

Р. Й. Лекан, О. О. Лосєв, В. А. Гудзь, М. Д. Баязітова,
В. І. Босенко, К. О. Лосєва, О. В. Глянцев,
Т. Ю. Шувалова, І. О. Пенгіна, В. П. Бузовський

РОЗВИТОК ДИТЯЧОЇ КАРДІОХІРУРГІЇ В ОДЕСІ

Одеський національний медичний університет

Брифінг у конференц-залі Одеської обласної дитячої клінічної лікарні 18 травня 2000 р. У президії губернатор С. Р. Гриневецький, ректор Одеського національного медичного університету В. М. Запорожан, начальник управління охорони здоров'я облдержадміністрації В. Е. Лосєва, завідувач відділу НДІ серцево-судинної хірургії В. В. Лазоришинець (Київ). На брифінгу було оголошено, що вперше в Одесі успішно виконана операція на серці у дитини (В. В. Лазоришинець) з вродженою вадою серця (ВВС) з використанням апарата штучного кровообігу (АШК). Ще у лютому 1998 р. в ОДКЛ прооперовано дві дитини із приводу ВВС — відкритої артеріальної протоки. Вже у той час на обході у дитячій лікарні губернатора Одеської області Р. Б. Боделан запитував спеціалістів із Києва: «Що потрібно для виконання операцій на відкритому серці?». У відповідь він почув: «Апарат штучного кровообігу».

Стратегію розвитку кардіохірургії в Україні забезпечила Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2000 р. № 1752. Відповідно до вказаного документа була розроблена регіональна «Програма розвитку дитячої кардіохірургії в Одеській області на 2001–2005 роки». До створення і виконання цієї програми обласний відділ охорони здоров'я (голова управління В. Е. Лосєва) прямував протягом трьох років. Спочатку на базі Одеської обласної дитячої клінічної лікарні (головний лікар О. Г. Ліман) було створено

відділення дитячої кардіоревматології (зав. М. Д. Баязітова), проведена диспансеризація усіх дітей з вродженими і набутими вадами серця.

Дитяче населення Одеської області зараз нараховує близько 437 790 осіб. Пацієнти з вродженими і набутими вадами серця, що перенесли оперативне лікування, відповідно становлять 1967, а ті, які його очікують, — 220. Щорічно в області народжується близько 150–200 дітей із ВВС.

Губернатори Одеської області Р. Б. Боделан у 1998 р. і С. Р. Гриневецький у 2002–2004 рр. забезпечили сприятливі умови фінансування для створення відділення дитячої кардіохірургії на базі ОДКЛ, зокрема це закупівля дорогої апаратури та реконструкція хірургічного корпусу. Обласна рада затвердила кошторис на реконструкцію двоповерхового корпусу в ОДКЛ під кардіохірургічне відділення. Вирішено було, що операції фінансуватимуться із державного бюджету області та Міністерства охорони здоров'я.

Стратегія керівництва Одеського національного медичного університету (ректор — академік АМНУ В. М. Запорожан) була спрямована на залучення наукових медичних кадрів з центральних академічних медичних установ з метою формування медичної наукової еліти у південному регіоні, а також підготовку власних кадрів серед обдарованої молоді. З 2000 р. операції виконувала бригада спеціалістів з Інституту серцево-судинної хірургії (ІССХ) АМНУ під керівництвом

директора — академіка АМНУ Г. В. Книшова, завідувача відділу хірургії вроджених вад серця у дітей молодшого віку д-ра мед. наук В. В. Лазоришинець і співробітників інституту Р. Й. Лекана, С. О. Сіромахи, В. Г. Карпенка, О. І. Кваші, О. А. Лоскутова, Б. Б. Кравчука.

У той же час пройшли стажування в ІССХ анестезіологи, перфузіологи, реаніматологи і медсестри відділення реанімації ОДКЛ. З 2001 р. запрошений на роботу в ОДКЛ з Києва кардіохірург Р. Й. Лекан став асистентом на кафедрі дитячої хірургії (керівник проф. О. О. Лосєв). Протягом 2000 р. виконано 29 операцій. Роботу виконували вахтовим методом. Незважаючи на недостатню матеріальну базу в лікарні того часу, завдяки найвищій кваліфікації співробітників ІССХ, результати оперативних втручань були добрими.

Одночасно в клініці було розроблено комплекс реабілітаційних заходів, у який було включено як реабілітацію в умовах стаціонару, так і відстроєне поліклінічне та санаторно-курортне лікування дітей, оперованих з приводу ВВС (доц. К. О. Лосєва).

Розроблені та впроваджені нові способи оперативних втручань при складній ВВС — атрезії легеневої артерії з дефектом міжшлуночкової перегородки (доц. Р. Й. Лекан).

На сьогоднішній день у ОДКЛ виконано понад 1100 операцій з приводу ВВС, набутих вад і ішемічної хвороби серця (рис. 1), зокрема 668 з апаратом штучного кровообігу і 461 без нього.



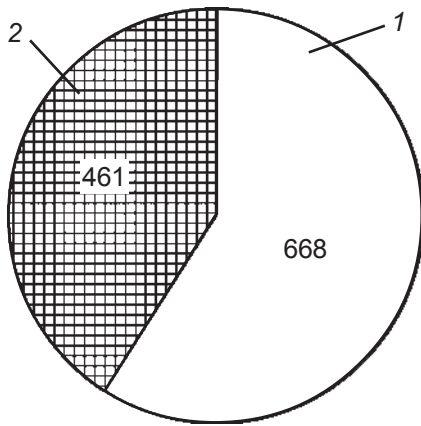


Рис. 1. Загальна кількість операцій, виконаних у Обласній дитячій клінічній лікарні: 1 — АШК; 2 — закриті

У становленні хірургії ВВС важливу роль відіграли кардіохірурги Європи і Сполучених Штатів Америки: професор Яцек Молл (м. Лодзь, Польща) і професор Вілльям Новік (м. Мемфіс, США). При сприянні професора Яцека Молла в 2006 і в 2008 рр. вперше в умовах відділення серцево-судинної хірургії ОДКЛ була виконана операція при повній транспозиції магістральних судин (операція артеріального переключення) та при гіпоплазії лівих відділів серця (Норвуд I). Крім цього, професор Я. Молл організував для співробітників відділення стажування в Інституті матері та дитини (м. Лодзь). Професор В. Новік (США) організував навчання лікарів і середнього персоналу інтенсивної терапії хворих з вадами серця в післяопераційному періоді. За його підтримки була виконана перша операція Фонтена при ВВС — єдиному шлуночку серця. Неоціненна його роль у організації гуманітарної допомоги (кардіомонітори, дихальна апаратура, освітлювальні прилади та ін.).

Серед різноманіття анатомічної картини усіх ВВС підходи у їх хірургічному лікуванні мають свої особливості, тому було виділено етапи впровадження нових оперативних втручань у лікуванні аномалій

серця у відділенні кардіохірургії як в умовах штучного кровообігу, так і без нього.

Етапи розвитку хірургії ВВС в ОДКЛ:

2001, 2002 рр. — радикальна корекція септальних дефектів і тетради Фалло (ТФ), дефекту аортолегеневої перегородки;

2003 р. — радикальна корекція повної атріовентрикулярної комунікації;

2004 р. — радикальна корекція подвійного відходження магістральних судин від правого шлуночка;

2005 р. — двонаправлений анастомоз Глена при корекції одношлуночкового серця;

2006 р. — операція Switch при транспозиції магістральних судин;

2008 р. — повна корекція атрезії легеневої артерії з дефектом міжшлуночкової перегородки типу А (моностулка); повна корекція атрезії легеневої артерії з дефектом міжшлуночкової перегородки типу В (кондуїт);

2009 р. — операція Фонтена при корекції єдиного шлуночка серця, радикальна корекція тотального аномально-го дренажу легеневих вен;

2010 р. — повна корекція надклапанного стенозу аорти з реконструкцією кореня аорти,

протезування висхідної аорти судинним протезом, видалення вегетацій із дуги аорти, глибокою гіпотермією та зупинкою кровообігу.

Динаміка кількості операцій відображена на рис. 2. Крім зростання кількості операцій, щороку збільшувались операції у новонароджених і дітей грудного віку.

У зв'язку із накопиченням досвіду і відсутністю хірургічної допомоги дорослому населенню області в ОДКЛ з 2002 р. почали проводити оперативні втручання у дорослих. Усього їх виконано близько 300 (рис. 3). З допомогою провідних наукових спеціалістів ІССХ ім. М. М. Амосова М. Д. Глаголи, Р. М. Вітовського, В. М. Чебурахіна були виконані перші операції протезування мітрального й аортального клапана, відкритої мітральної комісуротомії.

З 2005 р. при підтримці провідних спеціалістів Сахлгрєнського шпиталю (м. Гетеборг, Швеція) Могенса Бюгге і Алі Бельболь виконані операції аортокоронарного шунтування та в поєднанні з клапанною патологією, а також пластичні операції на клапанному апараті серця. Паралельно з цим за підтримки Сахлгрєнського шпиталю було організоване стажування в Швеції. Протягом 2002–

Кількість операцій

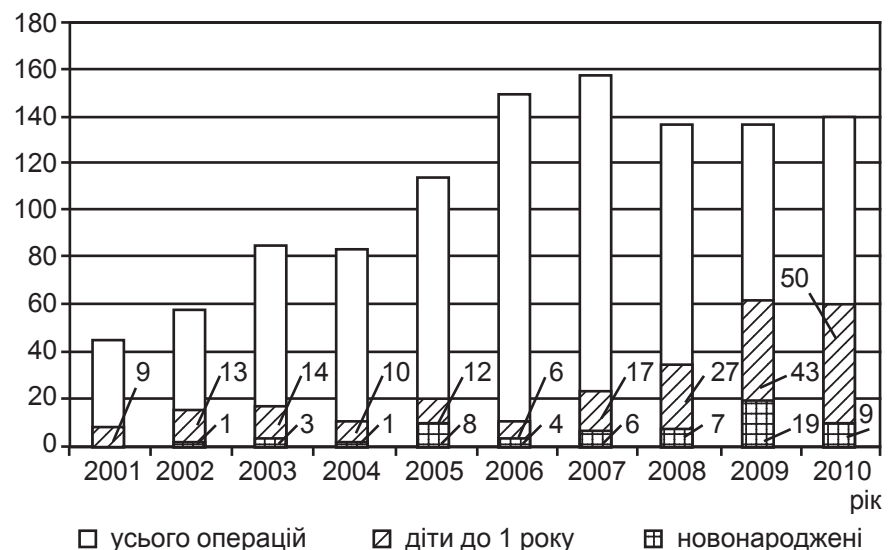


Рис. 2. Динаміка кількості операцій

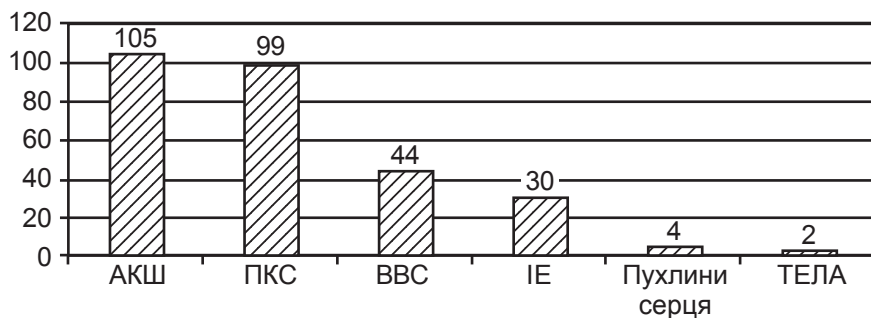


Рис. 3. Варіанти операцій у дорослих із апаратом штучного кровообігу: ПКС — пластика клапанів серця; ІЕ — інфекційний ендокардит; ТЕЛА — тромбоемболія легеневої артерії

2008 рр. до Одеси було доставлено зі Швеції гуманітарну допомогу (кардіомонітори, дихальну апаратуру, хірургічний інструментарій, операційні столи, освітлювальні прилади та

ін.), що доповнило існуюче устаткування та забезпечило повноцінну роботу відділення серцево-судинної хірургії.

Значну консультативну допомогу в становленні та роз-

витку відділення серцево-судинної хірургії надав проф. І. Н. Ємець і очолюваний ним Науково-практичний центр дитячої кардіології і кардіохірургії МОЗ України.

Нині відділення розвивається, вдосконалюються методи лікування, співробітники накопичили значний досвід і примножили обсяг оперативних втручань. У 2011 р. за підтримки головного лікаря В. А. Гудзя планується створення ангіокардіографічної лабораторії, що дозволить доповнити та вдосконалити діагностичну базу центру та виконувати цілу низку ендovasкулярних оперативних втручань.

УДК 617.735-007.281-07+577.11

І. П. Метеліцина, Г. В. Левицька, Гаффарі Сахбі Бен Мохамед Монсеф

РІВЕНЬ ЦИТОКІНІВ У ВНУТРІШНЬООЧНИХ РІДИНАХ У ХВОРИХ ІЗ РЕГМАТОГЕННИМ ВІДШАРУВАННЯМ СІТКІВКИ

Державна установа «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова Академії медичних наук України»

Серед причин слабкозорості, сліпоти й інвалідизації осіб працездатного віку відшарування сітківки посідає одне зі значущих місць [3].

В основі розвитку цього захворювання, на думку деяких авторів, лежать порушення процесів, які визначають щільне прилягання нейросенсорної сітківки до пігментного епітелію, в тому числі активації запального процесу. В останні роки з'явилися відомості про роль імунних порушень, пов'язаних із продукцією прозапальних цитокінів у патогенезі відшарування сітківки [1]. Було показано, що в склистому тілі в осіб з передопераційною проліферативною вітреоретинопатією (ПВР) рівень основного фактора росту фібробластів та ІЛ-1 β вищий, ніж у пацієнтів

без ПВР, а у випадках розвитку післяопераційної ПВР виявлено значуще збільшення рівня ТФР-2 β , основного фактора росту фібробластів, ІЛ-6, на підставі чого автори роблять висновок про роль цитокінів у патогенезі відшарування сітківки і ПВР [7]. Дані про підвищення рівнів прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β , ІЛ-6) у субретинальній і слізній рідинах у осіб із регматогенним відшаруванням сітківки (РВС) свідчать про активацію локального запального процесу при розвитку РВС [6].

Однак подані в них дані залишаються дискусійними і потребують подальшого поглибленого вивчення.

У попередніх дослідженнях нами було показано, що рівень про- (ІЛ-1 β , ІЛ-6) і проти-

запальних (ІЛ-4, ІЛ-10) цитокінів у крові хворих із РВС вірогідно вищий, ніж у здорових осіб, а також було виявлено факт значно вираженішої їх експресії у внутрішньоочних рідинах, тобто на місцевому рівні [5].

Мета — виявити особливості експресії про- та проти-запальних цитокінів у внутрішньоочних рідинах пацієнтів із РВС при різних клінічних картинах захворювання.

Матеріали та методи дослідження

У 89 осіб (38 чоловіків, 51 жінка, 18–77 років) із РВС проведено офтальмологічне обстеження, на підставі чого виділено підгрупи з урахуванням площі та висоти відшарування сітківки, кількості та виду роз-

