

при необходимости КТ органов брюшной полости, ФГДС.

Пациенты с легким течением острого панкреатита нуждаются в консервативном лечении.

Литература

1. Брагов, М. Ю. Острый деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы / М. Ю. Брагов, И. Г. Жук, И. В. Кумова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2015. – №4(20). С. 15-19.

2. Кузин, М. И. Хирургические болезни: Учебник/ М. И. Кузин [и др.] // Под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 784 с.

TACTICS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH MILD ACUTE PANCREATITIS

Ukrainets Y. V., Shumelchik V. V.

*Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
vshumelchik@list.ru*

This work is depended on analyzing clinical histories of 150 patients who were admitted to the 5th hospital of Minsk during the period from January to May 2023 with the primary diagnosis “Acute pancreatitis”. During the analysis of patient’s life history, history of illness, the results of instrumental research methods and biochemical blood analysis the most common changes for this condition were identified.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫМ ТИРОТОКСИКОЗОМ

Хаджи Исмаил А. И.

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный
медицинский университет», Минск, Беларусь
hadji.ismail.amna@gmail.com*

Введение. Амiodарон-индуцированный тиротоксикоз (далее – АМИТ) – это дисфункция щитовидной железы (далее – ЩЖ), которая может развиваться даже после однократного приема амiodарона [1]. Несмотря на то, что о данном эндокринном расстройстве известно с 90-х годов прошлого века, интерес ученых и клиницистов по всему миру не утихает и по сей день [2, 3].

Цель исследования. Оценка структуры заболеваемости и особенностей типов АМИТ на основе ретроспективного анализа данных медицинских карт стационарных пациентов одной из клиник г. Минска.

Материалы и методы. Проанализированы 37 медицинских карт стационарных пациентов с подозрением либо с подтвержденным диагнозом АМИТ, одного из учреждений здравоохранения г. Минска. Были

сформированы 3 группы: в группу «А» отнесены пациенты с впервые выявленной дисфункцией ЩЖ в период нахождения в стационаре; в группу «Б» отнесены пациенты с впервые диагностированной дисфункцией щитовидной железы амбулаторно и анамнезом приема амиодарона, направленные для уточнения диагноза и коррекции проводимого лечения в отделение эндокринологии; в группу «В» отнесены пациенты с установленным диагнозом, назначенным лечением, но не достигшие эутиреоза на фоне проводимой консервативной терапии на амбулаторном этапе лечения. В каждой группе были сформированы подгруппы в зависимости от типа АМИТ: 1-го, 2-го типа и смешанная форма.

Во всех группах оценивались данные анамнеза и объективного осмотра, результаты лабораторно-инструментальных исследований, проводимое лечение и исходы госпитализации. В тексте приведены средние значения гормонального профиля на момент постановки диагноза. Данные представлены в виде % (n), где % – соотношение размеров группы к общей выборке с указанием в скобках числа пациентов – n.

Результаты исследования. Группа «А»: 67,5% (n=25), из которых на момент постановки диагноза 84% (n=21) находились в отделении кардиологии. Подтвержденный диагноз АМИТ у 72% (18) от впервые выявленных, 24% (n=6) с синдромом тиреотоксикоза и 4% (n=1) с транзиторной дисфункцией на фоне введения амиодарона. Средний возраст группы составил 67 лет, 17 женщин и 8 мужчин. Подгруппа с АМИТ 1-го типа включала 16,7% (n=3) от общего числа диагностированных АМИТ в группе «А», с АМИТ 2-го типа – 55,6% (n=10), со смешанной формой – 27,7% (n=5). При поступлении наиболее часто пациентов беспокоили учащенное сердцебиение или перебои в работе сердца (72%), слабость (64%), одышка (32%). В подгруппе с АМИТ 1-го типа уровень тиреотропного гормона (далее – ТТГ) составил 0,0453 мкМЕ/мл, свободного тироксина (далее – Т4 св.) 40,695 пмоль/л, свободного трийодтиронина (далее – Т3 св.) 16,77 пмоль/л, значимые повышения уровня антител к тиреоидной пероксидазе (далее – АТ-ТПО) и к рецептору тиреотропного гормона (далее – АТ к рТТГ) были выявлены у одного пациента; с АМИТ 2-го типа – ТТГ 0,125 мкМЕ/мл, Т4 св. 44,677 пмоль/л, Т3 св. 8,55 пмоль/л, значимое повышение уровня АТ-ТПО выявлено у 1 пациента, а АТ к рТТГ у 2 пациентов; со смешанной формой – ТТГ 0,0824 мкМЕ/мл, исчисление среднего уровня Т4 св. затруднительно ввиду наличия у одного из пациентов значения, выходящего за возможные определительные интервалы (более 100 пмоль/л), Т3 св. 6,86 пмоль/л, значимое повышение уровня АТ-ТПО выявлено у 2 пациентов. В подгруппе пациентов с синдромом тиреотоксикоза 24% (n=6) и 4% (n=1) пациентов с транзиторной дисфункцией на фоне введения амиодарона со средними значениями уровня ТТГ 0,008 мкМЕ/мл и 5,6 мкМЕ/мл, Т4 23,312 пкмоль/л и 28,62 пкмоль/л, соответственно. Исходы госпитализации в группе «А» – на амбулаторный этап выписаны 24 пациента, 1 пациент переведен в центр опухолей ЩЖ для проведения тиреоидэктомии

по жизненным показаниям в связи с развитием осложнений на фоне проводимого лечения.

Группа «Б»: 10,8% (n=4) пациентов. Средний возраст группы 63,25 года, 1 женщина и 3 мужчин. Подгруппа с АМИТ 2-го типа включала 50% (n=2), со смешанной формой – 50% (n=2). Среди преобладающего количества жалоб пациентов беспокоили учащенное сердцебиение или перебои в работе сердца (50%), а также потливость (50%). В подгруппе с АМИТ 2-го типа ТТГ составил 0,005 мкМЕ/мл, Т4 св. 38,955 пмоль/л, Т3 св. 3,11 пмоль/л, значимое повышение уровня антител не выявлено; со смешанной формой – ТТГ 0,005 мкМЕ/мл, Т4 св. 47,585 пмоль/л, Т3 св. 4,54 пмоль/л, значимое повышение уровня АТ-ТПО выявлено у 1 пациента. Все пациенты группы «Б» были выписаны на амбулаторный этап с соответствующим лечением и рекомендациями.

В группу «В» определены 21,6% (n=8) пациентов. Средний возраст группы составил 64 года, 3 женщины и 5 мужчин. Подгруппа с АМИТ 1-го типа включала 25% (n=2), с АМИТ 2-го типа – 25% (n=2), со смешанной формой – 50% (n=4). Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на учащенное сердцебиение или перебои в работе сердца (62,5%), одышку (50%) и слабость (50%). В подгруппе с АМИТ 1-го типа ТТГ составил 0,0025 мкМЕ/мл, Т4 св. 33,91 пмоль/л, Т3 св. 15,15 пмоль/л, значимое повышение уровня АТ-ТПО и АТ к рТТГ выявлено у 1 пациента; со 2-м типом АМИТ ТТГ – 0,012 мкМЕ/мл, Т4 св. 49,825 пмоль/л, Т3 св. 13,175 пмоль/л, значимого повышения уровня антител не выявлено; в подгруппе со смешанной формой АМИТ – ТТГ 0,09775 мкМЕ/мл, исчисление среднего уровня Т4 св. затруднительно ввиду наличия у одного из пациентов значения, выходящего за возможные определительные интервалы (более 100 пмоль/л), Т3 св. 4,54 пмоль/л, значимое повышение уровня АТ к рТТГ было установлено у 1 пациента. В группе «В» большая часть пациентов (n=6) выписаны на амбулаторный этап лечения, 2 пациента скончались от стремительно прогрессирующей сердечной недостаточности и других осложнений (6,67% от общего числа выявленных пациентов с АМИТ).

Выводы. В подавляющем большинстве пациенты с впервые выявленным диагнозом предъявляли не специфические жалобы, а симптомы, характерные для классического течения тиреотоксикоза либо не были выявлены, либо беспокоили пациентов в меньшей степени. Из этого следует вывод, что выявление дисфункции щитовидной железы после приема амиодарона без определения уровня гормонов ЩЖ может вызывать затруднение из-за стертости клинической картины, особенно у коморбидных пациентов, имеющих сопутствующие хронические заболевания. Повышенная настороженность и осведомленность врачей, а также тщательное мониторирование гормонального профиля обеспечивает своевременную диагностику тиреоидной дисфункции и назначение соответствующего лечения.

Каждый случай АМИТ требует особого внимания. Отсроченный эффект тиреостатической терапии и непредсказуемость течения АМИТ порой можно

нивелировать проведением радикального хирургического лечения на фоне некомпенсированного тиреотоксикоза, успешный опыт которого имеется как у специалистов Республики Беларусь, так и подкреплен опубликованными данными зарубежных коллег [2, 3]. Решительность в отношении этого метода лечения может обеспечить возможность дальнейшего использования амиодарона в качестве антиаритмического препарата и снизить вероятность развития неблагоприятного исхода.

Литература

1. Данилова, Л.И. Амиодарон-индуцированный тиротоксикоз / Л. И. Данилова, Г. Г. Короленко, М. Л. Лущик // Рецепт. – 2022. – Т. 25. – № 3. – С. 276-290.
2. Тиреоидэктомия у пациентов с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом / У. А. Цой [и др.] // Вестник хирургии. – 2021. – Т. 180. – № 2. – С. 42–49.
3. Thyroidectomy for Amiodarone-Induced Thyrotoxicosis: Mayo Clinic Experience / Anupam Kotwal [et al.] // J. of the End. Soc. – 2018. – Vol. 2, Iss. 11. – P. 1226–1235.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF MEDICAL HISTORY OF PATIENTS WITH AMIODARONE-INDUCED THYROTOXICOSIS

Hadji Ismail A. I.

*Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel
Educational Institution "Belarusian State Medical University", Minsk, Belarus
hadji.ismail.amna@gmail.com*

Amiodarone-induced thyrotoxicosis (AMIT) is a thyroid dysfunction that can develop after amiodarone administration. Although this condition has been recognized since the 1990s, it remains a relevant issue today. The incidence, distribution of the types, and other clinical data from patients with AMIT in the Belarusian population are of great interest. This study conducted a retrospective analysis of the medical records of inpatients from specialized clinic in Minsk.

ВЛИЯНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СТЕНОЗЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Хворик Ф. Д., Иванов М. А.

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия
chvorik_f@mail.ru*

Введение. Каротидная эндартерэктомия (СЕА) – «золотой стандарт» хирургического лечения пациентов со стенозами сонных артерий. Ежегодная