк², В.Я. Пак¹

¹ Сумський державний університет

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

100 років колапсохірургії туберкульозу в Україні

Туберкульоз легень та інших органів, незважаючи на зусилля урядових організацій та закладів охорони здоров'я, залишається найнебезпечнішим серед інфекційних захворювань. Актуальність проблеми зумовлена недостатньою ефективністю лікування туберкульозу легень попри велику кількість антибактеріальних препаратів. Зростання резистентності мікобактерій до антибактеріальних препаратів, особливо за типом мультирезистентності та розширеної резистентності, потребує переведення значної частини хворих на паліативне лікування. Альтернативою антибактеріальній терапії є фтизіохірургічні методи (резекційні та торакопластичні). Можливості резекційної хірургії через резистентність мікобактерій зменшуються, відносно ефективними можуть бути лише колапсохірургічні втручання.

Наприкінці XIX ст. — на початку XX ст. було запропоновано колапсохірургічні методи лікування туберкульозу легень. Українські науковці та хірурги розробили та вдосконалили низку колапсохірургічних операцій. Проте нині їх застосовують дедалі менше, оскільки більшість фтизіохірургічних і фтизіатричних ліжок скорочено чи ліквідовано. Що далі? Збільшувати кількість і токсичність хіміопрепаратів? До якої межі? Яка дезінтоксикаційна система організму це зможе витримати? За 100 років застосування торакопластичних операцій доведено ефективність одноосібного і поєданого втручання.

На нашу думку, відновлення системи диспансерного обслуговування хворих на туберкульоз є максимально ефективним і економічно вигідним при лікуванні туберкульозних хворих.

У сучасних умовах підвищити ефективність антибактеріальної терапії з огляду на всезростаючий рівень резистентності мікобактерій не вдається, а перспективи — більш ніж сумнівні. У той же час застосування колапсохірургічних втручання особливо комбінованих, здатне значно підсилити рівень ефективності аж до вилікування хворих на сухоти.

Ключові слова

Україна, торакопластика, 100 років застосування.

В останні роки Першої світової війни спостерігалось значне поширення туберкульозу легень і позалегенових його форм у всьому світі. Автор другої монографії з туберкульозу в Україні (А. Собкевич, 1931) зазначав, що в тилу помирало від туберкульозу людей більше, ніж гинуло на полі бою [15]. Він наводив дані Харківського туберкульозного інституту, згідно з якими у 1920-ті роки виявляли 9,3 випадку легенових форм туберкульозу на кожних 1000 обстежених у Волинській губернії та 2,7 випадку туберкульозу інших органів. Наводимо тогочасні показники

захворюваності в різних областях України з розрахунку на 10 тис. і 100 тис. населення: у Київській області кількість хворих на легеновий туберкульоз становила відповідно 71 і 710 осіб, у колишній Катеринославській губернії (нині Кіровоградська область) — 78 і 780, в Одеській області — 82 і 820, у Полтавській — 172 і 1720, у Харківській — 56 і 560, у Чернігівській — 150 і 1500. Загалом у містах і селах України за даними 1926 р. (А. Собкевич) було зареєстровано 45 924 хворих на сухоти, з них на легенові форми хворіло 346 880 осіб, на туберкульоз інших орга-

нів — 104044. У перерахунку на 10 тис. населення захворюваність становила 156,2. Порівняно із сьогоднішнім ці показники вражають. Схожі показники нині зафіксовано в країнах Африки і Далекого Сходу. Та не будемо себе заспокоювати. 100 років цифра не маленька, вони охоплюють життя 4 (!) поколінь. За даними Н. Морозовського, у 1924 р. на обліку в диспансерах Харківщини (а вони вже існували) туберкульозних хворих було на 70 % більше, ніж у 1923 р. [15]. Таке збільшення лише за рік! А це були повоєнні роки — кінець I Світової війни та громадянської. Уряд вживав заходів. У країні вже існувала розгалужена мережа протитуберкульозних закладів. Уряд прислухався до думки медичної спільноти і на життя власного народу дивився відкритими очима, а не із кабінетів. Розуміючи тягар туберкульозу, від якого страждало населення всього світу, та розуміючи, що смертність від нього перевершує смертність від усіх інших інфекційних хвороб у кілька разів, управлінські органи приймали рішення, наближаючи допомогу до населення (диспансерні відділення, лікарі-фтизіатри, патронажні медичні сестри), а не віддаляючи. Створені протитуберкульозні заклади мали чітку організацію та структуру. Більше того, тоді (сто років тому!) на вивчення туберкульозу були спрямовані значні зусилля. Вже в перші роки після московських пертурбацій 1917 р. в Україні відкривалися науково-дослідні та протитуберкульозні інститути. Одним із них був створений наприкінці 1917 р. на території України Ялтинський інститут туберкульозу, який розробляв проблеми патогенезу, лікування і реабілітації хворих на туберкульоз після оперативних втручань з приводу легеневого туберкульозу та лікування позалегового туберкульозу. Харківський та одеський інститути туберкульозу створено в 1922 р., інститут туберкульозу в м. Києві — у листопаді 1922 р. на базі 9-ї міської туберкульозної лікарні. Пізніше фтизіатрична і загалом медична служба України була підсилена Львівським інститутом епідеміології туберкульозу. Не думаю, що потрібні докази доцільності створення зазначених наукових і науково-дослідницьких інституцій на тлі організованої практичної диспансерної протитуберкульозної служби. Оскільки амбулаторна служба в ті роки була відсутня, протитуберкульозна робота супроводжувалася впровадженням у практику хірургічних методів лікування різних форм туберкульозу. Саме хірургія туберкульозу сприяла організації та розвитку пульмонології і фтизіопульмонології в широкому розумінні. На базі Науково-дослідного інституту туберкульозу (м. Київ) розроблялися питання загальної, фтизіатричної

та онкологічної пульмонології. Крім того, на базі цього інституту розвивалися кардіологія та кардіохірургія, яка за показниками вийшла на світовий рівень.

Чи могли дії уряду з утворенням наукових закладів (інститутів) за відносно короткий термін досягти «прориву» в науці про туберкульоз? Туберкульоз — хронічна інфекція, відома багато тисяч років. Ось чому всі сучасні дії з боротьби з туберкульозом ми вважаємо миттю. Тому дати відповідь на запитання дуже нелегко. Однак ми ще повернемося до цього запитання.

Щодо хронічного характеру процесу відомо, що мікобактерії надзвичайно стійкі в зовнішньому середовищі збудники, оскільки природа, дбаючи за їхню життєздатність, одягнула мікобактерії в «непробивну одягу» ліпідного характеру. Для чого це було потрібно, окрім резистентності, ми дізнаємося не в майбутньому за умови, що наукові та науково-дослідні інститути не розформують за кордоном, як це роблять сьогодні в Україні. Щоб позбавити людство від «тягаря» туберкульозу необхідно вилікувати хворих на туберкульоз, особливо на туберкульоз легень, як джерело інфекції. Видатні вчені-філософи і лікарі-практики намагалися вирішити цю проблему за тисячі років до н. е. Наприклад, в індійських «Ведах» є відомості про заборону створювати родину з особами, які або самі хворіють на туберкульоз, або їхні родичі.

У нашій країні 100 (!) років тому лікарями і вченими-ентузіастами було розпочате активне лікування деяких форм туберкульозу легень за допомогою хірургічних методів — колапсхірургії. А що ж ми досягли за ці 100 років?

Не будемо проводити історичного екскурсу в колапсхірургію. Зазначимо лише, що взірцем для цього напряму фтизіохірургії був запропонований італійцем С. Forlanini штучний пневмоторакс. Пізніше була впроваджена торакопластика. Нині відомі десятки її варіантів, що свідчить про нестримне бажання хірургів-ентузіастів зробити вагомий внесок у вирішення цієї проблеми. Саме ентузіастів. Перші кроки у цьому напрямі були зроблені загальними хірургами. А ці кроки були надто важкими. Скільки ж потрібно було енергії, до того ж «безсрібної», аби не зупинитися і продовжувати рух уперед, орієнтуючись на ідею, а не «на вогник у кінці тунелю». Оскільки такого й не було. У ті часи туберкульоз забирив життя у 50 % хворих протягом першого року лікування—спостереження, ще у 40 % — протягом другого року [15].

Перше оперативне втручання в Україні за типом торакопластики виконане завідувачем кафедри хірургії Харківського університету

Максимом Семеновичем Субботіним. У 1886 р. він виконав системне видалення ребер над туберкульозною гнійною емпіємою плеври, додатково дренажувавши порожнину гумовою трубкою з «клапаном», прикріпленим на її кінці, яку занурювали в антисептичний розчин. Операція отримала назву за прізвиськом розробника (Субботіна), пізніше відома як «операція за Бюлау». Питання щодо пріоритету ми не обговорюватимемо в цій публікації.

У липні 1917 р. операцію торакопластики в модифікації Ф. Зауербруха вперше на території нашої країни (в Лівадії) виконав Микола Георгійович Стойко [11, 16]. А вже з 1923 р. цей тип торакопластики почали широко застосовувати. Микола Георгійович був переконаний у достатності видалення сегментів 6–7-го ребер при верхньочасткових кавернозних процесах. При локалізації деструктивних змін у нижніх відділах легень він запропонував розширений варіант торакопластики, який виконували в два етапи.

16 липня 1922 р. у загальнохірургічній клініці Харківського медичного інституту Франц Юлійович Розе виконав паравертебральну тотальну торакопластику з безпосереднім позитивним результатом. Через рік в інституті туберкульозу, заснованому того ж року, було відкрито спеціалізоване фтизіохірургічне відділення. У ньому, крім колапсохірургічних втручань, розробляли спеціальні методи лікування туберкульозу. Принциповим рішенням Франца Юлійовича при виконанні торакопластичного втручання було вичленення ребер у реброво-хребтовому з'єднанні разом із голівкою ребер, що було суттєво з огляду на наслідки оперативного втручання. Нині це основне питання торакопластики.

Через рік після виконання операції Ф.Ю. Розе в Харкові торакопластику була проведена в Одесі П.С. Наливкіним (1924).

Операції, подібні до запропонованих М.Г. Стойко (у два етапи), з 1934 р. виконував у ялтинському інституті туберкульозу професор А.Г. Гільман [4, 11, 16].

Одним із видатних учнів Ф.Ю. Розе був Анастолій Григорович Кисельов, який при великих кавернах виконував із великим успіхом інвагінацію верхньої стінки каверни з наступним ушиванням на тлі екстраплевральної торакопластики (у обсязі 4–5 ребер) над зоною інвагінації (екстраплевральна торакопластика за А.Г. Кисельовим) [4, 5]. Також учнями Ф.Ю. Розе були Б.М. Городецький, О.М. Руденко, І.М. Фаерман, який пізніше став знаменитим топографоанатомом.

Інший непересічний торакальний фтизіохірург Аршавір Карапетович Флорикян довів противникам торакопластики її позитивний

вплив на функціональні показники зовнішнього дихання і серцево-судинної системи у віддалені терміни після виконання екстраплеврального торакопластичного втручання. У ці терміни залишалися працездатними 83,3 % реабілітантів.

Ще до створення науково-дослідного інституту туберкульозу з 1923 р. перші торакопластичні операції виконував Митрофан Миколайович Москальов на базі 9-ї міської туберкульозної лікарні [4]. Під його керівництвом у цій лікарні, а в подальшому — в інституті туберкульозу працював хірург-віртуоз Володимир Миколайович Савич, який з 1930 р. впровадив фтизіохірургію і торакопластичні операції в клініці Київського інституту туберкульозу [4]. Він першим у Радянському Союзі виконав оперативні втручання торакопластичного характеру в дитини, а потім проводив такі операції в підлітків і дітей старшого віку. Подібні втручання в Росії були виконані лише в 1936 р., про що повідомила Т.Н. Хруцова у 1938 р. Не описуватимемо деталей екстраплевральної торакопластики, яку виконував В.М. Савич, але зазначимо, що її результати були на рівні кращих європейських хірургів — смертність < 5 %.

По завершенні Другої світової війни наукову і практичну роботу в інституті очолив колишній фронтовик Григорій Гаврилович Горovenко, який згуртував навколо себе плеяду майбутніх професорів і докторів наук. Іван Мусійович Слєпуха — фундатор дитячої фтизіохірургії [4]. Павло Ілліч Костромін удосконалював оперативні втручання в дітей і розробляв та вдосконалював торакопластичні операції у дорослих (задньоверхня розширена торакопластика, за якої зменшували купол плевральної порожнини шляхом пересічення і фіксування IV ребра). Юзеф Аронович Когосов розробив фрагментарну торакопластику, яка давала змогу мінімально впливати на екстер'єр оперованих і значно менше порушувати функцію зовнішнього дихання за достатнього колапсохірургічного ефекту. Борис Мойсейович Брусилівський і Борис Васильович Радіонов розробили класифікацію ускладнень після оперативних втручань на грудній клітці та легенях з урахуванням функціональних порушень зовнішнього дихання і серцево-судинної системи, що сприяло лікуванню хворих на поширені форми фіброзно-кавернозного туберкульозу легень.

Г.Г. Горovenко удосконалював торакопластичні втручання і резекції легень, зокрема після виконаної попередньої торакопластики. Йому вдалося за підтримки великого реформатора медицини Олександра Самійловича Мамолата, директора інституту, організувати фтизіохірургічні відділення в усіх обласних центрах України.

Григорій Гаврилович вважав можливим виконання торакопластики навіть за обмеженої кількості антибактеріальних препаратів. І це було 70 років тому!

На межі 1950-х і 1960-х років в Україні, як і в усьому світі, інтенсивно розвивалася резекційна хірургія легень, яка часто супроводжувалася ускладненнями. З огляду на те, що більшість ускладнень після резекцій легень виникали внаслідок формування верхівкових залишкових порожнин, практикуючі хірурги шукали способи запобігти їм. Микола Михайлович Амосов запропонував задньоверхню остеопластичну операцію, яку блискуче обгрунтував і виконав його талановитий учень Юрій Миколайович Мохнюк.

Особливо інтенсивно розробляв питання лікування туберкульозу у повоєнні (після Другої світової війни) роки Микола Степанович Пилипчук [10, 17]. Будучи глибоко ерудованою людиною, він зібрав могутню когорту однодумців, які підтримували застосування торакопластичних операцій. Серед них Орест Максимович Іванюта, Василь Павлович Мельник, Раду Георгійович Процюк, Василь Іванович Петренко. Усі вони є терапевтами хірургічного напрямку. І це надважливо! Оскільки лише такі фахівці можуть створити відповідну атмосферу поваги і довіри до хірургічного лікування туберкульозу. Микола Степанович удосконалював резекційні та торакопластичні методи лікування, часто їх поєднуючи, що давало змогу виконувати операції у хворих за наявності відсівів у нижні відділи враженої легені та навіть у протилежній легені. Більше того, він вважав можливим оперувати хворих з такими морфологічними змінами за відсутності належної кількості чи взагалі відсутності специфічних антибактеріальних препаратів, як це пропонував Г.Г. Горовенко. А антибактеріальних препаратів у 1960-х роках дуже не вистачало. Можливість виконання оперативних втручань Микола Степанович, як і Григорій Гаврилович, обгрунтував саме можливістю застосування колапсхірургічних операцій, оскільки вони здатні гальмувати перебіг туберкульозу навіть без антибактеріальних препаратів, що було доведено десятиліттями колапсотерапевтичного лікування хворих шляхом пневмоперитонеуму та пневмотораксу [4]. В Україні розробниками колапсотерапевтичних методів лікування дисемінованого, поширеного та нижньочасткового туберкульозу були Борис Петрович Ященко, Борис Йосипович Бялик, Олександр Самійлович Мамолат, Вікторія Павлівна Костроміна.

У цей період на тлі «резекційного буму» завдяки Григорію Гавриловичу в нашій країні продовжували широко застосовувати торакопластичні

втручання в усіх обласних центрах. Оскільки показання до резекційних операцій значно вужчі, їхня кількість порівняно з торакопластичними втручаннями була суттєво меншою. За даними Г.Г. Горовенка та Б.В. Радіонова, наприкінці 1980-х років співвідношення торакопластик і резекцій становило 30 : 1. І це вплинуло на епідемічні показники. Захворюваність у цей період зменшилася до 36,0 випадків на 100 тис. населення, оскільки значна кількість бацилярних хворих була санована і, відповідно, зменшилася кількість осіб-джерел туберкульозу. Проте наприкінці ХХ ст. світову спільноту почали вражати різноманітні катаклізми, поміж яких переважали війни, що їх постійно розв'язувала рашистська імперія то в Африці, то в середній і передній Азії (В'єтнам), що супроводжувалося порушенням медичного забезпечення мільйонів осіб. Про катастрофи на атомних станціях не завжди повідомлялося. Про аварію на Чорнобильській АЕС вперше повідомили із Брюсселя. Економічні негаразди у більшості країн, особливо в Африці, супроводжувалися матеріальними нестатками і голодом, що підсилювалося егоїзмом розвинених країн. Поряд із цим вимушено чи організовано збільшилися міграційні процеси, які супроводжувалися масовими переміщеннями здорових осіб і хворих (а як без них?), що руйнувало епідемічну рівновагу. Відомо, що туберкульоз — соціально-економічне захворювання. Тому зрозуміло, що на всіх континентах у більшості країн зросла захворюваність на всі форми туберкульозу, особливо на легеневі. Україна не була винятком у цьому епідемічному процесі. Українські вчені та хірурги-практики продовжували підвищувати якість оперативних втручань при легенево-туберкульозі, комбінуючи операції резекційного типу з торакопластичними, особливо інтраплеврального характеру [1, 17]. З огляду на значну поширеність резистентних форм легеневого туберкульозу ці операції, а також згадані нижче, спрямовані на лікування хворих саме на такі форми туберкульозу, оскільки антибактеріальна ефективність його лікування (45–48 %) не задовольняє світової спільноти. І не слід хворого позбавляти лікування, а спільноту — профілактики захворювання лише тому, що лікар чи лікарі визначили йому таку долю, встановивши діагноз «мультирезистентного туберкульозу», що прирікає на паліативне лікування. Як зазначено вище, комбіновані операції вітчизняні фахівці широко пропагували і застосовували при відсівах у віддалені ділянки оперованої легені та контралатеральної. Нами розроблені модифікації інтраопераційної торакопластики, які застосовують одночасно з резекційними [8, 9], удоскона-

лені операції торакопластики екстраплеврально-го характеру за типом остеопластичних та операції торакопластик при нижньочасткових локалізаціях туберкульозу [3, 7]. Головним при більшості оперативних втручань залишається виконання симультанних операцій на тлі попередньо накладеного пневмоперитонеуму, який одночасно з торакопластикою є альтернативою антибактеріальному підсилению оперативного втручання за наявності мультирезистентних чи розширених форм стійкості мікобактерій туберкульозу [2, 6]. Доопераційний пневмоперитонеум слід розпочинати за 1–2 міс до основного втручання і продовжувати після операції принаймні впродовж 2 міс. Подальша тривалість підтримки пневмоперитонеуму залежить від досвіду та компетентності лікаря реабілітолога. Ось скільки такий хворий має перебувати під наглядом хірурга в хірургічному відділенні. Але це значно дешевше, ніж недозведена львівськими «постачальниками» амуніція в місцевий арсенал, що завдало збитків державі (це вже всі знають) на суму 1,5 млрд доларів.

Для запобігання ускладненням і розширення показань до оперативних втручань Юрій Федорович Савенков разом зі своїми учнями запропонував і впровадив інтраопераційне пломбування колагеном купола плевральної порожнини та вдосконалив методику екстраплевральної торакопластики [12, 14]. Продовжують застосовувати колапсхірургічні втручання видатний вінницький фтизіохірург Юрій Іванович Осійський, кияни Микола Степанович Опанасенко, Олег Володимирович Хмель, Олександр Володимирович Терешкович, Ігор Анатолійович Калабуха та їхні соратники. Удосконаливав відеоторакоскопичні втручання та реанімував колапсотерапевтичні методики (пневмоторакс) Олександр Далієвич Сташенко, але хвороба завадила йому довести справу до логічного завершення.

Окрім статей у журналах, останніми роками опубліковано низку монографій, присвячених особливостям хірургічного лікування резистентних і поширених форм туберкульозу легень із використанням торакопластики (Н.С. Пилипчук, І.Д. Дужий, Б.В. Радіонов, Ю.Ф. Савенков [10, 17]). Особливо слід відзначити титанічну працю Юрія Федоровича Савенкова з науково-історичного аналізу фтизіохірургії України [13].

Нині на Україну чекає новий «вибух» епідемії туберкульозу внаслідок економічних та екологічних чинників, які спричинила війна з російськими вандалами, що триває 11-й рік, внутрішня і зовнішня міграція населення, зниження рівня життя населення та зруйновані рашистами умови для його існування... І це вже не поріг, а

умови і ризику для розвитку захворювання на туберкульоз.

В останнє десятиліття ліквідовано установи (інститути), відповідальні за наукове і практичне забезпечення боротьби з туберкульозом, зокрема протитуберкульозні заклади (протитуберкульозні диспансери), в які хворий міг звернутися та отримати допомогу. Таких закладів залишилося дуже мало. Практично ліквідовані санітарно-епідеміологічні станції, які мали організовувати профілактичну роботу, спрямовану проти інфекцій. Не забуваймо за COVID-19. Ліквідована навіть спеціальність фахівця-фтизіатра в номенклатурі спеціалістів України.

А що ж залишилося через 100 років впровадження в практику торакопластичних оперативних втручань? Значна кількість якісно вдосконалених методик оперативних втручань, авторами яких є вітчизняні фахівці. Наші спеціалісти можуть упоратися з будь-якою формою туберкульозу, застосувавши торакопластичні та симультанні втручання на тлі пневмоперитонеуму навіть за резистентних форм сухот. Однак кількість таких фахівців стрімко зменшується. Виконувати подібні оперативні втручання ніде, оскільки такі відділення або скорочені, або ліквідовані.

На нашу думку, нагальною потребою є відновлення:

- протитуберкульозних інститутів (наукових і науково-дослідних);
- у номенклатурі спеціалістів України лікаря-фтизіатра (фтизіопульмолога);
- районних або регіональних протитуберкульозних диспансерів;
- у кожному районі (регіональному центрі, який би відповідав районному) відділення хірургії туберкульозу (легень — урології — кісткового туберкульозу) принаймні на 25–30 ліжок, зобов'язавши оперувати «органи» захворювання з мінімальною кількістю фахівців (3 особи!);
- фахівців з дитячого туберкульозу і фахівців фтизіоортопедів;
- санітарно-епідеміологічних закладів — закладів контролю за здоров'ям населення країни.

Хотілося, щоб здобутки торакопластичної хірургії туберкульозу, накопичені за 100 років, не були втрачені. Їхньою метою було поліпшення здоров'я населення України.

За 142 роки, які минули після відкриття мікобактерій туберкульозу Р. Кохом (24 березня відзначають як день боротьби з туберкульозом), 152 роки після відкриття X-променів І. Пулюєм і 138 років після привласнення цього відкриття К. Рентгеном (до речі, як це сьогодні роблять у багатьох напрямках кремлівські рашисти), «тубер-

кульозне поле оране і переоране в усіх напрямках», але остаточно перемогти цю хворобу не вдається. Проте хочеться вірити, що час цей настане і людина «проведе» борозну через усе

поле, по якому можна буде ходити беззастережно, але для цього потрібно підтримати тих, хто, ризикуючи, продовжує змагання з цією потворою (рашистською і мікобактеріальною)...

Джерело фінансування: роботу виконано за кошти державного бюджету.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження – І.Д. Дужий; збір та обробка матеріалу – І.Д. Дужий, Р.Г. Процюк; написання тексту – В.Я. Пак; редагування – І.Д. Дужий, В.Я. Пак.

Список літератури

1. Дужий ІД. Хірургія туберкульозу легень та плеври. К.: Здоров'я; Суми: Козацький вал; 2003. 360 с.
2. Дужий ІД, Гресько ІЯ, Голубничий СО, винахідники; Сумський державний університет, патентовласник. Спосіб задньонижньої екстраплевральної фрагментарної торакопластики. Патент України № 128576. 2018 Вер. 25, Бюл. № 18.
3. Дужий ІД, Глазунова НІ, Піддубна ГП, Дмитренко НО, винахідники; Сумський державний університет, патентовласник. Спосіб корегуючої передньовверхньої екстраплевральної торакопластики. Патент України № 79427. 2013 Квіт. 25, Бюл. № 8.
4. Дужий ІД, Кравець ОВ. Колапсхірургія у лікуванні сучасного туберкульозу легень. Суми: Сумський державний університет; 2016. 318 с.
5. Дужий ІД, Кравець ОВ, Дмитренко НО, винахідники; Сумський державний університет, патентовласник. Спосіб хірургічного лікування поширеного хіміорезистентного туберкульозу легень. Патент України № 91215. 2014 Чер. 25, Бюл. № 12.
6. Дужий ІД, Кравець ОВ, Піддубна ГП, винахідники; Сумський державний університет, патентовласник. Спосіб хірургічного лікування хворих на відносно поширений хіміорезистентний туберкульоз легень з ураженням не більше трьох сегментів. Патент України № 91217. 2014 Чер. 25, Бюл. № 12.
7. Дужий ІД, Кравець ОВ, Якушова ЄВ, винахідники; Сумський державний університет, патентовласник. Спосіб хірургічного лікування хворих на хіміорезистентний поширений туберкульоз легень. Патент України № 91216. 2014 Чер. 25, Бюл. № 12.
8. Дужий ІД, Мадяр ВВ, Шевченко ВВ, винахідники; Сумський державний університет, патентовласник. Спосіб лікувально-профілактичної інтраплевральної торакопластики. Патент України № 74951. 2006 Лют. 15, Бюл. № 2.
9. Дужий ІД, Мадяр ВВ, Шевченко ВП, винахідники; Сумський державний університет, патентовласник. Спосіб лікувально-профілактичної інтраплевральної торакопластики. Патент України № 7519/2. 2004 Чер. 17.
10. Пилипчук НС, Харченко ЕФ, Іванюта ОМ. Туберкулёз лёгких, плевры и средостения. К.: Здоров'я; 1979. 129 с.
11. Радіонов БВ, Савенков ЮФ, Дужий ІД, Калабуха ІА, Хміль ОВ. Торакопластика: Монографія. Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-ВАЛ»; 2007. 181 с.
12. Савенков ЮФ. Торакопластика – прошлое и настоящее хирургии туберкулёза лёгких. Сб. науч. тр. Днепрпетровск; 2004. С. 21–26.
13. Савенков ЮФ. Фундатори фтизіохірургії України (науково-історичний аналіз). Дніпро: Дмитрієва Г.В.; 2022. 209 с.
14. Савенков ЮФ, Корпусенко ІВ, Белов АВ. Коррекция гемиторакса при резекции лёгкого: монография. Д.: Днепр-ВАЛ; 2011. 166 с.
15. Собкевич АІ. Туберкульоз. Харків: Держмедвидав; 1931. 574 с.
16. Стойко НГ. Хирургическое лечение легочного туберкулёза. М.; 1949. 271 с.
17. Фещенко ЮІ. Ситуация з туберкульозом в Україні: проблеми та шляхи вирішення. Журнал НАМН України. 2012;18(4):495-500.

I.D. Duzhyi¹, R.G. Protsyuk², V.Ya. Pak¹

¹Sumy State University, Sumy, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

100 Years of Collapse Surgery for Tuberculosis in Ukraine

Tuberculosis of the lungs and other organs, despite the efforts of the government organizations and health care institutions remains the most dangerous among all the common diseases. The urgency of the problem lies in the fact that, despite the significant number of antibacterial drugs, effectiveness of tuberculosis treatment of the lung does not achieve the planned efficiency. Moreover, growing resistance of mycobacteria to antibacterial drugs, especially for type of multiresistance and extended resistance, requires a significant part of patients to be transferred to palliative treatment. Phthisiosurgical methods (resection and thoracoplasty) remain an alternative to antibacterial therapy. The possibilities of resection surgery, taking into account the resistance of mycobacteria, are decreasing; only collapse surgical interventions can become relatively capable.

Proposed in the last years of the 19th century and the first years of the 20th, collapsosurgical methods of treating pulmonary tuberculosis were picked up as an idea by Ukrainian scientists and surgeons, who have developed and perfected a number of collapsosurgical operations, and over 100 years their use has proven their effectiveness. However, today they are used less and less, since most phthisiosurgical and phthisiatric beds have been reduced or eliminated. What's next? Increase the amount and, of course, the toxicity of chemotherapy drugs? To what extent? What detoxification system of the body can withstand

this? Thoracoplasty operations over 100 years of use have proven the effectiveness of single and combined intervention.

Restoring the existing system of dispensary services for tuberculosis patients seems to be the most effective and cost-effective solution.

In the current conditions, it is impossible to increase the effectiveness of antibacterial therapy given the ever-growing level of mycobacteria resistance, and the prospects are more than doubtful. Meanwhile, the use of collapse surgical interventions, especially combined ones, can significantly enhance the level of effectiveness up to the complete cure of tuberculosis patients.

Keywords: Ukraine, thoracoplasty, 100 years of use.

Контактна інформація / Corresponding author

Дужий Ігор Дмитрович, д. мед. н., проф., акад. АН ВШ України, зав. кафедри хірургії, травматології, ортопедії та фізіотрії
<https://orcid.org/0000-0002-4995-0096>
40007, м. Суми, вул. Харківська, 116
E-mail: gensurgery@med.sumdu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції/Received 13.03.2024.

Стаття рекомендована до опублікування/Accepted 15.05.2024.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- Дужий ІД, Прцюк РГ, Пак ВЯ. 100 років колапсхірургії туберкульозу в Україні. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2024;3:16-22. doi: 10.30978/TB2024-3-16.
- Duzhyi ID, Protsyuk RG, Pak VYa. [100 Years of Collapse Surgery for Tuberculosis in Ukraine]. Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection (Ukraine). 2024;3:16-22. <http://doi.org/10.30978/TB2024-3-16>. Ukrainian.