

*Грищенко Д.А., Осипёнок Е.Ю.*

## **РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Рачок Л.В.,  
канд. мед. наук, доц. Рубахов К.О.*

*Кафедра хирургии и трансплантологии с курсом повышения квалификации и переподготовки  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания сохраняют ведущую позицию среди причин смертности в мире, при этом наибольший вклад в их структуру вносит ишемическая болезнь сердца (ИБС). Хирургическая реваскуляризация миокарда остается одним из ведущих методов лечения ИБС, однако её послеоперационный период часто осложняется развитием нарушений ритма. Наибольшее клиническое значение среди них имеет пароксизмальная фибрилляция предсердий, связанная с повышенным риском тромбоэмболических осложнений и неблагоприятных исходов.

**Цель:** целью работы являлось определить частоту и факторы риска возникновения пароксизмальной ФП при реваскуляризации миокарда.

**Материалы и методы.** Ретроспективно были проанализированы истории болезни 101 пациента, пролеченных в кардиохирургических отделениях ГУ «МНПЦ ХТиГ» в период 2025-2026 гг.. 51 пациенту было выполнено аорто-коронарное шунтирование (АКШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК), 50 пациентам – АКШ в условиях работающего сердца (Р/С), что составило 50,5% и 49,5% соответственно. Средний возраст – 68±8 лет. Распределение по полу: 74 мужчины и 27 женщин (73,27% и 26,73% соответственно). Средний индекс массы тела (ИМТ) – 29,1±4,2 кг/м<sup>2</sup>. Среднее время ИК и длительность ишемии в первой группе составили 99,5±35,4 мин. и 61,5±20 мин. соответственно. Статистические исследования проводились в программе «IBM SPSS Statistics 27».

**Результаты и их обсуждение.** В качестве послеоперационных аритмий учитывалась только ФП. Для оценки влияния ИК, как возможного фактора ФП, пациенты были поделены на 2 группы: АКШ в условиях ИК и АКШ на Р/С. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, функциональным классам (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН), размерам левого предсердия (ЛП), степени регургитации на митральном клапане (МК), наличию любых нарушений ритма в анамнезе, сахарного диабета (СД), патологий щитовидной железы (ЩЖ), уровню Hb, RBC и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) как пре-, так и послеоперационно. Всего, в обеих группах в послеоперационном периоде у 28 (27,72%) пациентов был зарегистрирован пароксизм ФП. Из них 18 в группе с ИК и 10 в группе без использования ИК, что составило 36% и 24,39% соответственно внутри групп. В однофакторном исследовании с использованием критерия  $\chi^2$  и в многофакторной логистической регрессии использование ИК не являлось статистически значимым фактором риска ФП ( $p=0,066$  и  $p=0,058$  соответственно). Это позволило объединить группы в одну и изучить влияние других предоперационных факторов риска ФП: возраст, ИМТ, пол, предоперационные аритмии, СД, патологии ЩЖ, ФК ХСН, размеры ЛП, степень регургитации на МК, уровни Hb, RBC и СКФ предоперационно. В однофакторном исследовании с использованием критерия  $\chi^2$  для категориальных факторов и U-критерия Манна-Уитни для количественных статистически значимым фактором риска являлось наличие аритмий предоперационно ( $p<0,001$ ). В многофакторной логистической регрессии предоперационные аритмии, как фактор риска, сохраняют статистическую значимость ( $p=0,024$ ) и ассоциированы с увеличением odds (Exp(B)=3,38) после корректировки на другие переменные.

**Выводы.** ИК не является фактором риска развития пароксизма ФП. Наличие нарушений ритма до оперативного вмешательства является независимым фактором риска и повышает вероятность развития пароксизма ФП в послеоперационном периоде в 3,38 раза.