

фактора (ИИ), наличие данного заболевания в списке профессиональных заболеваний РБ, анализа представленной документации. 28.11.2024 г. установлено хроническое профессиональное заболевание.

Выводы:

1. Риск развития ЗНО, в том числе профессиональных у лиц, находящихся в зоне отчуждения ЧАЭС остается по-прежнему актуален.
 2. Для раннего выявления и диагностики профессиональных ЗНО необходимо повысить эффективность периодических медицинских осмотров работающих.
 3. Важным является признание бессрочности постконтактного периода в развитии и расследовании профессиональных ЗНО.
-

Гриб В.М., Есепкин А.В., Голобурда Н.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТСУТСТВИЯ ЛИБО НАЛИЧИЯ ФЛЕБОТРОМБОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Введение. Венозные тромбоэмболии (тромбоз глубоких вен нижних конечностей и легочная эмболия), с учетом распространенности, являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Существует достаточно большое количество факторов/предикторов развития легочной эмболии. Фибрилляция/трепетание предсердий входит в их число, причем являясь фактором высокого риска. Отношения фибрилляции предсердий (ФП) и венозной эмболии рассматривается как взаимозависимый двусторонний процесс. С одной стороны, флеботромбоз нижних конечностей может привести к тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) с последующей легочной гипертензией с дилатацией полостей сердца и развитием ФП. С другой, ФП может привести к формированию тромбов в полости правого предсердия и желудка с развитием ТЭЛА. Вышеприведенное говорит об актуальности данной темы и целесообразности ее изучения.

Цель. Провести структурную оценку ФП у пациентов с ТЭЛА, а также оценить ее возможную связь с флеботромбозом нижних конечностей у данных пациентов.

Материалы и методы. Объектом изучения явились результаты обследования 202 пациентов с ТЭЛА, разделенные на 2 группы (98 пациентов с флеботромбозом нижних конечностей и 104 без флеботромбоза нижних конечностей). ТЭЛА была выявлена с помощью компьютерной ангиографии, флеботромбоз нижних конечностей определялся с помощью ультразвукового исследования. Исследование проводилось

на базе УЗ «10 ГКБ» г. Минска. Статистические различия между группами рассчитывались с помощью критерия хи квадрат Пирсона.

Результаты и обсуждение. Наличие нарушения ритма (ФП) имело место у 40 пациентов из 202 (19,8%). Различие в частоте ФП в зависимости от наличия или отсутствия флеботромбоза нижних конечностей практически отсутствовало – 19 (19,4%) у пациентов с флеботромбозом нижних конечностей против 21 (20,2%) у пациентов без флеботромбоза нижних конечностей. В тоже время были выявлены определенные отличия по структуре ФП у пациентов без флеботромбоза нижних конечностей и с флеботромбозом. Так, в частности, преобладающим вариантом ФП у пациентов без флеботромбоза нижних конечностей была постоянная форма ФП (12 из 21(57,1%)), соответственно аналогичный вариант ФП у пациентов с флеботромбозом нижних конечностей был отмечен только в 4 -х случаях из 19 (21,1%), $\chi^2=5,414$, $p=0,020$. Практически противоположные результаты были отмечены в отношении пароксизмальной формы ФП (4 из 21 (19,04%) в группе без флеботромбоза нижних конечностей, против 11 из 19 (57,9%) в группе с флеботромбозом нижних конечностей ($\chi^2=6,423$, $p=0,012$). Структурно, пароксизмальная ФП в группах с наличием и без наличия флеботромбоза нижних конечностей принципиально не отличалась: вариант без пароксизма был в 2 и 1 случае соответственно, пароксизмы были купированы в 6 и 3 случаях также соответственно. Исключение составили пациенты с некупированной ФП – 3 случая при наличии флеботромбоза и отсутствии таковых в группе без флеботромбоза нижних конечностей. Персистирующий вариант ФП практически поровну был отмечен у пациентов обеих групп: у 4 из 21 (19,04%) в группе без флеботромбоза нижних конечностей (3 случая вне пароксизма, 1 с некупированным пароксизмом), и у 4 из 19 (21,1%) в группе с флеботромбозом ног (3 случая с купированным пароксизмом, 1 с некупированным). Трепетание предсердий отмечено в 1 случае в группе без флеботромбоза нижних конечностей (пароксизм, купирован) и в 2 случаях в группе с флеботромбозом глубоких вен нижних конечностей (1 пароксизм купирован, второй – нет).

Выводы. Наши результаты соответствуют представлению о достаточно частом сочетании ТЭЛА и ФП. Несмотря на одинаковую частоту выявления ФП у пациентов с наличием и без наличия флеботромбоза нижних конечностей, у пациентов без флеботромбоза нижних конечностей достоверно чаще отмечалась постоянная форма ФП (критерий Хи-квадрат 5,414, $p=0,020$). Практически противоположные результаты отмечены в отношении пароксизмальной формы ФП ($\chi^2=6,423$, $p=0,012$). Полученные результаты, с нашей точки зрения, говорят о разных механизмах легочной эмболии у пациентов с наличием и отсутствием флеботромбоза нижних конечностей.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025