ГУЛЯМОВ Д.С. И ЕГО РОЛЬ В СТАНОВЛЕНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

НАЗЫРОВ Ф.Г., ТУРАЕВ Ф.Ф.

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Со дня открытия отделения хирургии сердца «Научного центра хирургии» его бессменным руководителем являлся Гулямов Дарвин Садыкович, 1929 г. р., заслуженный деятель науки РУз, профессор, прошедший путь общей, торакальной и сердечной хирургии, преподававший общую и госпитальную хирургию студентам лечебного факультета ТашГосМИ с 1957 по 1978 гг.

С 1958 г. в клинике ТашМИ начали внедрять методы эндотрахеального наркоза, это позволило выполнять операции на органах средостения. В 1960 г. открывается отделение «Грудная хирургия» на 25 коек, где были проведены первые операции: закрытая пальцевая митральная комиссуротомия. В конце 1960 г. после трехмесячной стажировки Гулямова Д.С. в Институте Грудной Хирургии (г. Москва), в практику отделения внедряются закрытая инструментальная митральная и аортальная вальвулотомия, расширение стеноза ЛА, перевязка ОАП, операции при коарктации аорты, межартерияльные анастомозы при «синих» формах тетрады Фалло. С 1969 г. начинаются имплантации кардиостимуляторов при полной А-В-блокаде. В 1969 г. Гулямова Д.С. направляют в Институт хирургии им. А.В. Вишневского МЗ СССР, где под руководством профессоров Галанкина Н.К. и Волынского Ю.Д. он осваивает хирургию ВПС и 12 марта 1973 г. успешно защищает докторскую диссертацию на тему «Дефект межжелудочковой перегородки». Из воспоминаний Гулямова Д.С.: «Во время работы в институте я встречался и работал с замечатель-

ными людьми и специалистами: академиком А.А. Вишневым, профессорами Л.А. Шиком, Д.С. Саркисовым, Р.С. Мейтиной, А.Д. Араповым, Е.С. Клементьевой и многими другими. Особенно большой след в моей жизни оставил замечательный специалист А.Н. Кайдаш, от которого я многому научился». В марте 1974 г. команда сотрудников под руководством Гулямова Д.С. направляется в ВНИИКиЭХ МЗ СССР. Там они осваивают «открытые» операции (в условиях искусственного кровообращения). С ноября 1975 года по возвращении проводятся первые «открытые» операции в отделении хирургии сердца, развернутого на 80 коек в новом здании Ташкентского филиала ВНИИКиЭХ МЗ СССР. Это были нелегкие годы побед и поражений, годы создания собственной Узбекской школы кардиохирургии. Было проведено более 20000 различных операций на сердце. 23 июня 2001 г. профессора Д.С. Гулямова не стало, но дело, которому он посвятил всю свою жизнь, продолжается.

15 февраля 2019 г. коллектив Центра, медицинская общественность РУз, родные и близкие отметили 90-летие профессора Гулямова Дарвина Садыковича, была проведена памятная конференция, посвященная Учителю и Наставнику.

В настоящее время в Центре, руководимом академиком Назыровым Ф.Г., ежегодно выполняется около 5 тыс. операций и эндоваскулярных вмешательств на сердце, из них более 1200 в условиях «открытого» сердца.

ТРОМБОЦИТОПЕНИИ И ТРОМБОЦИТОЗЫ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

НИКОЛЕНКО Л.А.¹, ЛУКИН О.П.¹, НИКОЛЕНКО Е.С.²

¹ФГБУ ФЦССХ МЗ РФ, г. Челябинск; ²ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» МЗ РФ. Россия

Введение. В последнее время тромбоциты – форменные элементы крови, которые вместе с компонентами свертывающей системы обеспечивают остановку кровотечения (гемостаз) при нарушении целостности кровеносных сосудов, привлекают внимание специалистов, работающих в разных областях медицины. Нарушение функции тромбоцитов и снижение их содержания в кровотоке – одна из наиболее распространенных причин развития геморрагического синдрома. Для специалистов в области кардиохирургии тромбоциты интересны, в первую очередь, как участники

тромботического процесса. Имеются данные об участии тромбоцитов в таких процессах, как атеросклероз, воспаление и репарация тканей. До, во время и после оперативных вмешательств пациенты получают ряд антиагрегантных и антикоагулянтных препаратов, для которых тромбоциты являются своего рода мишенью. Патология тромбоцитов (снижение и повышение их количества) до, во время и после операции может быть обусловлена рядом коморбитных заболеваний кардиохирургических пациентов, приемом отдельных лекарственных средств, использованием аппарата

искусственного кровообращения, переливанием компонентов крови.

Цель исследования. Определить частоту, этиологию пониженного и повышенного количества тромбоцитов у кардиохирургических пациентов до и после оперативного вмешательства.

Материал и методы. Проанализированы 634 электронные медицинские карты пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), синдромом соединительно-тканной дисплазией сердца (пролапс и недостаточность митрального клапана, двустворчатый аортальный клапан), стенокардией, нарушениями ритма. Учитывались данные анамнеза, тип оперативного вмешательства, лекарственная нагрузка, гемотрансфузии. Исследование показателей тромбоцитарного звена проводилось на анализаторе Cell-Dyn 3700 (Abott). Оценивались общее количество тромбоцитов (Platelet – PLT), средний объем тромбоцита (Mean Platelet Volume – MPV), тромбокрит (Plateletcrit – PCT) и показатель гетерогенности тромбоцитов (Platelet Distribution Width – PDW) до оперативного вмешательства, на 5 и 10 день после операции. За тромбоцитопенические состояния принимали количество тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитозы – более $400 \times 10^9/\text{л}$. Данные результаты анализов сопровождались визуальной оценкой мазка. Исключением из исследования были результаты с псевдотромбоцитопенией (спонтанная агрегация, ЭДТА-индуцированная агрегация).

Результаты. Патология тромбоцитов была обнаружена у 18% пациентов. У 10% из них – тромбоцитопении в интервале $106,4 [93,5; 123] \times 10^9/\text{л}$, 8% составили тромбоцитозы в интервале $525 [466; 553,6] \times 10^9/\text{л}$. У 35,6% пациентов с патологией тромбоцитов тромбоцитопения была выявлена до оперативного вмешательства. Учитывая коморбидный статус обследованных пациентов, мы разделили все выявленные тромбоцитопении на группы. Самый большой процент тромбоцитопений был в группе пациентов с проявлениями соединительно-тканной дисплазии (45,6%) и наличием сахарного диабета 2 типа (16,9%). Последние отличались повышенным MPV: $10,8 [10; 11,8]$. Далее следовали тромбоцитопении вирусной этиологии у лиц с ВИЧ и вирусным гепатитом С (10,7%). Тромбоцитопении иммунного генеза (по заключению гематолога) составили 9,8%, онкологической природы (1,8%). Более выраженные тромбоцитопении

наблюдались у пациентов с иммунной тромбоцитопенией: $77,3 [59; 97] \times 10^9/\text{л}$. Они сопровождались высоким MPV: $12,8 [12,2; 13,9]$ и PDW: $20,4 [19,7; 20,9]$. 12,2% выявленных тромбоцитопений на догоспитальном этапе была неясной этиологии. Возможно, они тоже могли носить иммунный гаптенный характер, быть вызваны приемом отдельных лекарственных препаратов. У 20,3% пациентов наблюдалось снижение тромбоцитов на 5 день после операции в интервале $128 [120; 142] \times 10^9/\text{л}$ и с повышением PDW до $17,4 [16,7; 18,2]$. Тромбоциты и PDW имели тенденцию к снижению к 10 дню послеоперационного периода. На догоспитальном этапе у кардиохирургических пациентов было зарегистрировано 5% всех выявленных тромбоцитозов. Среди них 3% – у онкологических пациентов, 2% – неясной этиологии. 28% всех остальных тромбоцитозов были связаны с проводимым оперативным вмешательством: 6% – возникли на 5 день после операции, 22% – на 10 день. Почти все тромбоцитозы носили реактивный характер: 3% были на фоне воспалительного процесса (инфекционный эндокардит), 10% – связаны с кровотечением (гематома, гематоракс) или с повторной операцией (рестернотомия, ревизия раны), 6% – с установкой VAC – системы, 10% – возникли спонтанно на 10 день после оперативного вмешательства.

Заключение. Большинство выявленных тромбоцитопений у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы протекает по типу тромбоцитопатий и связано с неполноценностью соединительной ткани. Наличие СД 2 типа и использование аппарата искусственного кровообращения усугубляет имеющуюся тромбоцитопению. Тромбоцитопения иммунного характера может быть спровоцирована приемом отдельных лекарственных средств, в том числе, аспирином, варфарином, нестероидными противовоспалительными средствами. При диагностике гепарининдуцированной тромбоцитопении нужно учитывать, что гепарин может вызывать умеренную тромбоцитопению сам по себе, без образования антител. У пациентов с проводимыми гемотрансфузиями имеет место посттрансфузионная тромбоцитопения (тромбоцитопения разведения). Основная часть выявленных тромбоцитозов у кардиохирургических пациентов носили реактивный характер и были связаны с кровотечением, усилением микроциркуляции, воспалением.