

Грищенко Д.А.

**НАРУШЕНИЯ РИТМА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА**

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Рачок Л.В.,

канд. мед. наук, доц. Рубахов К.О.

Кафедра кардиологии и внутренних болезней,

Кафедра кардиохирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности в мире, при этом ишемическая болезнь сердца занимает ключевое место в их структуре. Хирургическая реваскуляризация миокарда является одним из основных методов лечения ИБС, однако в послеоперационном периоде нередко развиваются нарушения ритма. Наиболее клинически значимой аритмией является пароксизмальная фибрилляция предсердий, ассоциированная с повышенным риском тромбоэмболических осложнений и неблагоприятных исходов.

Цель: 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) – $29,1 \pm 4,2$ кг/м². Среднее время ИК и длительность ишемии в первой группе составили $99,5 \pm 35,4$ мин. и $61,5 \pm 20$ 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 χ^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 χ^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 ($\text{Exp}(B)=3,38$) 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.