



Рисунок 4 – Динамика общей заболеваемости болезнями щитовидной железы в Гомельской области

Выводы

1. Среди показателей первичной и общей заболеваемости наблюдалась тенденция к снижению в течение последних 10 лет. С 2020 по 2021 год произошел резкий спад показателя общей заболеваемости на 15,5 %.

2. Опираясь на структуру заболеваний щитовидной железы, наиболее распространенной патологией в течение 2021 года являлся гипотиреоз – 24895 человек (30,7 %).

3. В отчетном году было 12259 детей от 0 до 17 лет с патологией щитовидной железы, чаще всего регистрировался нетоксичный диффузный зоб – 9068 человек (74 %). А из 1177 детей у 648 пациентов (55 %) преобладал тот же диагноз в качестве впервые установленного в течение отчетного года.

4. В отчетном году выявлено 53579 человек от 18 лет и старше с патологией щитовидной железы. Чаще всего был зарегистрирован диагноз гипотиреоз – 23706 пациентов (44,2 %), реже остальной патологии регистрировался тиреотоксикоз – 1895 человек (3,5 %).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Якубовский, С. В. Эпидемиология доброкачественных заболеваний щитовидной железы у взрослого населения Республики Беларусь: анализ общенациональных статистических данных за период 2009-2019 гг. / С.В. Якубовский [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2022. – Т. 68. – №. 3. – С. 30-43.
2. Фадеев, В. В. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза / В. В. Фадеев // Журнал «Земский врач». – 2010. – № 2. – С. 13-16.
3. Болезни щитовидной железы как причина инвалидности населения / С. Н. Пузин [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №. 4. – С. 52-59.
4. Петунина, Н. А. Особенности диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы у пожилых пациентов / Н. А. Петунина // Проблемы эндокринологии. – 2008. – Т. 54. – №. 3. – С. 36-42.

УДК 616.132.2-089.168.1:616.12-008.313.2

В. В. Корецкий, А. И. Селькин

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Введение

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) представляет собой создание обходного кровотока в венечной артерии, имеющей выраженный стеноз или окклюзию, при которой невозможно выполнение ангиопластики со стентированием [1].

Одними из наиболее частых осложнений является возникновение нарушений ритма, и в частности, пароксизм фибрилляции предсердий (ФП). Поскольку пациенты с АКШ не получают регулярного лечения антикоагулянтами, важно установить ФП, чтобы спланировать подходящее последующее наблюдение. Однако сердечный ритм после выписки систематически не изучался, а частота ФП в течение первых 4–6 недель после выписки варьирует [2].

Цель

Изучение особенности течения раннего послеоперационного периода после аорто-коронарного шунтирования у пациентов с пароксизмом фибрилляции предсердий.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 63 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в учреждение «Гомельский областной клинический кардиологический центр» с диагнозом стенокардии напряжения и выполненного оперативное вмешательство АКШ в 2022 году. Всем пациентам выполнялось обследование и лечение в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения [3]. Учитывали: пол, возраст, сопутствующие заболевания, биохимический анализ крови и ЭхоКГ на 1-й день и 6-й день после операционного вмешательства. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от наличия постоянной ФП (группа 1), впервые возникшего пароксизма ФП в раннем послеоперационном периоде (группа 2), отсутствия пароксизмов ФП после операции (группа 3).

Анализируемые группы сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям. Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программного обеспечения Statistica 13.0, Excel 13 с использованием методов непараметрической статистики. Полученные данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q25 – Q75). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Во всех трех группах прослеживается снижение содержания креатинина и лейкоцитов. В то время как показатель СОЭ повысился в каждой из групп.

Таблица 1 – Характеристика лабораторных анализов, включенных в статистический анализ

Параметры	Группы			p-value
	группа 1 впервые возникшего пароксизма ФП после операции	группа 2 постоянной ФП	группа 3 после операции не наблюдался пароксизм ФП	
Возраст	63 [59-68]	64 [58-67]	59 [52-62]	0,937806
Креатинин мкмоль/л на 1 день	120 [102,3-142,1]	92,4 [85,6-105]	100 [88,8-113,6]	P (1,2) = 0,079742 P (1,3) = 0,027028 P (2,3) = 0,398202
Креатинин мкмоль/л на 6 день	85,9 [79,3-106]	76,6 [71,5-85]	84,6 [77,2-93,4]	P (1,2) = 0,110507 P (1,3) = 0,285534 P (2,3) = 0,453631
p-value	P = 0,000655	P = 0,027709	P = 0	
СОЭ мм/ч на 1 день	11 [5-18]	13 [8-15]	12 [8-16]	P (1,2) = 0,725152 P (1,3) = 0,510489 P (2,3) = 1
СОЭ мм/ч на 6 день	44 [42-45]	42,5 [40-44]	44 [42-46]	P (1,2) = 0,232792 P (1,3) = 0,743482 P (2,3) = 0,156766

Окончание таблицы 1

Параметры	Группы			p-value
	группа 1 впервые возникшего пароксизма ФП после операции	группа 2 постоянной ФП	группа 3 после операции не наблюдался пароксизм ФП	
p-value	P = 0,000805	P = 0,027709	P = 0	
Лейкоциты *10 ⁹ /л на 1 день	14,9 [11,4-17,7]	14,7 [9,5-17,4]	15,5 [11,8-17]	P (1,2) = 0,784985 P (1,3) = 0,875018 P (2,3) = 0,898501
Лейкоциты *10 ⁹ /л на 6 день	9,9 [8,8-12,4]	10,7 [10,2-12,8]	9,6 [7,6-12,7]	P (1,2) = 0,391498 P (1,3) = 0,718139 P (2,3) = 0,244446
p-value	P = 0,017059	P = 0,345448	P = 0,0037	

Наблюдается снижения размера ЛП, которое напрямую влияет на развитие последующих пароксизмов ФП в раннем послеоперационном периоде. Размер ЛП в группе 3 меньше, чем в группах с пароксизмом ФП. При этом в раннем послеоперационном периоде у всех групп наблюдается снижение размера ЛП (таблица 2).

Таблица 2 – Характеристика ЭхоКГ, включенных в статистический анализ

Параметры	Группы			p-value
	группа 1 впервые возникшего пароксизма ФП после операции	группа 2 с постоянной ФП	группа 3 после операции не наблюдался пароксизм ФП	
Размер ЛП мм в 1 день	44 [41-46]	44,5 [44-46]	40 [38-43]	P (1,2) = 0,409551 P (1,3) = 0,007312 P (2,3) = 0,009115
Размер ЛП мм в 6 день	41 [38-43]	41 [40-43]	38 [36-40]	P (1,2) = 0,664715 P (2,3) = 0,011846 P (1,3) = 0,017291
p-value	P = 0,003346	P = 0,043115	P = 0,000012	

Выводы

1. Определяющим фактором вероятности возникновения ФП в раннем послеоперационном периоде является размер ЛП.

2. Наблюдается схожая динамика изменений лабораторных показателей и размеров ЛП по ЭхоКГ у пациентов вне зависимости от форм ФП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. T. Casino, J. Shea. Outcomes and results of atrial fibrillation of postoperative patients. Michigan Medicine, University of Michigan Rep. 2021;27(1):87. doi:37.939/s34758-075-0895-2
2. L. Brent Mitchell. Score and results of coronary repair in postoperative patients. Libin Cardiovascular Institute of Alberta, University of Calgary Rep. – 2021;21(6):30. doi:10.1007/s11886-018-0971-1.
3. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 06 июня 2017 г, № 59 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21732103p&p1=1>. Дата доступа: 09.01.2023.