

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

**УДК 616.12-008.313.2; 616-08-039.57**

**Рахматуллоев Хушруз Фарходович**

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ, АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И  
ХАРАКТЕР ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ  
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание учёной степени**

**кандидата медицинских наук**

**по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни**

**Душанбе-2025**

Работа выполнена на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Научный руководитель:** **Шукурова Сурайё Максудовна** – член корреспондент НАНТ, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Официальные оппоненты:** **Олимзода Насим Ходжа** – д.м.н., профессор, директор ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»  
**Рахимов Джасур Джумабоевич** – к.м.н., начальник госпиталя Медицинского управление Министерства внутренних дел Республики Таджикистана

**Оппонирующая организация:** Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан» (г. Ташкент)

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г. в «\_\_\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-008 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) +992918724088.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

**Ученый секретарь**

**диссертационного совета,**

**кандидат медицинских наук, доцент**

**Р.Дж. Джамолова**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространённой аритмией и поражает 43,6 миллиона пациентов во всем мире [Ардашев А.В. и др., 2021; Samim D. et al., 2023]. За последние два десятилетия распространённость ФП увеличилась на 13% и ожидается, что число больных удвоится или утроится в течение следующих двух-трех десятилетий в связи с ростом заболеваемости ФП и старением населения [Аракелян М.Г. и др., 2021; Joseph P.G. et al., 2021].

ФП – это прогрессирующее состояние, которое увеличивает вероятность смертельного исхода, инсульта, сердечной недостаточности (СН) и ухудшения качества жизни [Ревешвили А.Ш. и др., 2022; Vano A. et al. 2021; Harrison S.L. et al., 2022]. ФП более распространена среди мужчин, причём частота заболеваемости у них втрое превышает таковую у женщин. Однако с учётом более продолжительной жизни женщин абсолютные числа, заболевших оказываются сопоставимыми, и случаи ФП чаще регистрируются именно у женщин в возрасте 75 лет и старше [Белюк Н.С. и др., 2020; Norris C.M. et al., 2020; Rathfoot C. et al., 2021]. ФП предрасполагает оба пола к серьёзным рискам, включая инсульт, деменцию и СН [Якусевич В.В. и др., 2023; Vano A. et al. 2021]. Тем не менее, женский пол является независимым фактором риска развития инсульта, связанного с ФП, и протекает тяжелее у женщин с ФП по сравнению с мужчинами [Norris C.M. et al., 2020; Rathfoot C. et al., 2021].

Оценка факторов риска и сопутствующих заболеваний является важным компонентом раннего выявления и адекватного лечения ФП. Факторы риска ФП включают пожилой возраст, болезни сердца, артериальную гипертензию (АГ), ожирение, апноэ во сне, злоупотребление алкоголем и др. [Тулупбергенов Г.К. и др., 2022; Guo Y. et al. 2021; Čarná Z. et al. 2021]. В отдельных случаях факторы риска выявить не удаётся, что свидетельствует о лежащей в основе генетической предрасположенности к ФП [Белюк Н.С. и др., 2020; O'Keefe E.L. et al. 2021]. Структурированное тестирование на наличие модифицируемых факторов риска имеет важное значение, поскольку так называемая «восходящая

терапия» этих состояний может влиять на результаты стратегий контроля ритма [Тлегенова Ж.Ш. и др., 2019; O'Keefe E.L. et al. 2021].

ФП преимущественно возникает вторично на фоне АГ, ишемического и/или другого органического поражения сердца [Аванесян Г.А. и др., 2022; Лукьянов М.М. и др., 2021; Hindricks G. et al. 2021]. Ее частота на фоне острого инфаркта миокарда (ОИМ) зарегистрирована у 6-21% пациентов [Лукьянов М.М. и др., 2021; Malik V. et al. 2020; Vano A. et al. 2021]. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) оказывают значительное влияние на электрическую активность и структурные изменения предсердий, что, вероятно, становится ключевым фактором в патогенезе ФП. Кроме того, исследования показывают, что предсердная миопатия и фиброз играют существенную роль в механизмах, способствующих развитию ФП. [Мирончук Н.Н. и др., 2018; Абдуллаева Г.Ж. и др., 2023; Ríos-Muñoz G.R. et al. 2022]. Пожилые пациенты с ФП часто имеют другие хронические заболевания, влияющие на их клиническое течение. Мультиморбидность (наличие  $\geq 2$  сопутствующих хронических состояний) требует целостного и комплексного подхода к лечению пациентов, поскольку у таких пациентов риск инсульта и кровотечения выше, чем у пациентов без сопутствующих заболеваний [Максимова М.Ю. и др., 2019; Лукьянов М.М. и др., 2021; Vano A. et al. 2021; Rathfoot C. et al., 2021]. Взаимодействие между коморбидностью, ФП и оптимальной тромбопрофилактикой имеет как медицинские, так и экономические последствия.

Регистры пациентов представляют собой высокоэффективный инструмент для исследования факторов риска ССЗ, сопутствующих патологий, оценки эффективности лечения, а также приверженности пациентов к назначенной медикаментозной терапии в условиях повседневной клинической практики [Шубик Ю.Б. и др., 2021]. Результаты анализа регистров позволяют выявлять несоответствие между рекомендованными протоколами лечения и фактической клинической практикой. Национальные и международные клинические рекомендации предлагают антикоагулянтную терапию пациентам

с ФП, статины — при ишемической болезни сердца (ИБС), а  $\beta$ -адреноблокаторы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)/блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) — при хронической сердечной недостаточности (ХСН). Однако анализ данных реальной клинической практики выявляет существенные расхождения с этими рекомендациями. Так, частота назначения липидснижающих препаратов пациентам с ИБС варьирует от 30% до 37%, приём оральных антикоагулянтов (ОАК) у больных с ФП колеблется в широком диапазоне — от 4,1% до 62,7%, а назначение ИАПФ/БРА и  $\beta$ -АБ пациентам с ХСН составляет всего 40,7-69% [Горбунова Е.В. и др., 2023; Joseph P.G. et al. 2021].

На сегодняшний день в Таджикистане одной из основных проблем низкой эффективности терапии и сложности ведения пациентов с ФП являются полипрагмазия, бесконтрольный приём медикаментов, низкая приверженность к лечению и недостаточная медицинская осведомлённость населения. Для длительного приёма антикоагулянтов у пациентов с ФП и сопутствующими заболеваниями необходимо применять современный и универсальный подход, учитывающий межлекарственные взаимодействия и обеспечивающий предсказуемое и управляемое действие со стороны кардиологов и врачей других специальностей.

Приверженность пациентов к лечению играет ключевую роль в достижении положительных результатов при назначении лекарственных средств для лечения ССЗ. Исследование Diez Manglano J. et al. показало, что тщательное следование клиническим рекомендациям в лечении ФП в условиях реальной клинической практики ассоциировано с увеличением продолжительности жизни пациентов до трех лет [Diez Manglano J, et.al., 2014]. Однако влияние приверженности медикаментозному лечению на прогноз у пациентов с сочетанием ФП, АГ, ИБС и ХСН остаётся недостаточно изученным.

Исходя из вышеизложенного, выполнение наблюдательного ретро- и проспективного исследования у больных с ФП в рамках амбулаторного регистра является актуальным и практически значимым.

### **Степень изученности научной проблемы**

Несмотря на достигнутый существенный прогресс в проблеме ССЗ, вопросы, связанные, с одной стороны, с ранней диагностикой аритмий, реалистической оценкой половых различий и коморбидного фона и приверженности больных к амбулаторному лечению [Соколов А.В. и др., 2021; Якусевич В.В. и др., 2023; Rathfoot C. et al., 2021; Moudallel S. et al., 2022], с другой стороны, с существующими сложностями в подборе современной антиагрегантной и антиаритмической терапии у больных с ФП на первичном звене оказания помощи, остаются по-прежнему дискуссионными и требуют дальнейшего исследования [Ионин В.А. и др., 2020; Горбунова Е.В. и др., 2023; Chen H. et al., 2022]. Проблема повторных госпитализаций затрагивает все системы здравоохранения и является важным фактором увеличения общей стоимости лечения и других медицинских затрат [Матюкевич М.Ч. и др., 2022]. Чрезмерное количество госпитализаций и ориентация на дорогостоящее стационарное лечение нарушают баланс между стационарным и амбулаторным секторами.

Амбулаторный этап мониторинга различных аритмий играет важное звено в установлении причин, факторов риска, прогнозирования жизнеугрожающих состояний и повышении качества жизни. В связи с этим, разработка стратегий по сокращению госпитализаций по поводу ФП без ущерба для ухода за пациентами может помочь снизить нагрузку на здравоохранение республики. В этом аспекте разработка и внедрение протоколов сортировки, которые перенаправляют пациентов со стабильной ФП на более персонализированное амбулаторное лечение, может снизить госпитализацию по поводу ФП и улучшить общее качество лечения. Вопрос преемственности между первичной медико-санитарной помощью кардиологов для обеспечения долгосрочного наблюдения за выписанными пациентами является проблемой

для здравоохранения республики. Это касается и специализированных клиник, которые могут служить особенно эффективным вариантом перевода лечения в амбулаторные условия.

Несмотря на всестороннее обсуждение вопросов ФП в общей структуре аритмий, их частоту и исходы при различных ССЗ, существует множество нерешенных сторон, касающихся особенностей клинико-морфофункционального течения ФП в сочетании с сопутствующей патологией, половых различий, фармакотерапии и др.

### **Связь исследований с программами (проектами), научной тематикой.**

Организация эффективной помощи и профилактика неинфекционных заболеваний в деле охраны здоровья Республики Таджикистан (РТ) являются приоритетными направлениями в виду их тяжелейшего бремени в результате преждевременной смертности и стойкой потери трудоспособности. В структуре неинфекционных заболеваний ССЗ лидируют и продолжают оставаться основной причиной смертности в структуре общей смертности населения РТ. С учётом этого Постановлением Правительства РТ от 3 декабря 2012 г., №676 утверждён проект «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на период 2012-2023 годы». Цели разработки настоящих Перспектив были направлены на решение вопросов, связанных с повышением приоритета и контроля неинфекционных заболеваний, и разработку эффективной инфраструктуры для профилактики ССЗ. В рамках настоящего документа проведены десятки научно-исследовательских проектов и программ с активным внедрением результатов в практическое здравоохранение. Настоящая диссертационная работа является частью данного документа, в которой подвергнуты тщательному анализу ключевые научные публикации, посвящённые различным вопросам кардиологии.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Цель исследования.** Совершенствовать раннюю диагностику фибрилляции предсердий путём изучения частоты, факторов риска, характера терапии и клинико-функциональных особенностей с учётом пола в рамках амбулаторного регистра.

**Задачи исследования**

1. Изучить распространённость нарушений ритма и проводимости сердца, а также долю ФП среди обратившихся за медицинской помощью к кардиологу на амбулаторном этапе;
2. Установить этиологическую структуру ФП, факторы сердечно-сосудистого риска (тромбоэмболических и геморрагических), их возрастные и половые характеристики;
3. Изучить желудочково-предсердное ремоделирование у больных с ФП в зависимости от пола, а также оценить гемодинамические параметры, связанных с тромбозом ушка левого предсердия (УЛП);
4. Оценить характер антиаритмической терапии и приверженность медикаментозному лечению у пациентов ФП и выявить значимые факторы, влияющие на выполнение врачебных назначений.

**Объект исследования.** Объектом исследования послужила медицинская документация, амбулаторная карта кардиологических больных, находившихся на обследовании и лечение на базе функционального отделения Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан (ГУ НМЦ РТ) «Шифобахш» в 2022-2023 гг. Кроме того, проведено обобщение и анализ собственных клинических исследований (n=85) больных с установленным диагнозом ФП. Все наблюдаемые больные с ФП прошли комплекс клинических, биохимических, гемодинамических и статистических методов исследования.

**Предмет исследования.** Предметом исследования являлись возможности ранней диагностики ФП в реальной клинической практике на этапах амбулаторного наблюдения, подходы к реалистической оценке пусковых факторов, коморбидного фона и приверженности к антиагрегантной и



антиаритмической терапии, оценка профиля сердечно-сосудистого риска мужчин и женщин, сравнительный анализ и оценка желудочково-предсердного ремоделирования у больных с ФП в зависимости от половой принадлежности.

**Научная новизна исследования.** Установлено, что ранняя диагностика ФП, из-за высокой гетерогенности как патогенетических механизмов, так и скудности клинических проявлений, по-прежнему, остаётся сложной задачей и нуждается в комплексном подходе. В этом аспекте впервые в республике создан регистр амбулаторных больных на примере кабинета кардиолога отделения функциональной диагностики ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Подтверждена значимость фоновых и пусковых факторов развития ФП и ключевой роли данных электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ) в окончательной верификации диагноза.

Показано, что с высокой частотой фоновыми заболеваниями ФП являются АГ и ИБС, а значимыми факторами риска являются сахарный диабет (СД), психоэмоциональный стресс, чрезмерные физические нагрузки, курение и семейная агрегация. Впервые у больных с ФП изучен профиль сердечно-сосудистого риска (тромбоэмболического – CHA2DS2-VASc и геморрагического HAS-BLED) в зависимости от пола. Установлено, что сердечно-сосудистые риски у женщин в сравнении с мужчинами выше.

Впервые представлены изменения морфофункциональных параметров в ассоциации с полом, которые характеризовались сопоставимыми показателями функциональной сохранности АГ и структурного ремоделирования. Женский вариант ФП отличается значимыми отклонениями эхо-параметров, указывающих на диастолическую дисфункцию левого желудочка (ЛЖ). Впервые на амбулаторном этапе представлены данные чреспищеводной ЭхоКГ у больных с постоянной формой ФП, установившие факт наличия тромба УЛП.

Впервые проведён анализ характера и приверженности к терапии больных с ФП, отражавшихся на амбулаторном приёме у кардиолога. Результаты свидетельствовали о том, что фармакологический контроль частоты

сердечного сокращения (ЧСС) и ритма в большинстве случаев представлен  $\beta$ -блокаторами и дигоксином, а использование новейших оральных антикоагулянтов в реальной клинической практике требует усовершенствования. Немаловажным звеном контроля за амбулаторными больными с ФП является отсутствие мониторинга антитромботической терапии (МНО-контроль). Результаты оценки приверженности по шкале Мориски-Грина показали средний балл  $2,1 \pm 1,4$ , что указывает на низкий уровень приверженности больных ФП к терапии ОАК. Среди множества причин отмены антитромботической терапии занимали лидирующие позиции высокая стоимость препарата, непонимание значения приёма антикоагулянтной терапии и отсутствия возможности контроля МНО, и посещение врача кардиолога.

**Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.** Системный и комплексный подход к решению практической реализации поставленных задач составляет методологическую и теоретическую базу настоящего исследования. В протокол, разработанный нами с учётом международных стандартов, вошли компоненты диагностического поиска, в которые включены: а) клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики больного с сердечно-сосудистой патологией: б) международные диагностические критерии, стратификационные шкалы риска, опросники, индексы в) современные инструментальные технологии, включая чреспищеводную ЭхоКГ. При этом ключевыми направлениями в программе диагностического поиска пациентов с ФП на амбулаторном этапе являлись: диагностика различных вариантов ФП, оценка фоновых заболеваний и факторы риска, морфофункциональная характеристика и характер терапии в реальной клинической практике.

Ценность исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов республики и в процессе подготовки клинических протоколов для практикующих врачей.

### **Положения, выносимые на защиту.**

1. Диапазон нарушений ритма в структуре кардиоваскулярной патологии среди амбулаторных пациентов широк. С наибольшей частотой встречается ФП с различными вариантами течения, имеющие половозрастные отличия.

2. У больных с ФП пусковым и фоновым фактором развития наряду с психоэмоциональным стрессом и чрезмерной физической нагрузкой, СД и семейный анамнез имеет ключевое значение. АГ и ИБС являются классическими вариантами этиологии ФП. Анализ сердечно-сосудистого риска (тромбоэмболических и геморрагических) показал половые различия, что требует избирательного подхода при выборе стратегий лечения.

3. Морфофункциональная оценка с применением чреспищеводной ЭхоКГ обладает высокой информативностью как для сравнения структурных изменений у мужчин и женщин, так и для раннего обнаружения внутрисердечных тромбов в УЛП.

4. Современные подходы к медикаментозной терапии пациентов с ФП с использованием эффективных параметров, а также мониторинг антитромботической терапии существенно влияют на итоги фармакологического контроля ЧСС, основанного на принципах современной стратегии заболевания.

**Степень достоверности результатов** подтверждается репрезентативной базой исходящих материалов: первичная медицинская документация (медицинская карта амбулаторного больного и выписки из истории болезни пациентов, индивидуальные карты пациентов, письменное соглашение на проведение ряда инструментальных методов исследования). Полученные результаты исследования представлены в письменном реестре, а также включены в электронную базу и картотеки. Результаты инструментальных и лабораторных исследований представлены в письменном виде (журналы

регистрации) и в виде электронного носителя. Результаты и их достоверность подкреплены достаточным объёмом материалов исследования, публикациями и статистической обработкой результатов. Публикации по теме диссертации отражены в ведущих журналах для материалов диссертационных исследований. Выводы и рекомендации базируются на научном анализе результатов работы и обеспечены правильностью выборки, охватом первичного материала, тщательностью его анализа, системном подходе, использовании современных методов статистического анализа информации.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования).** Настоящая диссертация соответствует паспорту Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Президенте РТ по специальности 14.01.04. – Внутренние болезни: подпункт 3.4. Этиология и патогенез, факторы риска, генетика заболеваний внутренних органов; подпункт 3.8. Клинические проявления заболеваний внутренних органов; подпункт 3.9. Сочетанная патология внутренних органов кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы, опорно-двигательной и соединительной ткани, эндокринной системы во всем многообразии их проявлений; подпункт 3.14. Возрастные, половые и этнические особенности болезней внутренних органов.

**Личный вклад соискателя учёной степени.** Личный вклад автора состоит в самостоятельно выбранном научном направлении, проведении анализа литературных данных, посвящённых исследуемой проблеме. Совместно с научным руководителем определены цель работы, задачи и пути их достижения. Клинические и инструментальные обследования пациентов, заполнение соответствующих и специально разработанных для данного исследования учётных форм и клинических карт проводились автором самостоятельно. Оценка и интерпретация биохимических и инструментальных методов исследования осуществлялась с врачами лабораторий и функциональных кабинетов ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Интерпретация

полученных результатов, описание выводов и рекомендаций проводились совместно с научным руководителем.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на ежегодных научных конференциях ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (ИПОвСЗ РТ)» (2022-2024 гг.), ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет (ТГМУ) имени Абуали ибни Сино» (2022, 2023 гг.), конгрессе кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества (Душанбе, 2022 г) и конференции кардиологов РТ с международным участием (Душанбе, 2024 г). Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании межкафедрального экспертного совета по терапевтическим и общественным дисциплинам ГОУ «ИПОвСЗ РТ» (протокол №7/1 от 17.12.2024 г).

Результаты исследования внедрены в клиническую и лечебную работу функционального отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ и кардиологического отделения ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Материалы работ используются в учебном процессе на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ».

**Публикации по теме диссертации.** По теме диссертации опубликовано 15 печатных работ, из них 5 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ для публикации результатов диссертационного исследования и 10 тезисов.

**Структура и объём диссертации.** Структура диссертации представлена в традиционном стиле и изложена на 157 страницах. Состоит из введения, 6 глав (обзор литературы, материал и методы исследования, 3 главы, посвященные результатам собственных исследований, и глава обзор результатов исследования), выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. В список используемой литературы включены 242 источника, из них 109 отечественных и 133 зарубежных. Работа иллюстрирована 11 рисунками и 26 таблицами.

## ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Материал и методы исследования.** В выполнении настоящего исследования были использованы медицинская документация, амбулаторная карта кардиологических больных, находившихся на обследовании и лечение на базе функционального отделения ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в 2022-2023 гг. За период 2022-2023 гг. к кардиологу всего обратились 850 пациентов с различной кардиоваскулярной патологией. Работа проводилась в два этапа. На первом этапе исследования (ретроспективный анализ) из 850 больных, обследованных на базе функционального отделения ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» после проведения ЭКГ (в день визита) у 220, были выявлены те или иные нарушения ритма и (или) проводимости, и эти пациенты были включены в исследование.

Из 220 больных с нарушениями ритма у 85 (38,6%) наблюдалось ФП. Более детальному анализу подверглась группа пациентов с ФП (n=85), в рамках которой были изучены половозрастные характеристики, факторы риска, особенности терапевтического подхода, а также проведена оценка по шкалам риска кровотечений (HAS-BLED) и риска развития инсульта (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc). Дополнительно была проведена оценка приверженности к терапии с использованием опросника Мориски-Грина, а также фиксировались ответы пациентов на вопросы о причинах пропуска или прекращения приёма антикоагулянтных препаратов.

Из-за сложной, изменчивой морфологии и большого количества гребенчатых мышц в УЛП значительно чаще образуются тромбы у пациентов с неклапанной ФП. С целью оценки гемодинамических параметров, связанных с тромбозом УЛП, мы выделили группу (n=56) больных с постоянной формой ФП, которым проводили чреспищеводную ЭхоКГ по стандартной методике. Все пациенты (n=56) были разделены на две группы: I группа – 42 (75,0%) с отсутствием тромба в УЛП; II группа – 14 (25,0%) с наличием тромба в УЛП.

Диагноз основных нозологических форм устанавливался в соответствии с действующими рекомендациями.

Пакет лабораторно-инструментальных методов исследования в процессе выполнения настоящей работы осуществлялся на базе функциональных отделений ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Всем наблюдаемым больным с ФП (n=85) проводились: общий анализ крови; биохимический анализ крови; коагулограмма; рентгенологическое исследование грудной клетки; ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов; ЭКГ в 12 общепринятых отведениях; ЭКГ – Холтер; ЭхоКГ; чреспищеводная ЭхоКГ.

**Статистическая обработка материала.** Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (Stat Soft Inc., USA). Для количественных показателей определяли их среднее значение и стандартную ошибку ( $M \pm m$ ); для качественных величин указывались их абсолютные значения и доли (%). Для количественных данных использовался t-тест Стьюдента для независимых выборок с поправкой на неравенство дисперсий (тест Уэлча) или критерий Манна–Уитни, в зависимости от распределения данных и размера выборок. Для категориальных данных использовался  $\chi^2$ -тест, в том числе с поправкой Йетса или точный тест Фишера. Множественные сравнения между независимыми группами по количественным показателям по H-критерию Крускала-Уоллиса. При множественных сравнениях количественных показателей в зависимых группах использовался критерий Фридмана. Уровень статистической значимости принимался при  $p < 0,05$ .

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

За период 2022-2023 гг. к кардиологу всего обратились 850 пациентов с различной кардиоваскулярной патологией. После проведения ЭКГ (в день визита) у 220 были выявлены те или иные нарушения ритма и/или проводимости и эти пациенты были включены в исследование. Из 220 больных с различными нарушениями ритма и проводимости ФП наблюдалось у 85 (38,6%) пациентов, 53 (62,4%) – мужчин, 32 (37,3%) – женщин, со средним возрастом  $64,8 \pm 9,6$ . Большинство больных с ФП имели постоянную форму – 56

(65,9%). При этом персистирующая форма наблюдалась у 12 (14,1%) пациентов, впервые возникшая у 10 (11,8%), а пароксизмальная форма у 7 (8,2%). Больные с первичной ФП были гемодинамически стабильны, со средним систолическим артериальным давлением (САД) –  $123,8 \pm 10,4$  и диастолическим артериальным давлением –  $76,6 \pm 9,4$  мм рт. ст. Больные с постоянной формой ФП были старше по возрасту 67,3 и со средней продолжительности болезни  $4,9 \pm 1,7$  лет. Распространённость ФП увеличивалась с возрастом – в возрасте  $\leq 50$  лет – 5 (5,9%); 51-64 лет – 20 (23,5%); 65-74 лет – 44 (51,8%). При этом 16 (18,8%) пациентов были в возрасте 75 лет и старше.

Анализ факторов риска развития ФП выявил АГ у 72 (84,7%) пациентов, выступающую в качестве основного фонового и триггерного фактора. Значительная часть пациентов имела сахарный диабет 2 типа (31,8%). Текущее употребление алкоголя выявлено у 14,1% пациентов, а в анамнезе – у 35%. Физические и психоэмоциональные перегрузки, как известные факторы риска аритмий, присутствовали у 71,8% и 50,6% пациентов соответственно.

Согласно задачам исследования мы проанализировали половые различия ФП, сосредоточив внимание на сопутствующих заболеваниях, клинической картине, лечении, факторах риска и однолетних исходах сердечно-сосудистых событий, а также рецидивирующей ФП. Женщины были значительно старше мужчин ( $p < 0,01$ ) со средним возрастом  $69,2 \pm 9,7$  против  $61,8 \pm 11,8$ . Мужчины и женщины существенно различались по профилю сердечно-сосудистого риска. Женщины имели более высокий средний показатель ИМТ ( $32,7 \pm 6,9$  против  $29,4 \pm 4,6$ ,  $p < 0,05$ ) и более высокий уровень сопутствующих заболеваний, включая АГ, СД и пороки клапанов сердца. Наоборот, у мужчин была более высокая частота ИБС (45,3% против 25,0%), заболевания периферических артерий (7,5% против 3,1%), ОИМ в анамнезе (13,2% против 6,25%) ХОБЛ (15,1% против 3,1%) и ишемической кардиомиопатии и/или дилатационной кардиомиопатии (ДКМП; 5,7% против 3,1%). Распространенность ХБП было почти одинаково в сравниваемых группах. Базовые различия также были



переведены в различия прогностических оценок, с более высоким средним баллом CHA2DS2-VASc у женщин, чем у мужчин (3,4±1,3 против 2,2±1,5, p<0,001) (таблица 1).

**Таблица 1. – Сравнительная половая характеристика фибрилляции предсердий**

Параметры	Мужчины (n=53)	Женщины (n=32)	P
Возраст	61,8±11,8	69,2±9,7	<0,01
CHA2DS2-VASc, баллы	2,2±1,5	3,4±1,3	<0,001
HAS-BLED, баллы	2,5±1,14	2,6 ± 1,01	>0,05
ИМТ	29,4±4,6	32,7±6,9	<0,05
АГ	43 (81,1%)	29 (90,6%)	>0,05*
СД	15 (28,3%)	12 (37,5%)	>0,05*
ИБС	29 (54,7%)	12 (37,5%)	>0,05*
ИМ в анамнезе	7 (13,2%)	2 (6,25%)	>0,05**
Сердечная недостаточность	20 (37,7%)	13 (40,6%)	>0,05*
ХОБЛ	8 (15,1%)	1 (3,1%)	>0,05**
ХБП	6 (11,3%)	4 (12,5%)	>0,05**
Заболевание периферических артерий	4 (7,5%)	1 (3,1%)	>0,05**
ДКМП	3 (5,7%)	1 (3,1%)	>0,05**
ХРБС/РПС	1 (1,5%)	2 (6,3%)	>0,05**
Миокардиты	4 (7,5%)	1 (3,1%)	>0,05**
Заболевание щитовидной железы	3 (5,7%)	7 (21,9%)	<0,05**

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между мужчинами и женщинами (тест Уэлча, \* $\chi^2$ -тест, \*\*точный критерий Фишера)

В возрастной группе до 60 лет наблюдается более высокая частота выявления ФП у мужчин по сравнению с женщинами. Однако эта тенденция

меняется в старших возрастных группах: в диапазоне 60-74 лет ФП диагностируется у женщин значительно чаще (59,4%), а в группе 75 лет и старше – в 25% случаев. Среди факторов риска ССЗ наиболее часто наблюдались АГ, гиперхолестеринемия, СД 2 типа, психоэмоциональный стресс и физическая нагрузка распространённость которых составила 81,1%, 45,3%, 28,3%, 60,4% и 81,1% у мужчин и 90,6%, 56,2%, 37,5%, 34,4% и 56,3% у женщин соответственно. Каждая единица увеличения ИМТ увеличивает риск ФП на 3%, а интенсивное снижение массы тела также связано с уменьшением рецидивов ФП. В нашем наблюдении ожирение чаще встречалась у женщин (15,6% против 7,5%;  $p>0,05$ ).

Бессимптомное течение чаще встречалось у мужчин, в то время как различные симптомы и признаки чаще встречались у женщин: сердцебиение (24,5% против 31,3%) и СН (33,9% против 40,6%). Хотя статистически значимая разница была обнаружена в ЧСС при поступлении,  $122,4\pm 31,3$  удар в минуту (уд/мин) у женщин и  $109,6\pm 34,7$  уд/мин у мужчин, она была клинически незначимой.

Кроме того, были обнаружены различия в назначенном лечении для профилактики кардиоэмболических событий. Среди женщин 46,9% были назначены ОАК, абсолютная разница на 5,4% чаще, чем у мужчин. Что касается антиаритмического лечения, женщинам чаще назначали дигоксин (28,1% против 15,1%). Не было никаких существенных различий в остальных антиаритмических препаратах. В течение периода наблюдения были отмечены значительные половые различия в частоте возникновения СН. Женщины были более склонны, чем мужчины, к госпитализации из-за СН (28,1% против 15,1%).

Мы сочли необходимым определить частоту ФП и связанные с ней факторы риска среди пациентов с СН. В исследование были включены все больные с ФП ( $n=85$ : 53 (62,4%) – мужчины и 32 (37,6%) – женщины). У 31 (36,5%) пациентов было обнаружено СН, подтверждённой ЭхоКГ. Все пациенты ФП были разделены на две группы: I группа – 31 (36,5%) пациентов с

ФП и СН и II группа – 54 (63,5%) пациентов с ФП без СН. Пациенты с одновременной ФП и СН имели достоверно положительный анамнез ИМ, ИБС, СД, АГ и перенесенного инсульта/ транзиторной ишемической атаки (ТИА), но пол не имел значимой связи с ФП в сочетании с СН. Среди пациентов с ФП 21 (67,7%) имели в анамнезе ИБС, 6 (19,3%) имели положительный результат на ИМ в анамнезе. Ведущим сопутствующим заболеванием была АГ (90,3%) за ней следовал СД (54,8%) и перенесенный ОНМК (22,6%). Только у 3 (9,7%) пациентов в анамнезе было ЧКВ (таблица 2).

**Таблица 2. – Сравнения факторов риска и частота сопутствующих заболеваний у пациентов с фибрилляцией предсердий с и без сердечной недостаточности**

Показатель	ФП+СН (n=31)		ФП без СН (n=54)		P
	Abs	%	Abs	%	
Пол: мужчины	19	61,3	34	62,9	>0,05
Женщины	12	38,7	20	37,1	
ИБС	21	67,7	20	37,03	=0,003
ИМ (в анамнезе)	6	19,3	3	5,6	=0,03**
ЧКВ (в анамнезе)	3	9,7	4	7,4	>0,05**
АГ	28	90,3	44	81,5	>0,05
СД	17	54,8	10	18,5	<0,001
ХОБЛ	7	22,6	2	3,7	=0,004*
Перенесенный ОНМК	7	22,6	4	7,4	>0,05**

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ , \*с поправкой Йетса \*\*точный тест Фишера)

На развитие ФП у пожилых женщин особенно влияют гемодинамические факторы. Нами оценено морфофункциональная характеристика миокарда у больных с ФП. В исследование были включены все пациенты с ФП – 53 мужчин и 32 женщин. Морфофункциональный сравнительный анализ миокарда ЛП показал, что группы мужчин и женщин характеризовались сопоставимыми показателями (параметрами) функциональной сохранности ЛП и структурного ремоделирования. Как у мужчин, так и у большинства женщин

имел место повышенный ИОЛП – 46 (86,8%) и 23 (71,9%) случаев соответственно (медиана 41 (36; 47) у мужчин и 41 (32; 46) у женщин). Передне-задний размер ЛП свыше 4 см наблюдался у 29 (54,7%) мужчин и 15 (46,9%) женщин. В подгруппе больных женщин чаще ( $\approx 2$  раза) наблюдались критерии ГЛЖ (78,1% против 45,3% у мужчин) с повышенным значением медианы ОТС ЛЖ (0,53 против 0,4), что говорит в пользу концентрического варианта ремоделирования. У всех пациентов наблюдалась диастолическая дисфункция ЛЖ, при этом у женщин соотношение E/E' было более высокое по сравнению с мужчинами (13,6 против 11,3 соответственно) (таблица 3).

**Таблица 3. – Гемодинамические изменения у больных с фибрилляцией предсердий в ассоциации с полом**

Показатель	Мужчины (n=53)	Женщины (n=32)	P
ПЗРЛП, см	4,5 (3,8; 4,7)	4,1 (3,7; 4,6)	0,73
ИОЛП, мл/м <sup>2</sup>	41 (36; 47)	41 (32; 46)	0,79
ГДЛПн, %	12,3 (10,3; 14,8)	12,5 (10,4; 16,2)	0,66
ГДЛПс, %	-12,3 (-15,1; -10,7)	-12,8 (-15,4; -10,7)	0,76
ГЛЖ	24 (45,3%)	25 (78,1%)	0,003*
ОТС ЛЖ	0,4 (0,32; 0,49)	0,53 (0,46; 0,57)	<0,001
ФВЛЖ, %	60 (54; 64)	61 (56; 64)	0,89
КДР ЛЖ, см	4,8 (4,3; 4,9)	4,7 (4,3; 4,9)	0,90
КСР ЛЖ, см	3,2 (2,8; 3,4)	3,2 (2,7; 3,4)	0,73
КДО ЛЖ, мл	110 (87; 115)	111 (94; 114)	0,92
КСО ЛЖ, мл	42 (30; 46)	43 (36; 47)	0,76
ИММЛЖ, г/ м <sup>2</sup>	112 (96; 129)	116 (97; 129)	0,84
E/E'	11,3 (6,5; 14,2)	13,6 (9,36; 17,6)	0,046
E/E'/ КДО ЛЖ, мл <sup>-1</sup>	0,10 (0,06; 0,11)	0,14 (0,1; 0,18)	0,009

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между мужчинами и женщинами (по U-критерию Манна-Уитни, \* $\chi^2$ -тест). ПЗРЛП - переднезадний размер левого предсердия; ИОЛП - индекс объема левого предсердия; ГДЛПн - глобальная деформация левого предсердия в фазу наполнения; ГДЛПс - глобальная деформация левого предсердия в фазу систолу; ОТС ЛЖ - относительная толщина стенки левого желудочка; ФВЛЖ - фракция выброса левого желудочка; КДР ЛЖ - конечный диастолический размер левого желудочка; КСР ЛЖ - конечный систолический размер левого желудочка; КДО ЛЖ - конечный

диастолический объем левого желудочка; КСО ЛЖ - конечный систолический объем левого желудочка; ИММЛЖ - индекс массы миокарда левого желудочка; ГЛЖ - гипертрофия левого желудочка; E/E' - соотношение скорости раннего диастолического наполнения и скорости движения миокарда (как показатель диастолической функции); E/E'/ КДО ЛЖ, мл<sup>-1</sup> - соотношение E/E' и конечного диастолического объема ЛЖ (мл<sup>-1</sup>).

С целью оценки гемодинамических параметров, связанных с тромбозом УЛП, мы выделили группу (n=56) больных с постоянной формой ФП. После проведения чреспищеводной ЭхоКГ все пациенты (n=56) были разделены на две группы: I группа – 42 (74,6%) с отсутствием тромба в УЛП; II группа – 14 (25,4%) с наличием тромба в УЛП. В группе с наличием тромба УЛП мужчин было больше (64,3% и 35,7% соответственно), при почти одинаковой длительности ФП (5,1 и 4,8 соответственно). У пациентов с тромбом УЛП в два раза чаще выявляется ишемический инсульт в анамнезе (9,5% и 21,4% соответственно). Больные ФП с наличием тромбоза УЛП имели высокую степень тромбоэмболического риска (CHA2DS2-VASc 3,2±1,8) и геморрагического риска (HAS-BLED – 2,6±1,1), тогда как пациенты I группы имели умеренный тромбоэмболический и геморрагический риск (1,8±1,2 и 1,6±0,9 соответственно). Результаты анализа данных чреспищеводной ЭхоКГ в исследуемых группах представлены в таблице 4.

**Таблица 4. - Эхокардиографические параметры у больных с фибрилляцией предсердий (n=56)**

Показатель	I группа (n=42)	II группа (n=14)	P
ЛП, мм	46,6±5,5	49,9±7,8	>0,05
ПП, мм	45,3±5,1	48,8±5,3	=0,041
УЛП, мм	24,1±7,4	23,0±6,3	>0,05
УПП, мм	20,6±5,0	21,6±5,2	>0,05
КСР, мм	35,9±9,8	39,1±10,2	>0,05
КДР, мм	52,0±9,5	53,1±9,4	>0,05
КСО, мл	65,1±33,3	78,4±59,3	>0,05
КДО, мл	137,8±58,1	143,3±59,0	>0,05
ФВЛЖ,%	60,1±7,8	54,1±6,1	>0,05
ЗСЛЖ С/Д, мм	16,1±3	16,5±3	>0,05
	12,2±2	11,8±2,5	>0,05
МЖП С/Д, мм	16,8±3,2	15,5±3,8	>0,05

	13,3±2,4	11,7±2,5	>0,05
СЭК, сред. Стенк	2,7±0,7	3,5±0,9	=0,006
ПСК, см/с	39,8±11,4	29,1±12,5	=0,010

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни). ЛП – левое предсердие, ПП – правое предсердие, УЛП – ушко левого предсердия, УПП – ушко правого предсердия, КСР ЛЖ – конечный систолический размер левого желудочка, КДР ЛЖ – конечный диастолический размер левого желудочка, КСО ЛЖ – конечный систолический объем левого желудочка, КДО ЛЖ – конечный диастолический объем левого желудочка, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка, ЗСЛЖ С/Д – задняя стенка левого желудочка (систола/диастола), МЖП С/Д – межжелудочковая перегородка (систола/диастола), СЭК – спонтанное эхоконтрастирование, ПСК – пиковая скорость кровотока

Как видно из данных таблицы чреспищеводная ЭхоКГ выявила увеличение диаметра ЛП у пациентов с тромбом в УЛП до 49,9±7,8 мм по сравнению с 46,6±5,5 мм у пациентов без тромба. Аналогично, диаметр ПП был больше у пациентов с тромбом (48,8±5,3 мм против 45,3±5,1 мм). Средние систолический и диастолический объёмы ЛЖ составили 65,1±33,3 мл и 137,8±58,1 мл в группе без тромба и 78,4±50,3 мл и 143,3±5,9 мл в группе с тромбом соответственно. Пиковая скорость кровотока (ПСК) в УЛП, измеренная с помощью чреспищеводная ЭхоКГ, была ниже у пациентов с тромбозом (29,1±12,5 см/с) по сравнению с пациентами без тромбоза (39,8±11,4 см/с). Значение ПСК ниже 34 см/с подтверждает его роль как независимого предиктора тромбоза УЛП, что согласуется с данными литературы. Феномен СЭК был статистически значимо выше (=0,006) в группе с тромбозом УЛП (3,5±0,9) по сравнению с группой без тромбоза (2,7±0,7), демонстрируя увеличение на 22%.

Далее согласно задачам исследования нами проведён анализ характера терапии и оценки приверженности больных ФП к назначенной антикоагулянтной и антиаритмической терапии в условиях амбулаторного наблюдения. На каждого больного заполнялась анкета, а контакт устанавливался при амбулаторном посещении или телефонный контакт, в ходе которого, отражалась получаемая на тот момент антиаритмическая и антикоагулянтная терапия. В программу наблюдения были включены все пациенты с ФП (n=85).

Решение о назначении антикоагулянтной терапии принималось на основе оценки риска тромбоемболических осложнений, рассчитанной по шкале CHA2DS2-VASc. К сожалению, малое число кардиологов используют данную шкалу, а если используют, то по памяти и не применяют различные калькуляторы. Как правило, форма ФП не является показанием к антитромботической терапии. Наличие количества факторов риска определяют по шкале CHA2DS2-VASc, которая оценивает тромбоемболические осложнения. Перечень предикторов тромбоемболических осложнений по шкале CHA2DS2VASc представлен ниже (таблица 5).

**Таблица 5 – Факторы риска (по шкале CHA2DS2VASc) тромбообразования**

Показатель		Количество больных (n=85)	
		Abs	%
<b>C</b>	ХСН (ФВ<40%)	11	12,9
<b>H</b>	АГ	72	84,7
<b>A2</b>	возраст $\geq 75$ лет	16	18,8
<b>D</b>	Сахарный диабет	27	31,8
<b>S2</b>	Перенесённый инсульт или транзиторные ишемические атаки или тромбоемболии	11	12,9
<b>V</b>	ССЗ (заболевания периферических артерий, ИМ, атеросклероз аорты)	38	44,8
<b>A</b>	возраст от 65 до 74 лет	44	51,8
<b>Sc</b>	женский пол	32	37,6

Как видно из данных таблицы наибольшему риску возникновения тромбоемболических осложнений подверглись больные ФП с АГ 72 (84,7%) находившиеся в возрастной категории 65-75 лет 44 (51,8%) и имеющие ССЗ в ассоциации с женским полом 32 (37,6%).

В общей сложности 79 (92,9%) пациентов с ФП имели показатели риска CHA2DS2VASc  $\geq 2$  на момент осмотра. У 7,5% мужчин и 6,3% женщин

показатели составил 1 балл (по шкале CHA2DS2VASc), т.е. назначение пероральных антикоагулянтов в данной ситуации можно рассматривать (таблица 6).

**Таблица 6. – Бальная оценки риска тромбообразования по шкале CHA2DS2VASc**

Балл	Всего (n=85)		Мужчины (n=53)		Женщины (n=32)		P
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	
0 баллов	-	-	-	-	-	-	=0,445
1 балл	6	7,1	4	7,5	2	6,3	
2 балла	37	43,5	24	45,3	13	40,6	
3 балла и >	42	49,4	25	47,2	17	53,1	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между мужчинами и женщинами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

Анализ информации о характере терапии исследованной группы с ФП выявил ряд особенностей. Практически каждый пятый больной, 16 (18,8%), не получал антитромботическую терапию. Варфарин 29 (34,1%) оказался самым назначаемым препаратом, тогда как ПОАК использовались существенно реже 8 (9,4%). Антиагреганты получали 41 (42,2%) больных ФП, среди которых все ещё высок процент использования аспирина в качестве монотерапии – 29 (34,1%), а в сочетании с клопидогрелом - в 12 (14,1%) случаев.

Длительный прием антикоагулянтов чреват риском развития кровотечений у больных с ФП. Для оценки риска геморрагических осложнений широко применяется шкала HAS-BLED, отличающаяся удобством использования в кардиологической практике и позволяющая прогнозировать развитие кровотечений, включая геморрагический инсульт. В таблице 7 представлены результаты анализа частоты факторов риска геморрагических осложнений, определенных по шкале HAS-BLED.

**Таблица 7. - Факторы риска геморрагических осложнений (по шкале HAS-BLED)**

Показатели	Общее количество больных (n=85)
------------	---------------------------------



		<b>Abs</b>	<b>%</b>
H	АГ – систолическое АД > 160 мм рт. ст.	28	32,9
A	Дисфункции печени и почек	9	10,6
S	Инсульт	11	12,9
B	Кровотечение	5	5,9
L	Нестабильное МНО	10	11,8
E	Возраст старше 65 лет	60	70,6
D	Прием некоторых лекарств и алкоголя	7	8,2

Согласно предоставленным данным таблицы, наиболее распространенными факторами, способствующими геморрагическим осложнениям по шкале HAS-BLED, являются АГ с показателями выше 160 мм рт. ст., выявленная у 28 пациентов (32,9%), а также возраст 65 лет и старше, зарегистрированный у 60 больных (70,6%) с ФП.

Результаты показали, что риск геморрагических событий у 13 (15,2%) больных был высокий, когда как один из факторов риска САД более 160 мм рт.ст. – поддается коррекции.

Анализ антиаритмической терапии у пациентов с ФП показал следующее: бета-блокаторы применялись у 36 пациентов (42,4%), подтверждая их важную роль в лечении. Верапамил назначался 16 пациентам (18,8%), дилтиазем – 9 (10,6%). Дигоксин также применялся у значительной части пациентов – 17 (20%).

После анализа данных о характере терапии была проведена оценка приверженности пациентов к рекомендуемой терапии, вследствие чего был использован опросник Мориски-Грина. При этом информация о причинах несоблюдения режима терапии (ОАК) суммирована путем телефонных опросов и (при возможности) непосредственных бесед с пациентами. Запись опроса фиксировалась через 3, 6, 12 месяцев. Количество больных за 12-месячный срок наблюдения имело тенденцию к уменьшению – через 3 мес. – 71 (83,5%), 6 мес. – 54 (63,5%) и через 12 мес. – 38 (44,7%) больных выходили на контакт или

пришли на прием к врачу-кардиологу. Среди наблюдавшихся амбулаторно больных (n=85) до обращения получали варфарин 29 (34,1%) пациентов, тогда как ПОАК получали 8 (9,4%) антиагреганты – 41 (48,2%), при этом 16 (18,8%) больных не получали никаких антитромботических препаратов. В ходе наблюдения за пациентами с ФП в течение 3, 6 и 12 месяцев были проанализированы данные о приеме антитромботических препаратов. Через 3 месяца на контрольный прием явился 71 пациент. Из них 26 (36,6%) принимали варфарин, 9 (12,7%) — ПОАК, а 39 (54,9%) — антиагреганты. 11 (15,5%) пациентов отказались от антитромботической терапии. Приверженность к ОАК (варфарин и ПОАК) составила 49,3%. Через 6 месяцев из 54 пациентов, явившихся на прием, 31 (57,4%) принимали антиагреганты, 17 (31,6%) — варфарин, и 6 (11,1%) — ПОАК. 7 (12,9%) пациентов прекратили прием антитромботических препаратов. Приверженность к ОАК в эту фазу составила 42,6%. Через 12 месяцев из 38 пациентов 24 (63,2%) принимали антиагреганты, и всего 12 (31,6%) — ОАК (9 пациентов — варфарин, 3 — ПОАК). Из 38 пациентов 5 (13,2%) не получали антитромботическую терапию.

Результаты оценки приверженности по шкале Мориски-Грина набравших 4 балла наблюдались только у 30,9% больных; т.е. только каждый третий больной был привержен к терапии через 3 месяца, частично или недостаточно привержены 29,6% больных, набравшие 3 балла. Ситуация с не приверженными пациентами к назначенной терапии намного хуже и через три месяца она составила 39,4%, а спустя 12 месяцев эта цифра достигла 55,3%. Средний балл по Мориски-Грину в процессе 3 мес. наблюдения составил  $2,1 \pm 1,4$ . Данные цифры говорят, что использование ОАК на амбулаторном этапе лечения характеризуется низким уровнем приверженности больных с аритмией (таблица 8).

**Таблица 8. – Оценка приверженности к терапии оральным антикоагулянтам (баллы) по шкале Мориски-Грина (% от общего количества больных с фибрилляцией предсердий)**

Число баллов	3 мес.	6 мес.	12 мес.	Р
--------------	--------	--------	---------	---

по Мориски-Грину	(n=71)	(n=54)	(n=38)	
0-2 балла	28 (39,4%)	26 (48,1%)	21 (55,3%)	>0,05
3 балла	21 (29,6%)	13 (24,1%)	9 (23,7%)	
4 балла	22 (30,9%)	15 (27,7%)	8 (21,0%)	
Средний балл	2,1±1,4	2,1±0,2	1,99±0,3	>0,05

Примечание: p – статистически значимые различия в динамике наблюдения ( $\chi^2$  тест на тренд, \*ANOVA Фридмана)

Один из пунктов опросника включал информацию о причинах прекращения антитромботической терапии среди пациентов с ФП, который проведен при каждой посещении больных (через 3 мес., 6 мес. и 12 месяцев). Результаты анализа опросника показали, что среди множества причин отмены антитромботической терапии превалировала причина «высокая стоимость препарата» при каждом посещении больных (через 3 мес. – 22,5%, 6 мес. – 22,2% и 12 мес. – 23,7%), непонимание значения приема антикоагулянтной терапии 18,3%, 18,5% и 15,9%, нет возможности контроля МНО и посещение врача кардиолога – 14,1%, 14,8% и 13,2%, отсутствие эффекта от проводимой терапии – 11,3%, 12,9% и 10,5%, наличие побочных эффектов – 4,2%, 7,4% и 5,3% и обострение сопутствующей патологии с частотой 5,6%, 5,5% и 5,3% соответственно.

## ВЫВОДЫ

1. В структуре кардиоваскулярной патологии пациентов (n=850), обратившихся за медицинской помощью к кардиологу на амбулаторном этапе, каждый четвертый (25,9%) больной имел те или иные нарушения ритма и проводимости. Среди них у 85 (38,6%) по данным ЭКГ в день обращения была зафиксирована ФП, из которых 53 (62,4%) – мужчин, 32 (37,3%) – женщин, средний возраст – 64,8±9,6 лет. Среди различных вариантов ФП с наибольшей частотой (65,9%) встречалась постоянная форма, у 12 (14,1%) персистирующая и у 10 (11,8%) впервые возникшая. Распространённость ФП увеличивалась с возрастом: в возрасте ≤50 лет – 5 (5,9%); 51-64 лет – 20

- (23,5%); 65-74 лет – 44 (51,8%). В возрастной категории до 60 лет ФП встречалась чаще у мужчин, чем у женщин [1-А, 9-А, 10-А].
2. У большинства больных с ФП фоновым и пусковым фактором развития была АГ (84,7%). В структуре факторов риска СД, психоэмоциональный стресс и физические нагрузки занимали лидирующие позиции. Анализ этиологии ФП показал, что классической причиной помимо АГ служила ИБС (48,2%), реже миокардиты и ХРБС (5,9% и 3,5% соответственно), и лишь у 7,1% обследованных больных определить причину не удалось [1-А, 6-А, 14-А].
  3. По профилю сердечно-сосудистого риска мужчины и женщины существенно различались. Женщины имели более высокий средний показатель ИМТ ( $32,7 \pm 6,9$  против  $29,4 \pm 4,6$ ,  $p < 0,05$ ) и более высокую частоту сопутствующих заболеваний, включая АГ, СД и пороки клапанов сердца. Также у женщин средний балл по CHA2DS2-VASc был выше по сравнению с мужчинами ( $3,4 \pm 1,3$  против  $2,2 \pm 1,5$ ,  $p < 0,001$ ). Были обнаружены различия в назначенном лечении для профилактики кардиоэмболических событий. Женщины были более склонны, чем мужчины, к госпитализации из-за СН (28,1% против 16,9%). Частота СН у больных ФП составила 38,1%, которые имели достоверно положительный анамнез ИМ, ИБС, СД 2 типа и АГ, при этом не наблюдались половые различия по их частоте [2-А, 4-А, 6-А, 7-А, 9-А, 12-А, 13-А, 14-А].
  4. Сравнительный анализ морфофункциональных параметров в зависимости от пола характеризуется сопоставимыми показателями функциональной сохранности ЛП и структурного ремоделирования. Как у мужчин, так и у женщин имел место повышенный ИОЛП – 86,8% и 71,9% соответственно и увеличение передне-заднего размера ЛП (54,7% и 46,9% соответственно). При этом у женщин почти в два раза были повышены значения ОТС ЛЖ и соотношение  $E/E'$ , что свидетельствует о диастолической дисфункции ЛЖ [4-А, 7-А, 15-А].
  5. Чреспищеводная ЭхоКГ у 14 (25,4%) из 56 больных с постоянной формой ФП выявила внутрисердечный тромб в УЛП. Сравнительная характеристика

тромбоэмболического (CHA2DS2-VASc) и геморрагического (HAS-BLED) риска у пациентов с наличием тромба в УЛП продемонстрировала высокую степень – 3,2 и 2,6 против 1,8 и 1,6 соответственно. По данным чреспищеводной ЭхоКГ диаметр ЛП и ПП у больных с наличием тромба в УЛП были статистически значимо выше  $49,9 \pm 7,8$  и  $48,8 \pm 5,3$  по сравнению с пациентами I группы (без наличия тромба в УЛП)  $46,6 \pm 5,5$  и  $45,3 \pm 5,1$  ( $p=0,041$ ) соответственно. Также обнаружено снижение ПСК ( $29,1 \pm 12,5$  см/с) и повышение феномена СЭК у больных с тромбозом УЛП ( $3,5 \pm 0,9$ ) по сравнению с подгруппой без тромбоза ( $39,8 \pm 11,4$  см/с и  $2,7 \pm 0,7$  соответственно) [5-А, 7-А, 15-А].

6. Анализ характера терапии исследуемой группы больных с ФП показал, что фармакологический контроль ЧСС в основном представлен бета-блокаторами и дигоксином, а использование ПОАК у больных с ФП в реальной клинической практике желает быть лучше. Кроме того, настораживает отсутствие мониторинга антитромботической терапии (МНО контроль) в амбулаторной практике и недостаточные знания врачей-кардиологов на местах о комбинированном фармакологическом контроле ФП. Результаты оценки приверженности по шкале Мориски-Грина показали средний балл  $2,1 \pm 1,4$  через 3 месяца и  $1,99 \pm 0,3$  через 12 месяцев, что свидетельствует о низком уровне приверженности пациентов с ФП к терапии ОАК. Среди множества причин отмены антитромботической терапии – высокая стоимость препарата, непонимание значения приёма антикоагулянтной терапии и отсутствие возможности контроля МНО и посещения врача-кардиолога занимали лидирующие позиции [1-А, 2-А, 3-А, 8-А, 10-А, 11-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Модификация факторов риска должна стать важным дополнительным элементом лечения ФП, наряду с антикоагулянтной терапией, контролем

ритма и контролем ЧСС. Особое внимание следует уделить артериальной гипертензии, стремясь к достижению целевых показателей артериального давления с помощью ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина II, или антагонистов минералокортикоидных рецепторов. Необходимо также пропагандировать отказ от курения, ограничение чрезмерных физических нагрузок и умеренное потребление алкоголя.

2. Для ранней диагностики ФП рекомендуется скрининг ЭКГ, особенно у пациентов старше 50 лет и лиц с факторами риска (АГ, СД, ИБС). Персонализированный подход к лечению подразумевает обязательную оценку тромбоэмболического риска (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) и риска кровотечений (HAS-BLED) для выбора оптимальной антикоагулянтной терапии. При высоком тромбоэмболическом риске или увеличении левого предсердия показана чреспищеводная ЭхоКГ. Важно учитывать половые различия в риске ФП и ее осложнений.
3. Индивидуализация терапии с учетом половых различий в сердечно-сосудистом риске, морфофункциональных параметрах сердца (диастолическая дисфункция ЛЖ у женщин) и сопутствующих заболеваниях. Женщины требуют более пристального внимания к профилактике тромбоэмболии из-за более высокого балла по CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и более высокой частоты СН. Предпочтительны новые оральные антикоагулянты для профилактики тромбоэмболии. Обязателен регулярный мониторинг эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии: контроль МНО при использовании варфарина или соответствующих параметров при применении ПОАК.
4. Низкая приверженность к лечению является серьезной проблемой. Использование шкалы Мориска-Грина для оценки приверженности к антитромботическим препаратам и разработка и внедрение образовательных программ для повышения приверженности пациентов к лечению, с акцентом на важность регулярного приема препаратов и необходимости мониторинга. Активное вовлечение пациентов в процесс принятия решений о лечении.

## **ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Статьи в рецензируемых журналах**

[1-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Современная стратегия контроля частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии /С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев// Ж. Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. XII, №1. – С. 99-107.

[2-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Мерцательная аритмия и сердечная недостаточность: обзор современных подходов к терапии /С.М. Шукурова, П.Х. Одинаев, Х.Ф. Рахматуллоев, И.Б. Гайратова, Р.Х. Файзалиев// Ж. Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. –2023. – Т. XIII, №1. – С. 124-131.

[3-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Характер антиаритмической и антиагрегантной терапии фибрилляции предсердий в амбулаторных условиях /Х.Ф. Рахматуллоев// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – №1. – Стр. 41-48.

[4-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Сердечная недостаточность и фибрилляция предсердий: различия диастолической дисфункции сердца в зависимости от фракции выброса левого желудочка / П.Х. Одинаев, С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – №3. – Стр. 84-90.

[5-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Эхокардиографическая картина наличия тромбов ушка левого предсердия у пациентов с фибрилляцией предсердий/С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев, П.Х. Одинаев// Ж. Здравоохранения Таджикистана. – 2023. – №4 (359). – С. 103-108.

### **Статьи и тезисы в сборниках конференции**

[6-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Полиморбидность у пожилых больных с фибрилляцией предсердий /С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев, А.А. Гоибназаров// Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – 2022. – С.48-49.

- [7-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Прогностическое значение фибрилляция предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью с разной фракцией выброса левого желудочка /С.М. Шукурова, А.И. Файзуллоев, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – 2022. – С.77.
- [8-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Антитромботическая терапия ривароксабаном у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях амбулатории /Х.Ф. Рахматуллоев, П.М. Мехралишоева// Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии. – 2023. – С.88-89.
- [9-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Фибрилляция предсердий у мужчин с артериальной гипертензией и ожирением /Х.Ф. Рахматуллоев, М.Ш. Ахмадзода, А. Гоибназаров// Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии. – 2023. – С.89.
- [10-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Оценка терапии фибрилляция предсердий в амбулаторных условиях /С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев, М.Ш. Ахмадзода// Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии. – 2023. – С.114-115.
- [11-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Характер антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях амбулатории /Х.Ф. Рахматуллоев, Н.М. Хасанов, Дж.Ш. Джураев// Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии.–2023.–С.125-126.
- [12-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Хроническая сердечная недостаточность у лиц пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий /С.М. Шукурова, П.Х. Одинаев, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции с международным участием «Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование – основа современной подготовки кадров здравоохранения». – 2023. – С.111.



[13-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Прогностическая значимость продолжительности комплекса QRS у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляция предсердий: ретроспективное исследование /С.М. Шукурова, П.Х. Одинаев, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции с международным участием «Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование – основа современной подготовки кадров здравоохранения». – 2023. – С.112.

[14-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Факторы риска и коморбидность у больных хронической сердечной недостаточностью в ассоциации с фибрилляцией предсердий /С.М. Шукурова, П.Х. Одинаев, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным участием «Медицинская наука и образование-от традиций к инновациям».– 2024.–С.93-94.

[15-А]. Рахматуллоев Х.Ф. Морфофункциональная характеристика сердца у больных с фибрилляцией предсердий /С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев, П.Х. Одинаев, // Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным участием «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». – 2024. – С.94.

### **ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

АВК – антагонисты витамина К

АВ-узел – атриовентрикулярный узел

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка

ЕОК – Европейское общество кардиологов

ИАПФ – ингибиторы ангиотензин превращающего фермента

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМТ – индекс массы тела

КВЗ – кардиоваскулярные заболевания  
ЛЖ – левый желудочек  
ЛП – левое предсердие  
НБКК – негидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов  
ОАК – оральные антикоагулянты  
ОИМ – острый инфаркт миокарда  
ОТС ЛЖ – относительная толщина стенки левого желудочка  
ПОАК – пероральные антикоагулянты  
РКИ – рандомизированные клинические исследования  
РТ – Республика Таджикистан  
СД – сахарный диабет  
СН – сердечная недостаточность  
СОАС – синдром обструктивного апноэ во сне  
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания  
УЛП – ушко левого предсердия  
ФВ – фракция выброса  
ФП – фибрилляция предсердий  
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь лёгких  
ХСН – хроническая сердечная недостаточность  
ЧСС – частота сердечного сокращения  
ЭКГ – электрокардиография  
ЭхоКГ – эхокардиография  
β-АБ – бета-адреноблокаторы

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШКАДАИ  
ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ  
ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

**ТДУ 616.12-008.313.2; 616-08-039.57**

**Раҳматуллоев Хушрӯз Фарҳодович**

**МАЪЛУМОТҲОИ КЛИНИКӢ-ФУНКЦИОНАЛӢ, АНАМНЕЗ ВА  
ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ  
ФИБРИЛЛЯТСИЯИ ДАҲЛЕЗҲОИ ДИЛ АЗ РӢИ НАТИҶАҲОИ  
НАЗОРАТИ АМБУЛАТОРӢ**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи**

**илмии номзади илмҳои тиббӣ**

**аз рӯи ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ**

**Душанбе-2025**

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

**Рохбари илмӣ:** **Шукурова Сурайё Мақсудовна** – узви вобастаи АМИТ, д.и.т, профессор, мудирӣ кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Муқарризони расмӣ:** **Олимзода Насим Хоча** – д.и.т., профессор, директори МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Раҳимов Ҷасур Ҷумабоевич** – н.и.т., сардори госпитали Раёсати тиббии Вазорати корҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муассисаи тақриздиханда:** Маркази рушди ихтисоснокии касбии кормандони соҳаи тандурустии Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Ёзбекистон (ш. Тошканд).

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2025 соати «\_\_\_\_\_» дар маҷлиси Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-008, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734026 ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992918724088.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” шинос шудан мумкин аст,

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2025 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ**

**Шӯрои диссертатсионӣ,**

**номзади илмҳои тиб, дотсент**

**Р.Ҷ. Ҷамолова**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамии мавзӯи таҳқиқот.** Фибриллятсияи даҳлезҳо (ФД) маъмултарин аритмия аст ва 43,6 миллион беморон дар саросари ҷаҳон гирифтори он мебошанд [Ардашев А.В. ва дигарон, 2021; Samim D. et al., 2023]. Дар ду даҳсолаи охир паҳншавии ФД 13% афзудааст ва интизор меравад, ки шумораи беморон дар давоми ду-се даҳсолаи оянда бо сабаби афзоиши гирифтронии бемории ФД ва пиршавии аҳоли ду ё се баробар зиёд мешавад [Аракелян М.Г. ва дигарон, 2021; Joseph P. G. et al., 2021].

ФД як ҳолати пешравандаест, ки эҳтимолияти марг, сактаи мағзи сар, норасогии дил (НД) ва бад шудани сифати зиндагиро зиёд мекунад [Ревиншвили А.Ш. ва дигарон, 2022; Vano A. et al. 2021; Harrison S.L. et al., 2022]. ФД дар байни мардҳо бештар паҳн шудааст, ки онҳо нисбати занҳо се маротиба зиёдтар ба ин беморӣ гирифтор мешаванд. Аммо, бо назардошти дарозумрии занҳо, шумораи мутлақи беморон муқоисашаванда аст ва ҳолатҳои ФД бештар дар занҳои 75-сола ва аз он боло ба қайд гирифта мешавад [Белюк Н.С. ва дигарон, 2020; Norris C. M. et al., 2020; Rathfoot C. et al., 2021]. ФД харду чинсро ба хатарҳои ҷиддӣ, аз ҷумла сактаи мағзи сар, камақлӣ ва НД моил мекунад [Якусевич В.В. ва дигарон, 2023; Vano A. et al. 2021]. Бо вучуди ин, чинси зан омили мустақили хатарӣ пайдоиши сактаи мағзи сар, ки ба ФД вобаста аст, мебошад ва он дар занҳои гирифтори ФД нисбат ба мардҳо вазнинтар мегузарад [Норрис С.М. ва дигарон., 2020; Rathfoot C. et al., 2021].

Арзёбии омилҳои хатар ва бемориҳои ҳамрадиқ ҷузъи муҳими ташҳиси саривақтӣ ва табобати мувофиқи ФД мебошад. Омилҳои хатарӣ ФД пиронсолӣ, бемориҳои дил, фишорбаландии шараёнӣ (ФШ), фарбеҳӣ, апоноэ ҳангоми ҳоб, истеъмоли машрубот ва ғайра мебошанд. [Тулелбергенов Г. К. ва дигарон, 2022; Guo Y. et al. 2021; Čarná Z. et al. 2021]. Дар баъзе ҳолатҳо омилҳои хатар ошқор карда намешаванд, ки моилии генетикӣ ба ФД-и дар асоси он истодаро нишон медиҳад [Белюк Н.с. ва дигарон, 2020; Okeefe E. L. et al. 2021]. Санҷиши сохторӣ барои мавҷудияти омилҳои хатарӣ ислоҳшаванда муҳим аст, зеро ба истилоҳ "табобати болораванда"-и ин ҳолатҳо метавонад ба натиҷаҳои

стратегияҳои назорати назм таъсир расонад [Тлегенова Ж.Ш. ва дигарон, 2019; Okeefe E. L. et al. 2021].

ФД асосан дуҷумдараҷа дар заминаи ФШ, осеби ишемикӣ ва/ё дигар осебҳои органикии дил ба вучуд меояд [Аванесян Г.А. ва дигарон, 2022; Лукьянов М. м. ва дигарон, 2021; Hindricks G. et al. 2021]. Басомади он дар заминаи сактаи шадидаи миокард (СШМ) дар 6-21% беморон ба қайд гирифта шудааст [Лукьянов м.м. ва дигарон, 2021; Malik V. et al. 2020; Vano A. et al. 2021]. Бемориҳои дилу рағҳо (БДР) ба фаъолияти барқӣ ва тағйироти сохтори даҳлезҳо таъсири назаррас мерасонанд, ки эҳтимолан омили асосии патогенези ФД мегардад. Ғайр аз он, тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки миопатия ва фибрози даҳлезӣ дар механизмҳои, ки ба пайдоиши ФД мусоидат мекунанд, нақши муҳим доранд [Мирончук Н.Н. ва дигарон, 2018; Абдуллоева Г.Ж. ва дигарон, 2023; Ríos-Muñoz G. R. et al. 2022]. Беморони солхӯрдаи ФД аксар вақт дигар бемориҳои музмин доранд, ки ба ҷараёни клиникаи онҳо таъсир мерасонанд. Мултиморбидӣ (мавҷудияти  $\geq 2$  ҳолатҳои музмини ҳамрадиф) муносибати пурра ва комплексиро ба табобати беморон талаб мекунад, зеро дар чунин беморон хавфи сактаи мағзи сар ва хунравӣ нисбат ба беморони бидуни бемориҳои ҳамрадиф зиёдтар аст [Максимова М.Ю. ва дигарон, 2019; Лукьянов М.М. ва дигарон, 2021; Vano A. et al. 2021; Rathfoot C. et al., 2021]. Алоқамандии байни ҳолатҳои коморбидӣ, ФД ва тромбопрофилактикаи оптималӣ ҳам оқибатҳои тиббӣ ва ҳам иқтисодӣ дорад.

Қайдномаи беморон воситаи хеле муассир барои таҳқиқи омилҳои хатари БДР, патологияҳои ҳамрадиф, арзёбии самаранокии табобат ва риояи беморон ба муолиҷаи доруворӣ таъиншуда дар амалияи клиникаи ҳаррӯза мебошанд [Шубик Ю.Б. ва дигарон, 2021]. Натиҷаҳои таҳлили қайдномаҳо имкон медиҳанд, ки номувофиқатии байни протоколҳои тавсияшудаи табобат ва амалияи воқеии клиникӣ муайян карда шавад. Тавсияҳои клиникаи миллӣ ва байналмилалӣ ба беморони гирифтори ФД табобати антикоагулянтӣ, статинҳо-барои бемории ишемии дил (БИД) ва  $\beta$ -адреноблокаторҳо ва ингибиторҳои ангиотензин ферментро табдилдиҳанда (ИАФТ)/блокаторҳои ресепторҳои

ангиотензин (БРА) барои норасогии музмини дил (НМД) пешниҳод мекунад. Аммо таҳлили маълумоти амалияи воқеии клиникӣ ихтилофоти назаррасро бо ин тавсияҳо ошкор мекунад. Ҳамин тавр, басомади таъин кардани доруҳои липидпаस्तкунанда ба беморони БИД аз 30% то 37%-ро ташкил мекунад, истеъмоли антикоагулянтҳои даҳонӣ (АКД) дар беморони ФД дар доираи васеъ аз 4,1% то 62,7% тағйир меёбад ва таъин кардани ИАФТ/БРА ва  $\beta$ -АБ ба беморони гирифтори НМД ҳамагӣ 40,7-69%-ро ташкил медиҳад [Горбунова Е.В. ва дигарон, 2023; Joseph P. g. et al. 2021].

Имрӯз дар Тоҷикистон яке аз мушкилоти асосии самаранокии пасти табобат ва мураккабии назорати беморони ФД полипрагмазия, истеъмоли беназорати доруҳо, риояи пасти табобат ва огоҳии нокифояи тиббии аҳоли мебошад. Барои истифодаи дарозмуддати антикоагулянтҳо дар беморони гирифтори ФД ва бемориҳои ҳамрадиф, бояд муносибати муосир ва универсалӣ истифода шавад, ки боҳамтаъсиркурии доруҳо ба назар гирад ва таъсири пешгӯишаванда ва идорашавандаи кардиологҳо ва табибони дигар ихтисосҳо таъмин кунад.

Моилии беморон ба табобат дар ноил шудан ба натиҷаҳои мусбӣ ҳангоми таъини доруҳо барои табобати БДР нақши калидӣ дорад. Тадқиқоти Diez Manglano J. et al. нишон дод, ки риояи дақиқи тавсияҳои клиникӣ дар табобати ФД дар шароити амалияи воқеии клиникӣ бо афзоиши умри беморон то се сол алоқаманд аст оварда мерасонад [Диез Мангано Ч, et.al., 2014]. Аммо таъсири риояи табобати доругӣ ба пешгӯии беморони дорои омезиши ФД, ФШ, БИД ва НМД ба таври кофӣ омӯхта нашудааст.

Аз рӯи гуфтаҳои боло, иҷрои таҳқиқоти мушоҳидавии ретро- ва проспективӣ дар беморони ФД дар доираи қайдномаи амбулаторӣ муҳим мебошад ва аҳмияти амалӣ дорад.

### **Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.**

Сарфи назар аз пешрафти назаррас дар мушкилоти БДР, масъалаҳое, ки аз як тараф алоқаманданд бо ташхиси барвақти аритмия, арзёбии воқеии фарқиятҳои ҷинсӣ ва заминаи ҳолатҳои коморбидӣ ва риояи беморон ба

табобати амбулаторӣ [Соколов А.В. ва дигарон, 2021; Якусевич В. В. Ва дигарон, 2023; Rathfoot C. et al., 2021; Moudallel S. et al., 2022], аз тарафи дигар, бо мушкилоти мавҷуда дар интихоби табобати муосири антиагрегантӣ ва антиаритмикӣ дар беморони ФД дар марҳилаи аввалияи кӯмак, баҳсбарангез боқӣ мемонад ва таҳқиқоти минбаъдaro талаб мекунад [Ионин В.А. ва дигарон, 2020; Горбунова Е. В. ва дигарон, 2023; Chen H. et al., 2022]. Мушкилоти бистаришавии дубора ба тамоми системаҳои тандурустӣ таъсир мерасонад ва омили муҳими афзоиши арзиши умумии табобат ва дигар хароҷоти тиббӣ мебошад [Матюкевич М.Ч. Ва дигарон, 2022]. Шумораи аз ҳад зиёди бистаршавӣ ва самтгирӣ ба табобати гаронбаҳои статсионарӣ тавозуни байни бахшҳои статсионарӣ ва амбулаториро вайрон мекунад.

Марҳилаи амбулатории мониторинги аритмияҳои гуногун дар муайян кардани сабабҳо, омилҳои хатар, пешгӯии шароити ба ҳаёт таҳдидкунанда ва баланд бардоштани сифати зиндагӣ нақши муҳим дорад. Дар робита ба ин, таҳияи стратегияҳо оид ба коҳиш додани бистаришавӣ бо ФД бидуни зарар ба нигоҳубини беморон метавонад ба коҳиш додани сарборӣ дар соҳаи тандурустии ҷумҳурӣ мусоидат кунад. Дар ин ҷиҳат, таҳия ва татбиқи протоколҳои ҷобачогузорӣ, ки беморонро бо ФД устувор ба табобати амбулатории фардӣ равона мекунад, метавонанд бистариро бо ФД коҳиш диҳанд ва сифати умумии табобатро беҳтар кунанд. Масъалаи пайдарпаии байни ёрии аввалияи тиббӣ ва санитарии кардиологҳо барои таъмини назорати дарозмуддати беморони ҷавобшуда барои тандурустии ҷумҳурӣ мушкил аст. Ин ба клиникаҳои махсускардашуда низ дахл дорад, ки метавонанд барои интиқоли табобат ба шароити амбулаторӣ варианти махсусан муассир бошанд.

Бо вучуди муҳокимаи ҳамачонибаи масъалаҳои ФД дар сохтори умумии аритмияҳо, басомад ва натиҷаҳои онҳо ҳангоми БДР-и гуногун, ҷонибҳои ҳалнашуда дар бораи хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ-морфофункционалии ФД дар якҷоягӣ бо патологияи ҳамрадиф, фарқиятҳои ҷинсӣ, фармакотерапия ва ғайра мавҷуданд.



**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ.** Ташкили кӯмаки муассир ва пешгирии бемориҳои ғайрисироятӣ дар ҳифзи саломатии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) аз сабаби ташвиши зиёди онҳо дар натиҷаи ғавти бармаҳал ва аз даст додани қобилияти кори доимӣ самтҳои афзалиятнок мебошанд. Дар сохтори бемориҳои ғайрисироятӣ БДР пешсафанд ва сабаби асосии ғавт дар сохтори ғавти умумии аҳолии ҶТ боқӣ мемонанд. Бо дарназардошти ин бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 декабри соли 2012, №676 лоихаи "Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи солҳои 2012-2023" тасдиқ карда шуд. Ҳадафҳои таҳияи Дурнамои мазкур ба ҳалли масъалаҳои марбут ба баланд бардоштани афзалият ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва таҳияи инфрасохтори самаранок барои пешгирии БДР равона карда шуданд. Дар доираи ин санад дахҳо лоихаҳо ва барномаҳои илмӣ-тадқиқотӣ бо татбиқи фаъолонаи натиҷаҳо дар соҳаи тандурустии амалӣ гузаронида шуданд. Кори диссертатсионии мазкур қисми ин ҳуҷҷат мебошанд, ки дар он нашрияҳои асосии илмӣ, ки ба масъалаҳои гуногуни кардиология бахшида шудаанд, бодикқат таҳлил карда мешаванд.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Такмил додани ташҳиси барвақти фибриллятсияи даҳлезҳо тавассути омӯзиши басомад, омилҳои хатар, хусусиятҳои табобат ва клиникӣ-функционалӣ бо назардошти чинс дар доираи қайдномаи амбулаторӣ.

### **Вазифаҳои таҳқиқот**

1. Омӯзиши паҳншавии вайроншавии назм ва гузаронандагии дил, инчунин ҳиссаи ФД дар байни онҳое, ки дар марҳилаи амбулаторӣ ба кардиолог мурочиат кардаанд;
2. Муқаррар кардани сохтори этиологии ФД, омилҳои хатари дилу рағҳо (тромбоэмболикӣ ва геморагӣ), хусусиятҳои синну солӣ ва чинсии онҳо;
3. Омӯхтани ремоделизатсияи меъдачавӣ-даҳлезӣ дар беморони ФД вобаста ба чинс, ва инчунин арзёбии нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ, ки бо тромбози гушаки даҳлези чап (ГДЧ) алоқаманданд;

4. Арзёбии хусусияти табобати антиаритмикӣ ва риоя ба табобати доругӣ дар беморони ФД ва муайян кардани омилҳои муҳиме, ки ба иҷрои таъиноти табиб таъсир мерасонанд.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти таҳқиқотро ҳуҷҷатҳои тиббӣ, картаи амбулатории беморони дил, ки дар заминаи шуъбаи функционалии Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон (МД ММТ ҶТ) «Шифобахш» дар солҳои 2022-2023 дар муоина ва табобат қарор доштанд, ташкил намуд. Илова бар ин, чамъбаст ва таҳлили тадқиқоти клиникӣ шахсии (n=85) беморони ФД бо ташҳиси муқарраршуда, гузаронида шуд. Ҳамаи беморони мушоҳидашудаи ФП маҷмӯи усулҳои клиникӣ, биохимиявӣ, гемодинамикӣ ва омории тадқиқотро гузаштанд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқот имкониятҳои ташҳиси барвақтии ФД дар амалияи воқеии клиникӣ дар марҳилаҳои мушоҳидаи амбулаторӣ, равишҳо ба арзёбии воқеии омилҳои оғозебӣ, заминаи коморбидӣ ва риоя ба табобати антиагрегантӣ ва антиаритмикӣ, арзёбии профили хатари дилу рағҳо дар мардҳо ва занҳо, таҳлили муқоисавӣ ва баҳодиҳии ремоделизатсияи меъдачавӣ-дахлезӣ дар беморони гирифтори ФД вобаста ба ҷинс буд.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Муайян карда шуд, ки ташҳиси барвақтии ФД, бо сабаби гуногунрангии баланди механизмҳои патогенетикӣ ва кам будани зӯхуроти клиникӣ, ҳанӯз ҳам вазифаи мураккаб боқӣ мемонад ва ба муносибати комплексӣ ниёз дорад. Дар ин ҷанба бори аввал дар ҷумҳурӣ қайдномаи беморони амбулаторӣ дар мисоли утоқи кардиологи шуъбаи ташҳиси функционалии МД ММТ ҶТ «Шифобахш» таъсис дода шуд. Аҳамияти омилҳои замина ва оғозӣ рушди ФД ва нақши калидии маълумоти электрокардиография (ЭКГ) ва эхокардиография (ЭхоКГ) дар санҷиши ниҳоии ташҳис тасдиқ карда шуд.

Нишон дода шудааст, ки бисёртар бемориҳои заминавии ФД, ФШ ва БИД мебошанд ва омилҳои муҳими хатар диабети қанд (ДҚ), стресси психоэмосионӣ, фаъолияти зиёди ҷисмонӣ, тамокукашӣ ва агрегасияи оилавӣ мебошанд. Дар беморони ФД бори аввал профили хатари дилу рағҳо

(тромбоэмболикӣ-CHA2DS2-VASc ва геморрагии HAS-BLED) вобаста ба ҷинс омӯхта шуд. Муайян карда шудааст, ки хатари дилу рағҳо дар занҳо нисбат ба мардҳо баландтар аст.

Бори аввал тағйироти нишондиҳандаҳои морфофункционалӣ дар вобастагӣ бо ҷинс пешниҳод карда шуданд, ки бо нишондиҳандаҳои муқоисашавандаи нигоҳдории функционалии ФШ ва ремоделизатсияи сохторӣ тавсиф карда шуданд. Варианти занонаи ФД бо тағйирёбии назарраси эхо-нишондиҳандаҳо, ки ба дисфунксияи диастолии меъдачаи чап (МЧ) ишора мекунад, фарқ мекунад. Дар марҳилаи амбулаторӣ бори аввал маълумоти ЭхоКГ тавассути сурхрӯда дар беморини гирифтори ФД доимӣ, ки мавҷудияти тромби ГДЧ-ро муайян кардаанд, пешниҳод карда шуд.

Бори аввал таҳлили хусусият ва риояи табобат дар беморони гирифтори ФД, ки дар қабули амбулатории кардиолог буданд, гузаронида шуд. Натиҷаҳо нишон доданд, ки назорати фармакологии зудии задани дил (ЗЗД) ва назм дар аксари ҳолатҳо аз  $\beta$ -блокаторҳо ва дигоксин иборат аст ва истифодаи антикоагулянтҳои нави даҳонӣ дар амалияи воқеии клиникӣ такмилро талаб мекунад. Бахши муҳими назорати беморони амбулатории ФД набудани мониторинги терапияи антитромботикӣ (МНО-назорат) мебошад. Натиҷаҳои арзёбии риояи табобат аз рӯи ҷадвали Мориск-Грин балли миёнаи  $2,1 \pm 1,4$ -ро пас аз 3 моҳ ва  $1,99 \pm 0,3$  пас аз 12 моҳ нишон доданд, ки ин сатҳи пасти риояи беморони ФД ба муолиҷаи АКД нишон медиҳад. Дар байни сабабҳои зиёди манъи муолиҷаи антитромботикӣ мавқеи пешсафро арзиши баланди дору, нафаҳмидани аҳамияти истеъмоли муолиҷаи антикоагулянтӣ ва набудани имконияти назорати МНО ва ташриф ба духтури кардиолог ишғол карданд.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот.** Муносибати системавӣ ва ҳамаҷониба ба ҳалли татбиқи амалии вазифаҳои гузошташуда заминаи методологӣ ва назариявӣ таҳқиқоти мазкурро ташкил медиҳад. Дастурамал, ки мо бо назардошти стандартҳои байналмилалӣ таҳия кардаем, ҷузъҳои ҷустуҷӯи ташхисиро дар бар мегирад, ки ба онҳо дохил мешаванд: а) усулҳои ташхиси клиникӣ, лабораторӣ ва асбобии бемори гирифтори

патологияи кардиоваскулярӣ: б) меъерҳои байналмилалӣ ташхисӣ, чадвали хатари стратификатсионӣ, пурсишҳо, индексҳо в) технологияҳои муосири асбобӣ, аз ҷумла ЭхоКГ. Дар ин ҳолат, самтҳои калидӣ дар барномаи ҷустуҷӯи ташхисии беморони ФД дар марҳилаи амбулаторӣ инҳоянд: ташхиси вариантҳои гуногуни ФД, арзёбии бемориҳои заминавӣ ва омилҳои хатар, тавсифи морфофункционалӣ ва хусусияти муолиҷа дар амалияи воқеии клиникӣ.

Арзиши таҳқиқот дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ, методологӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия пешниҳодшуда метавонанд дар раванди таълими Донишгоҳҳои тиббии ҷумҳурӣ ва дар раванди таҳияи протоколҳои клиникӣ барои табибони амалӣ истифода шаванд.

#### **Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Диапазони вайроншавии назм дар сохтори патологияи кардиоваскулярӣ дар байни беморони амбулаторӣ васеъ аст. Бо басомади баландтарин ФД бо вариантҳои гуногуни равиш, ки фарқиятҳои ҷинсӣ доранд, вомехӯрад.

2. Дар беморони гирифтори ФД омили оғозӣ ва заминавии инкишоф дар баробари ташаннуҷи психоэмосионӣ ва машқҳои аз ҳад зиёди ҷисмонӣ, ДҚ ва анамнези оилавӣ аҳамияти калидӣ доранд. ФШ ва БИД вариантҳои классикии этиологияи ФД мебошанд. Таҳлили хатари дилу рағҳо (тромбоэмболикӣ ва геморрагӣ) фарқиятҳои ҷинсиро нишон дод, ки ҳангоми интихоби стратегияҳои табобат муносибати интихобиро талаб мекунад.

3. Баҳодиҳии морфофункционалӣ бо истифодаи ЭхоКГ тавассути сурхрӯда ҳам барои муқоисаи тағйироти сохторӣ дар мардҳо ва занҳо ва ҳам барои барвақт ошкор кардани тромбҳои дохили дил дар ГДЧ маълумотнокии баланд дорад.

4. Муносибатҳои муосир ба табобати доруғии беморони гирифтори ФД бо истифода аз нишондиҳандаҳои самаранок, инчунин мониторинги табобати антиромбӣ ба натиҷаҳои назорати фармакологии ЗЗД, ки ба принципҳои стратегияи муосири беморӣ асос ёфтааст, таъсири назаррас мерасонанд.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо** бо заминаи намояндагии маводҳои бароянда тасдиқ карда мешавад: хуччатҳои аввалияи тиббӣ (картаи тиббии бемори амбулаторӣ ва иқтибосҳо аз таърихи тиббии беморон, картаҳои инфиродии беморон, созишномаи хаттӣ барои гузаронидани як қатор усулҳои асбобии таҳқиқот). Натиҷаҳои ба дастмадаи таҳқиқот дар феҳристи хаттӣ оварда шудаанд ва инчунин ба пойгоҳи электронӣ ва картотекаҳо ворид карда шудаанд. Натиҷаҳои таҳқиқоти асбобӣ ва лабораторӣ дар шакли хаттӣ (журналҳои бақайдгирӣ) ва дар шакли воситаи электронӣ пешниҳод карда мешаванд. Натиҷаҳо ва эътимоднокии онҳо бо миқдори кофии маводи таҳқиқот, нашрияҳо ва коркарди оморӣ натиҷаҳо мустаҳкам карда мешаванд. Нашрияҳо дар мавзӯи диссертатсия дар маҷаллаҳои пешрафта барои маводи таҳқиқоти диссертатсионӣ инъикос ёфтаанд. Хулосаҳо ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои кор асос ёфта, бо дурустии интиҳоб, фарогирии маводи аввалия, таҳлили дақиқи он, равиши системавӣ, истифодаи усулҳои муосири таҳлили оморӣ иттилоот таъмин карда мешаванд.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (формула ва соҳаи таҳқиқот).** Диссертатсияи мазкур ба шиносномаи комиссияи Олии аттестатсионии назди Президенти ҶТ аз рӯи ихтисоси 14.01.04 - Бемориҳои даруна мувофиқат мекунад: зербанди 3.4. Этиология ва патогенез, омилҳои хатар, генетикаи бемориҳои узвҳои дохилӣ; зербанди 3.8. Зухуроти клиникалии бемориҳои узвҳои дохилӣ; зербанди 3.9. Патологияи якҷояи узвҳои дохилии гардиши хун, узвҳои нафаскашӣ, узвҳои ҳозима, системаи ихроҷу таносул, бофтаҳои таъягоҳӣ-ҳаракатӣ ва пайваस्तкунанда, системаи эндокринӣ дар тамоми зухуроти гуногуни онҳо; зербанди 3.14. Хусусиятҳои синну сол, ҷинс ва этникаи бемориҳои узвҳои дохилӣ.

**Саҳми шахсии довталаби дарачаи илмӣ.** Саҳми шахсии муаллиф дар самти илмӣ мустақилона интиҳобшуда, таҳлили маълумоти адабиётӣ дар бораи мушкилоти таҳқиқшаванда мебошад. Дар якҷоягӣ бо роҳбари илмӣ мақсади кор, вазифаҳо ва роҳҳои расидан ба онҳо муайян карда шудааст. Таҳқиқотҳои клиникӣ ва асбобии беморон, пур кардани шаклҳои дахлдори

махсус барои ин таҳқиқот таҳияшуда ва картаҳои клиникӣ аз ҷониби муаллиф мустақилона гузаронида шуданд. Арзёбӣ ва тафсири усулҳои биохимиявӣ ва асбобии таҳқиқот бо табибони озмоишгоҳҳо ва утокҳои функционалии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» амалӣ карда шуд. Тафсири натиҷаҳои бадастомада, тавсифи хулосаҳо ва тавсияҳо дар якҷоягӣ бо роҳбари илмӣ гузаронида шуданд.

**Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Маводҳои кори диссертатсионӣ дар конфронсҳои ҳамасолаи илмии МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ДТБКСТ ҚТ)" (солҳои 2022-2024), МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон (ДДТТ) ба номи Абуалӣ ибни Сино" (2022, 2023с.), конгресси кардиологҳо ва терапевтҳои кишварҳои Осиё ва Иттиҳод (Душанбе, 2022с.) ва конфронсҳои кардиологҳои ҚТ бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, 2024с.) гузориш дода ва муҳокима карда шуданд. Муқаррароти асосии диссертатсия дар ҷаласаи шӯрои экспертии байникафедеравӣ оид ба фанҳои терапевтӣ ва ҷамъиятии МДТ "ДТБКСТ ҚТ" (протоколи № 7/1 аз 17.12.2024 с.) гузориш дода ва муҳокима карда шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ба кори клиникӣ ва таъботии шӯбаи функционалии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» ВТ ва ҲИА ҚТ ва шӯбаи кардиологии МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» ҷорӣ карда шудаанд. Маводҳои кор дар раванди таълим дар кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ "ДТБКСТ ҚТ" истифода мешаванд.

**Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.** Дар мавзӯи диссертатсия 15 кори ҷопӣ, аз он 5 мақола дар маҷаллаҳои тақризшаванда, ки аз ҷониби ҚОА назди Президенти ҚТ барои нашри натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ тавсия дода шудааст ва 9 тезис нашр шудааст.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Сохтори диссертатсия дар сабки анъанавӣ пешниҳод шудааст ва дар 157 саҳифа оварда шудааст. Аз муқаддима, 6 боб (баррасии адабиёт, мавод ва усулҳои тадқиқот, 3 боб, ки ба натиҷаҳои тадқиқоти худӣ муаллиф бахшида шудаанд ва боби баррасии натиҷаҳои тадқиқот), хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ, рӯйхати адабиёти истифодашуда, замима

иборат аст. Дар рӯйхати адабиётҳои истифодашаванда 242 манбаъ дохил карда шудааст, ки 109-тои онҳо ватанӣ ва 133-тои онҳо хориҷӣ мебошанд. Кор бо 11 расм ва 26 чадвал тасвир шудааст.

## МУҲТАВОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар иҷрои ин таҳқиқот хуччатҳои тиббӣ, картаи амбулатории беморони кардиологии дар ташхис ва табобат дар заминаи шубҳаи функционалии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» дар солҳои 2022-2023 қарордошта истифода шуданд. Дар давраи солҳои 2022-2023 дар маҷмӯъ 850 бемор бо патологияи гуногуни кардиоваскулярӣ ба кардиолог муроҷиат карданд. Кор дар ду марҳила гузаронида шуд. Дар марҳилаи аввали таҳқиқот (таҳлили ретроспективӣ) аз 850 беморе, ки дар заминаи шубҳаи функционалии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» муоина карда шуданд пас аз гузаронидани ЭКГ (дар рӯзи ташриф) дар 220-тои онҳо, ин ё он намуди вайроншавии назм ва (ё) гузарониданӣ ошкор карда шуд ва ин беморон ба таҳқиқот ворид карда шуданд.

Аз 220 беморон бо вайроншавии назм дар 85 (38,6%) ФД-ро мушоҳида гардид. Дар гурӯҳи беморони гирифтори ФД (n=85) таҳлили муфассалтар гузаронида шуд, ки дар доираи он хусусиятҳои синну солию ҷинсӣ, омилҳои хатар, махсусиятҳои муносибати табобатӣ, омӯхта шуданд ва инчунин баҳодихӣ аз рӯи чадвали хатари хунравӣ (HAS-BLED) ва хатари пайдоиши сактаи мағзи сар (CHA2DS2-VASc) гузаронида шуд. Илова бар ин, арзёбии риояи табобат бо истифода аз саволномаи Мориск-Грин гузаронида шуд ва инчунин ҷавобҳои беморон ба саволҳо дар бораи сабабҳои қабули номунтазам ё қатъ кардани истеъмоли доруҳои антикоагулянтӣ сабт карда шуданд.

Аз сабаби морфологияи мураккаб, тағйирёбанда ва миқдори зиёди мушакҳои шонашакл дар ГДЧ тромбҳо хеле зуд-зуд дар беморони гирифтори ФД-и ғайридарғотӣ ба вучуд меоянд. Бо мақсади арзёбии нишондихандаҳои гемодинамикии вобаста ба тромбози ГДЧ, мо гурӯҳи (n=56) беморони шакли доимии ФД доштаро ҷудо кардем, ки ба онҳо ЭхоКГ-и тавассути сурхрӯда бо усули стандартӣ гузаронидем. Ҳамаи беморон (n=56) ба ду гурӯҳ тақсим карда

шуданд: гурӯҳи I - 42 (75,0%) бо набудани тромб дар ГДЧ; гурӯҳи II - 14 (25,0%) бо мавҷудияти тромб дар ГДЧ.

Ташхиси шаклҳои асосии нозологӣ тибқи тавсияҳои амалкунанда муқаррар карда шуд.

Маҷмӯи усулҳои лабораторӣ-асбобии таҳқиқот дар раванди иҷрои ин кор дар заминаи шӯъбаҳои функционалии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» амалӣ карда шуд. Ба ҳамаи беморони мушоҳидашавандаи ФП (n=85): таҳлили умумии хун; таҳлили биохимиявии хун; коагулограмма; таҳқиқоти рентгенологии қафаси сина; таҳқиқоти ултрасадои (ТУС) – и узвҳои дохилӣ; ЭКГ дар 12 баришҳои умумиқабулшуда; ЭКГ-Холтер; ЭхоКГ; ЭхоКГ тавассути сурхрӯда.

**Коркарди оморӣ мавод.** Коркарди оморӣ мавод бо истифода аз бастаи барномаҳои амалии Statistica 10.0 (Stat Soft Inc., USA) анҷом дода шуд. Барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ арзиши миёнаи онҳо ва ҳатои стандартӣ ( $M \pm m$ ) муайян карда шуд; барои бузургиҳои сифатӣ арзишҳои мутлақ ва ҳиссаи онҳо (%) нишон дода шуданд. Барои маълумоти миқдорӣ, t-тести Стъудент барои намунаҳои мустақил бо ислоҳи нобаробарии дисперсияҳо (озмоиши Уэлч) ё меъёрҳои Манн Уитни, вобаста ба тақсими маълумот ва андозаи намунаҳо истифода шуданд. Барои маълумоти категориявӣ, санҷиши  $\chi^2$ , аз ҷумла бо ислоҳи Йетс ё санҷиши дақиқи Фишер истифода шуд. Муқоисаҳои сершумор байни гурӯҳҳои мустақил аз рӯи нишондиҳандаҳои миқдорӣ аз рӯи Н - меъёри Крускал Уоллис. Ҳангоми муқоисаҳои бисёри нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар гурӯҳҳои вобаста меъёри Фридман истифода шуд. Сатҳи аҳамияти оморӣ ҳангоми  $p < 0,05$  қабул карда шуд.

## НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Дар давраи солҳои 2022-2023 дар маҷмӯъ 850 бемор бо патологияи гуногуни кардиоваскулярӣ ба кардиолог муроҷиат карданд. Пас аз гузаронидани ЭКГ (дар рӯзи ташриф) дар 220 бемор ин ё он намуди вайроншавии назм ва/ё гузаронандагӣ ошкор карда шуд ва ин беморон ба таҳқиқот дохил карда шуданд. Аз 220 бемори дорои ихтилоли гуногуни назм ва



гузарониданӣ, ФД дар 85 (38,6%) беморон, 53 (62,4%) - мардҳо, 32 (37,3%) - занҳо, бо синни миёнаи  $64,8 \pm 9,6$  мушоҳида карда шуд. Аксарияти беморони ФД шакли доимӣ доштанд - 56 (65,9%). Дар ин ҳолат, шакли персистикӣ дар 12 (14,1%) беморон, бори аввал пайдошуда дар 10 (11,8%) ва шакли пароксизмалии дар 7 (8,2%) мушоҳида карда шуд. Беморони ФД-и ибтидоӣ, бо фишори систоликии шараёнии миёна (ФСШ) -  $123,8 \pm 10,4$  ва фишори диастоликии шараёнӣ -  $76,6 \pm 9,4$  мм сут.сим. гемодинамикӣ устувор буданд. Беморони дорои шакли доимии ФД аз рӯи синну сол калонтар  $69,3$  ва давомнокии миёнаи беморӣ  $4,9 \pm 1,7$  сол буданд. Паҳншавии ФД бо зиёдшавии синну сол афзоиш ёфт - дар синни  $\leq 50$  сол 5 (5,9%); 51-64 сол - 20 (23,5%); 65-74 сол - 44 (51,8%). Дар ин ҳолат 16 (18,8%) беморон аз 75 сола боло буданд.

Таҳлили омилҳои хатар барои рушди ФД, ФШ-ро дар 72 (84,7%) беморон ошкор кард, ки ҳамчун омилҳои асосии заминавӣ ва триггер ба ҳисоб меравад. Қисми зиёди беморон диabetи қанди навъи 2 (31,8%) доштанд. Истеъмоли ҳозираи машрубот дар 14,1% беморон ва дар анамнез 35% муайян карда шудааст. Изофабори қисмонӣ ва психозмотсионалӣ, ҳамчун омилҳои маълуми хатари аритмия, мутаносибан дар 71,8% ва 50,6% беморон мавҷуд буданд.

Тибқи вазифаи тадқиқот, мо фарқиятҳои ҷинсиро дар ФД таҳлил карда, диққати худро ба бемориҳои ҳамрадиф, тасвири клиникӣ, таърифи хатар ва натиҷаҳои 1-солаи рӯйдодҳои дилу рағҳо ва ФД-и такроршаванда равона кардем. Занҳо аз мардҳо калонсолтар ( $p < 0,01$ ) бо синни миёнаи  $69,2 \pm 9,7$  муқобили  $61,8 \pm 11,8$  буданд. Мардҳо ва занҳо аз рӯи профили хатари дилу рағҳо ба таври назаррас фарқ мекарданд. Занҳо нишондиҳандаи миёнаи баландтари ИВБ ( $32,7 \pm 6,9$  дар муқоиса бо  $29,4 \pm 4,6$ ,  $p < 0,05$ ) ва сатҳи баланди бемориҳои ҳамрадиф, аз ҷумла ФШ, ДҚ ва нуқсонҳои дарғотҳои дил доштанд. Баръакс, мардҳо сатҳи баланди БИД (45,3% муқобили 25,0%), бемориҳои шараёнҳои периферикӣ (7,5% муқобили 3,1%), СШМ дар анамнез (13,2% муқобили 6,25%) БМОШ (15,1% муқобили 3,1%) ва кардиомиопатияи ишемикӣ ва/ё кардиомиопатияи дилататсионӣ (КМПД; 5,7% муқобили 3,1%). Паҳншавии БМГ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда тақрибан якхела буд. Фарқиятҳои асосӣ

инчунин ба фарқиятҳои баҳои пешгӯикунанда табдил дода шуданд, ки баҳои миёнаи CHA2DS2-VASc дар занҳо нисбат ба мардҳо баландтар аст ( $3,4 \pm 1,3$  против  $2,2 \pm 1,5$ ,  $p < 0,001$ ) (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. – Тағсифи муқоисавии ҷинсии фибриллятсияи даҳлезҳо**

Нишондиҳандаҳо	Мардҳо (n=53)	Занҳо (n=32)	P
Сину сол	61,8±11,8	69,2±9,7	<0,01
CHA2DS2-VASc, баллҳо	2,2±1,5	3,4±1,3	<0,001
HAS-BLED, баллҳо	2,5±1,14	2,6 ± 1,01	>0,05
ИВБ	29,4±4,6	32,7±6,9	<0,05
ФШ	43 (81,1%)	29 (90,6%)	>0,05*
ДҚ	15 (28,3%)	12 (37,5%)	>0,05*
БИД	29 (54,7%)	12 (37,5%)	>0,05*
СМ дар анамнез	7 (13,2%)	2 (6,25%)	>0,05**
Норасогии дил	20 (37,7%)	13 (40,6%)	>0,05*
БМОШ	8 (15,1%)	1 (3,1%)	>0,05**
БМГ	6 (11,3%)	4 (12,5%)	>0,05**
Бемориҳои шараёнҳои периферӣ	4 (7,5%)	1 (3,1%)	>0,05**
КМПД	3 (5,7%)	1 (3,1%)	>0,05**
БРМД/НРД	1 (1,5%)	2 (6,3%)	>0,05**
Миокардитҳо	4 (7,5%)	1 (3,1%)	>0,05**
Бемориҳои ғадуди сипаршакл	3 (5,7%)	7 (21,9%)	<0,05**

Эъзоҳ: p – аҳмияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни мардҳо ва занҳо (тести Уэлча, \* $\chi^2$ -тест, \*\*меъёрҳои дақиқи Фишер)

Дар гурӯҳи синну соли то 60-сола дар мардҳо нисбат ба занҳо сатҳи баландтари ташҳиси ФД мушоҳида мешавад. Аммо ин тамоюл дар гурӯҳҳои синну соли калонтар тағйир меёбад: дар доираи 60-74 сол, ФД дар занҳо хеле бештар (59,4%), дар гурӯҳи 75 сола ва калонтар дар 25% ҳолатҳо ташҳис карда мешавад. Дар байни омилҳои хатари БДР бисёртар ФШ, гиперхолестеринемия, ДҚ навъи 2, стресси психосоциалӣ ва сарбории ҷисмонӣ мушоҳида карда

шуданд, ки паҳншавии онҳо мутаносибан дар мардҳо 81,1%, 45,3%, 28,3%, 60,4%, 81,1% ва дар занҳо 90,6%, 56,2%, 37,5%, 34,4%, 56,3%-ро ташкил дод. Ба як воҳид афзоиши ИВБ ҳавфи ФД-ро 3% зиёд мекунад ва коҳиши шадидаи вазни бадан низ бо коҳиши такрори ФД алоқаманд аст. Дар мушоҳидаи мо фарбеҳӣ дар занҳо бештар ба назар мерасид (15,6% дар муқоиса бо 7,5%;  $p>0,05$ ).

Чараёни бесимптомӣ дар мардҳо бештар ба назар мерасид, дар ҳоле ки дар занҳо бештар нишонаҳо ва аломатҳои гуногун ба назар мерасиданд: дилзанӣ (24,5% муқобили 31,3%) ва НД (33,9% муқобили 40,6%). Гарчанде ки фарқияти назарраси оморӣ дар ЗЗД ҳангоми воридшавӣ,  $122,4 \pm 31,3$  зарба дар як дақиқа (зарба/дақиқа) дар занҳо ва  $117,6 \pm 34,7$  зарба/дақиқа дар мардҳо ошкор карда шуд, он аз ҷиҳати клиникӣ аҳмияти ночиз дошт.

Ғайр аз он, дар таъингардида барои пешгирии ҳодисаҳои кардиоэмболикӣ фарқиятҳо пайдо шуданд. Дар байни занҳо 46,9% АКД таъин карда шуд, ки фарқияти мутлақ нисбат ба мардҳо 5,4% зиёдтар аст. Дар мавриди таъингардидаи зиддиаритмикӣ, ба занҳо бештар дигоксин таъин мешуд (28,1% муқобили 15,1%). Дар дигар доруҳои зиддиаритмикӣ фарқияти ҷиддӣ вучуд надошт. Дар давраи мушоҳида фарқиятҳои назарраси гендерӣ дар басомади пайдоиши НД қайд карда шуданд. Занҳо нисбат ба мардҳо бештар ба бистарӣ шудан аз сабаби НД (28,1% нисбати ба 16,9%) майл доштанд.

Мо муайян кардани басомади ФД ва омилҳои хатари ба он алоқамандро дар байни беморони НД зарур донистем. Дар таҳқиқот ҳамаи беморони ФД ( $n=85$ : 53 (62,4%) мардҳо ва 32 (37,6%) занҳо) дохил карда шуданд. Дар 31 (36,5%) беморон НД-и бо ЭхоКГ тасдиқшуда, ошкор карда шуд. Ҳамаи беморони ФД ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I -31 (36,5%) беморони ФД ва НД ва гурӯҳи II -54 (63,5%) беморони ФД бе НД. Беморони ФД ва НД дошта анамнези мусбати БИД, ДҚ, ФШ ва сактаи мағзи сари гузаронида/хучуми транзитории ишемикӣ (ХТИ) доштанд, аммо чинс бо ФД дар якҷоягӣ бо НД робитаи назаррас надошт. Дар байни беморони ФД 18 (58,1%) дар анамнез БИД, 5 (16,1%) дар анамнез натиҷаи мусбати СМ ва 17 (54,8%) диабети қанд доштанд. Беморони пешбари ҳамрадиф ФШ (90,3%) буд, ки пас аз он ДҚ (54,8%)

ва ВХМС гузаронида (22,6%) буд. Танҳо 3 (16,1%) беморон таърихи АТП доштанд (чадвали 2).

**Чадвали 2. - Муқоисаи омилҳои хатар ва басомади бемориҳои ҳамрадифар дар беморони гирифтори фибриллятияти дахлезҳо бо ва бе норасоии дил**

Нишондиҳанда	ФД+НД (n=31)		ФД бе НД (n=54)		P
	Abs	%	Abs	%	
Ҷинс: мардҳо	19	61,3	34	62,9	>0,05
занҳо	12	38,7	20	37,1	
БИД	21	67,7	20	37,03	=0,003
СМ (дар анамнез)	6	19,3	3	5,6	=0,03**
АКП (дар анамнезе)	3	9,7	4	7,4	>0,05**
ФШ	28	90,3	44	81,5	>0,05
ДҚ	17	54,8	10	18,5	<0,001
БМОШ	7	22,6	2	3,7	=0,004*
ВХМС гузаронида	7	22,6	4	7,4	>0,05**

Эзоҳ: p аҳамияти омории фарқиҳои нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъери  $\chi^2$ , \*бо ислоҳи Йетс \*\* санҷиши дақиқи Фишер)

Ба инкишофи ФД дар занҳои калонсол махсусан омилҳои гемодинамикӣ таъсир мерасонанд. Мо хусусияти морфофункционалии миокардро дар беморони ФД арзёбӣ кардем. Таҳқиқот ҳамаи беморони гирифтори ФД-53 мард ва 32 занро дар бар гирифт. Таҳлили муқоисавии морфофункционалии миокарди ДЧ нишон дод, ки гурӯҳҳои мардҳо ва занҳо бо нишондиҳандаҳои муқоисашавандаи (параметрҳои) ҳифзи функционалии ДЧ ва ремоделизатсияи сохторӣ тавсиф карда мешаванд. Ҳам мардҳо ва ҳам аксари занҳо мутаносибан дар 46 (86,8%) ва 23 (71,9%) ҳолати (медиаи 41 (36; 47) дар мардҳо ва медиаи 41 (32; 46) дар занҳо) баландшавии ИХДЧ ҷой доштанд. Андозаи пешу ақиби ДЧ зиёда аз 4 см дар 29 (54,7%) мардҳо ва 15 (46,9%) занҳо мушоҳида шуд. Дар зергурӯҳи занҳои бемор бештар ( $\approx 2$  маротиба) меъерҳои ГМЧ (78,1% муқобили 45,3% дар мардҳо) бо арзиши баландтари медиаи ГНД МЧ (0,53 муқобили 0,4) мушоҳида карда шуданд, ки ин ба манфиати ремоделизатсияи шинаи концентралӣ шаҳодат медиҳад. Дар ҳамаи беморон норасоии диастолии МЧ

мушоҳида шудааст дар ҳоле ки дар занҳо таносуби E/E дар муқоиса бо мардҳо баландтар буд (мувофиқан 13,6 муқобили 11,3) (ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3. Тағйироти гемодинамикӣ дар беморони фибриллятсияи даҳлезҳо дар вобастагӣ бо ҷинс**

Нишондиҳанда	Мардҳо (n=53)	Занҳо (n=32)	P
АПАДЧ, см	4,5 (3,8; 4,7)	4,1 (3,7; 4,6)	0,73
ИХДЧ, мл/м <sup>2</sup>	41 (36; 47)	41 (32; 46)	0,79
ДГДЧп, %	12,3 (10,3; 14,8)	12,5 (10,4; 16,2)	0,66
ДГДЧс, %	-12,3 (-15,1; -10,7)	-12,8 (-15,4; -10,7)	0,76
ГМЧ	24 (45,3%)	25 (78,1%)	0,003*
ҒНД МЧ	0,4 (0,32; 0,49)	0,53 (0,46; 0,57)	<0,001
ФПМЧ, %	60 (54; 64)	61 (56; 64)	0,89
АОД МЧ, см	4,8 (4,3; 4,9)	4,7 (4,3; 4,9)	0,90
АОС МЧ, см	3,2 (2,8; 3,4)	3,2 (2,7; 3,4)	0,73
ҲОД МЧ, мл	110 (87; 115)	111 (94; 114)	0,92
ҲОС МЧ, мл	42 (30; 46)	43 (36; 47)	0,76
ИМММЧ, г/ м <sup>2</sup>	112 (96; 129)	116 (97; 129)	0,84
E/E'	11,3 (6,5; 14,2)	13,6 (9,36; 17,6)	0,046
E/E'/ ҲОД МЧ, мл <sup>-1</sup>	0,10 (0,06; 0,11)	0,14 (0,1; 0,18)	0,009

Эзоҳ: p- аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни мардҳо ва занҳо (Аз рӯи Меъери U Манн Уитни, \* $\chi^2$  тест). ПЗРЛП- андозаи пешу ақиб даҳлези чапи дил; ИХДЧ- индекси ҳаҷми даҳлези чап; ДГДЧп-деформасияи глобалии даҳлези чап дар фазаи пуршавӣ; ДГДЧс - деформасияи глобалии пешобчаи чапи дил ба фазаи систолу; ҒНД МЧ- ғафсии нисбии девори меъдачаи чап; ФПМЧ- фраксияи партоиши меъдачаи чап; АОД МЧ- андозаи охири диастолии меъдачаи чап; АОС МЧ- андозаи охири систолии меъдачаи чап; ҲОД МЧ- ҳаҷми охири диастолии меъдачаи чап; ҲОС МЧ- ҳаҷми охири систолии меъдачаи чап; ИМММЧ- индекси массаи миокарди меъдачаи чап; ГМЧ- гипертрофияи меъдачаи чап; E/E' таносуби суръати пуршавии барвақти диастолӣ ва суръати ҳаракати миокард (ҳамчун нишондиҳандаи функцияи диастоликӣ); E/E'/ ҲОД МЧ, мл<sup>-1</sup> таносуби E/E' ва ҳаҷми охири диастолии меъдачаи чап (мл<sup>-1</sup>).

Бо мақсади баҳодиҳии нишондиҳандаҳои гемодинамикии марбут ба тромбози ГДЧ, мо гурӯҳи (n=56) беморони дорои шакли доимии ФД-ро ҷудо кардем. Пас аз гузаронидани ЭхоКГ - и тавассути сурхрӯда ҳамаи беморон (n=56) ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I -42(74,6%) бо набудани тромб дар ГДЧ; гурӯҳи II-14(25,4%) бо мавҷудияти тромб дар ГДЧ. Дар гурӯҳи

дорои тромби ГДЧ мардхо бисёртар буданд (мувофиқан 64,3% ва 35,7%), бо давомнокии қариб якхелаи ФД (мувофиқан 1,7 ва 1,9). Дар беморони тромби ГДЧ дошта, 11,9% бештар сактаи ишемикӣ дар анамнез (мувофиқан 9,5% ва 21,4%) ошқор карда шуданд. Беморони ФД бо мавҷудияти тромб дар ГДЧ дараҷаи баланди хатари тромбоэмболикӣ (CHA2DS2-VASc 3,2±1,8) ва хатари геморрагӣ (HAS-BLED 2,6±1,1) доштанд, дар ҳоле ки беморони гурӯҳи I хавфи миёнаи тромбоэмболикӣ ва геморрагӣ (мувофиқан 1,8±1,2 ва 1,6±0,9) доштанд. Таҳлили маълумотҳои ЭхоКГ тавассути сурхрӯда дар гурӯҳҳои таҳқиқотӣ дар чадвали 4 оварда шудааст.

**Чадвали 4. Нишондиҳандаҳои эхокардиографии беморони фибриллятсияи дахлезхо (n=56)**

Нишондиҳанда	Гурӯҳи I (n=42)	Гурӯҳи II (n=14)	P
ДЧ, мм	46,6±5,5	49,9±7,8	>0,05
ДР, мм	45,3±5,1	48,8±5,3	=0,041
ГДЧ, мм	24,1±7,4	23,0±6,3	>0,05
ГДР, мм	20,6±5,0	21,6±5,2	>0,05
АОС, мм	35,9±9,8	39,1±10,2	>0,05
АОД, мм	52,0±9,5	53,1±9,4	>0,05
ҲОС, мл	65,1±33,3	78,4±59,3	>0,05
ҲОД, мл	137,8±58,1	143,3±59,0	>0,05
ФПМЧ,%	60,1±7,8	54,1±6,1	>0,05
ДАМЧ С/Д, мм	16,1±3	16,5±3	>0,05
	12,2±2	11,8±2,5	>0,05
ДБМ С/Д, мм	16,8±3,2	15,5±3,8	>0,05
	13,3±2,4	11,7±2,5	>0,05
ЭКЯ	2,7±0,7	3,5±0,9	=0,006
СБҚХ, см/с	39,8±11,4	29,1±12,5	=0,010

Эзоҳ: р- аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (Аз рӯи меъери U Манн Уитни). ДЧ- дахлези чап, ДР-дахлези рост, ГДЧ-гушаки дахлези чап, ГДР-гушаки дахлези рост, АОС МЧ- андозаи охири систолии меъдачаи чап, АОД МЧ- андозаи охирии диастолии меъдачаи чап, ҲОС МЧ- ҳаҷми охири систолии меъдачаи чап, ҲОД МЧ- ҳаҷми охири диастолии меъдачаи чап, ФП МЧ- фраксияи партоиши меъдачаи чап, ДАМЧ С/Д девори ақибӣ меъдачаи чап (систола/диастола), ДБМ С/Д девори байини меъдача (систола/диастола), ЭКЯ – эхоконтрасткунонии якбора, СБҚХ- суръати баландтарини чараёни хун

Тавре ки аз маълумоти чадвал, ЭхоКГ-и тавассути сурхрӯда зиёдшавии диаметри ДЧ дар беморони бо тромб дар ГДЧ то  $49,9 \pm 7,8$  мм дар муқоиса бо  $46,6 \pm 5,5$  мм дар беморони бе тромб ( $p < 0,05$ ) муайян кард. Ба ҳамин монанд, диаметри ДР дар беморони бо тромб калонтар буд ( $48,8 \pm 5,3$  мм дар муқоиса бо  $45,3 \pm 5,1$  мм). Ҳаҷми миёнаи систолий ва диастолии МЧ мутаносибан дар гурӯҳи бе тромб ба  $65,1 \pm 33,3$  мл ва  $137,8 \pm 58,1$  мл ва дар гурӯҳи бо тромб ба  $78,4 \pm 50,3$  мл ва  $143,3 \pm 5,9$  мл баробар буд. Суръати баландтарини чараёни хун (СБЧХ) дар ГДЧ, ки бо ёрии ЭхоКГ-и тавассути сурхрӯда чен карда шудааст, дар беморони бо тромбоз ( $29,1 \pm 12,5$  см/с) дар муқоиса бо беморони бе тромбоз ( $39,8 \pm 11,4$  см/с) камтар буд. Бузургии СБЧХ пасттар аз 34 см/с нақши онро ҳамчун омил мустақили пешгӯикунандаи тромбози ГДЧ тасдиқ мекунад, ки бо маълумоти адабиёт мувофиқат мекунад. Феномени ЭКЯ дар гурӯҳи бо тромбози ГДЧ ( $3,5 \pm 0,9$ ) нисбат ба гурӯҳи бе тромбоз ( $2,7 \pm 0,7$ ) аз ҷиҳати омори хеле баландтар буд ( $p < 0,01$ ), ки афзоиши 22% - ро нишон медиҳад.

Минбаъд, тибқи вазифаҳои таҳқиқот, мо хусусияти табобат ва баҳодиҳии ба риояи беморони ФД ба табобати таъиншудаи антикоагулянтӣ ва антиаритмиро дар шароити назорати амбулаторӣ таҳлил кардем. Барои ҳар як бемор пурсишнома пур карда шуд ва тамос ҳангоми ташрифи амбулаторӣ ё тамоси телефонӣ муқаррар карда шуд, табобати антиаритмикӣ ва антикоагулянтӣ, ки дар он давра қабул мекард, инъикос ёфт. Дар барномаи мушоҳидавӣ ҳамаи беморони ФД ( $n=85$ ) дохил карда шуданд.

Қарор дар бораи таъин кардани табобати антикоагулянтӣ дар асоси арзёбии хатари оризаҳои тромбоэмболикӣ, ки аз рӯи чадвали CHA2DS2-VASc ҳисоб шудааст, қабул карда шуд. Мутаассифона, шумораи ками кардиологҳо ин чадвалро истифода мебаранд ва агар истифода ҳам баранд аз рӯи хотира ҳисоб мекунанд, ҳисобкунакҳои гуногунро истифода намебаранд. Одатан, шакли ФД нишондиҳандаи табобати антитромботикӣ нест. Мавҷудияти шумораи омилҳои хатарро аз рӯи чадвали CHA2DS2-VASc муайян мекунанд, ки оризаҳои тромбоэмболиро арзёбӣ мекунад. Рӯйхати предикторҳои оризаҳои

тромбоэмболикӣ аз рӯи чадвали CHA2DS2VASc дар зер оварда шудааст (чадвали 5).

**Чадвали 5. – Омилҳои хатари (тибқи чадвали CHA2DS2VASc) тромбҳосилшавӣ**

Нишондиҳанда		Миқдори беморон (n=85)	
		Abs	%
<b>C</b>	НМД (ФВ<40%)	11	12,9
<b>H</b>	ФШ	72	84,7
<b>A2</b>	Сину сол $\geq 75$ лет	16	18,8
<b>D</b>	Диабети қанд	27	31,8
<b>S2</b>	Сактаи мағзи сар ё ҳучуми транзитории ишемикӣ ё тромбоэмболия	11	12,9
<b>V</b>	БДР (бемориҳои шараёнҳои канорӣ, СМ, атеросклерози шоҳраг)	38	44,8
<b>A</b>	Сину сол аз 65 то 74	44	51,8
<b>Sc</b>	Ҷинси зан	32	37,6

Тавре ки аз маълумоти чадвал маълум аст хатари зиёдтарини пайдоиши оризаҳои тромбоэмболикиро беморони ФД бо ФШ 72 (84,7%) дар категорияи синну соли 65-75 44 нафар (51,8%) ва БДР дошта дар алоқамандӣ бо ҷинси зан 32 нафар (37,6%) доштанд.

Дар маҷмӯъ, 79 (92,9%) беморон бо ФД дар вақти муоина нишондиҳандаҳои хатари CHA2DS2VASc  $\geq 2$  доштанд. Дар 7,5% мардҳо ва 6,3% занҳо нишондиҳандаҳо 1 ҳолро ташкил доданд (аз рӯи чадвали CHA2DS2VASc), яъне таъин кардани антикоагулянтҳои даҳонӣ дар ин ҳолат метавонад баррасӣ карда шавад (чадвали 6).

**Чадвали 6. – Баҳодихии баллии хатари тромбҳосилшавӣ аз рӯи чадвали CHA2DS2VASc**

Балл	Ҷамагӣ (n=85)		Мардҳо (n=53)		Занҳо (n=32)		P
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	
0 ҳол	-	-	-	-	-	-	=0,445
1 ҳол	6	7,1	4	7,5	2	6,3	



2 хол	37	43,5	24	45,3	13	40,6	
3 хол ва >	42	49,4	25	47,2	17	53,1	

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни мардҳо ва занҳо (аз рӯи меъери  $\chi^2$  барои чадвалиҳои ихтиёрӣ)

Таҳлили маълумот дар бораи хусусияти табобати гурӯҳи таҳқиқотӣ бо ФД як қатор хусусиятҳоро маълум кард. Қариб ҳар панҷум бемор, 16 (18,8%), табобати зиддитромбӣ нагирифтаанд. Варфарин 29 (34,1%) доруи аз ҳама бисёр таъиншуда буд, дар ҳоле ки АКДМ хеле камтар аз 8 (9,4%) истифода мешуд. Антиагрегантҳоро 41 нафар (42,2%) беморони ФД истеъмол мекарданд, ки дар байни онҳо фоизи истифодаи аспириин ҳамчун монотерапия 29 (34,1%) зиёд аст ва дар якҷоягӣ бо клопидагрел дар 12 (14,1%) ҳолатҳо вомехӯрданд.

Истифодаи дарозмуддати антикоагулянтҳо хатари хунравиро дар беморони ФД зиёд мекунад. Барои арзёбии хатари оризаҳои геморрагӣ чадвали HAS-BLED васеъ истифода мешавад, ки бо истифодаи осон дар амалияи кардиологӣ фарқ мекунад ва имкон медиҳад, ки инкишофи хунравӣ, аз ҷумла сактаи геморрагии мағзи сар пешгӯӣ карда шавад. Дар чадвали 7 натиҷаҳои таҳлили басомади омилҳои хатар барои оризаҳои геморрагӣ, ки дар фадвали HAS-BLED муайян шудаанд, оварда шудаанд.

**Чадвали 7. - Омилҳои хатар барои оризаҳои геморрагӣ (аз рӯи чадвали HAS-BLED)**

Показатели		Миқдори умуми беморон (n=85)	
		Abs	%
H	ФШ – ФШ систолий > 160 мм сут. сим.	28	32,9
A	Дисфунксияи чигар ва гурда	9	10,6
S	Сактаи мағзи сар	11	12,9
B	Хунравӣ	5	5,9
L	Ноустувории МНО	10	11,8
E	Сину сол зиёда аз 65	60	70,6
D	Истифодаи баъзе доруҳо ва алкоғол	7	8,2

Мувофиқи маълумоти пешниҳодшудаи ҷадвал, омилҳои маъмултарин, ки ба оризаҳои геморрагӣ дар ҷадвали HAS-BLED мусоидат мекунанд, ФШ бо нишондиҳандаҳои аз 160 мм сут.сим. баландтар, ки дар 28 бемор (32,9%) ва инчунин синни 65 сола ва аз он боло, ки дар 60 бемори (70,6%) бо ФД ба қайд гирифта шудааст, ба ҳисоб мераванд.

Натиҷаҳо нишон доданд, ки хатари ҳодисаҳои геморрагӣ дар 13 (15,2%) беморон баланд буд, вақте ки ҳамчун яке аз омилҳои хатар ФШС зиёда аз 160 мм сут.сим. - ро ислоҳ кардан мумкин аст.

Таҳлили таъбаоти зиддиаритмикӣ дар беморони ФД чунин нишон дод: бета-блокаторҳо дар 36 беморон (42,4%) истифода шуд, ки нақши муҳими онҳоро дар таъбаот тасдиқ кард. Верапамил ба 16 бемор (18,8%) ва дилтиазем 9 бемор (10,6%) таъин карда шуд. Дигоксинро инчунин қисми зиёди беморон 17 (20%) истифода мебарданд.

Пас аз таҳлили маълумот дар бораи хусусияти таъбаот, арзиши риояи беморон ба таъбаоти тавсияшаванда гузаронида шуд, ки дар натиҷа пурсишномаи Мориск-Грин истифода шуд. Дар ин ҳолат, маълумот дар бораи сабабҳои риоя накардани речаи таъбаот (АҚД) тавассути пурсишҳои телефонӣ ва (бо қадри имкон) сӯҳбатҳои мустақим бо беморон ҷамъбаст карда шуданд. Сабти пурсиш пас аз 3, 6, 12 моҳ дарҷ карда шуд. Шумораи беморон дар давоми 12 моҳи мушоҳида коҳиш меёфт- пас аз 3 моҳ - 71 (83,5%), 6 моҳ - 54 (63,5%) ва пас аз 12 моҳ - 38 (44,7%) беморон ба тамос баромаданд ё ба духтури кардиолог муроҷиат карданд. Дар байни беморони амбулатории мушоҳидашуда (n=85) то муроҷиат 29 (34,1%) бемор варфарин мегирифтанд, дар ҳоле ки АҚД-ро 8 (9,4%) антиагрегантҳо 41 (48,2%) қабул мекарданд ва 16 (18,8%) беморон ягон доруи антиромботикӣ қабул намекарданд. Дар давоми мушоҳидаи беморони ФД дар тӯли 3, 6 ва 12 моҳ маълумот дар бораи доруҳои антиромботикӣ таҳлил карда шуд. Пас аз 3 моҳ 71 бемор ба қабули назоратӣ ҳозир шуданд. Аз ин шумора 26 нафар (36,6%) варфарин, 9 нафар (12,7%) АҚД ва 39 нафар (54,9%) антиагрегантҳоро қабул карданд. 11 (15,5%) беморон аз таъбаоти антиромботикӣ даст кашиданд. Риоя ба АҚД (варфарин ва АҚДМ)

49,3% - ро ташкил дод. Пас аз 6 моҳ аз 54 беморе, ки ба қабул омаданд, 31 (57,4%) антиагрегантҳо, 17 (31,6%) варфарин ва 6 (11,1%) АКДМ истеъмоли карданд. 7 (12,9%) беморон истеъмоли доруҳои зиддитромботикиро қатъ карданд. Дар ин марҳила, риояи АКД 42,6% - ро ташкил дод. Пас аз 12 моҳ аз 38 бемор 24 нафар (63,2%) антиагрегантҳо ва ҳамагӣ 12 нафар (31,6%) АКД (9 бемор варфарин, 3 АКДМ) истеъмоли карданд. Аз 38 бемор 5 нафар (13,2%) табобати антиромботикӣ нагирифтаанд.

Натиҷаҳои баҳодиҳии риояи табобат аз рӯи ҷадвали Мориск-Грин, ки 4 ҳол ба даст овардаанд, танҳо дар 30,9% беморон мушоҳидаи карда шуданд; яъне танҳо ҳар сеюм бемор пас аз 3 моҳ ба табобат риоя мекард, 29,6% бемороне, ки 3 ҳол ба даст овардаанд, қисман ё нокифоя риоя мекарданд. Вазъият бо беморони табобати таъиншуда риоянакунанда хеле бадтар аст ва пас аз се моҳ он 39,4% - ро ташкил дод ва пас аз 12 моҳ ин рақам ба 55,3% расид. Холи миёна аз рӯи Мориск-Грин дар ҷараёни 3 моҳи мушоҳидаҳо  $2,1 \pm 1,4$ -ро ташкил дод. Ин рақамҳо нишон медиҳад, ки истифодаи АКД дар марҳилаи амбулатории табобат бо сатҳи пасти риоя ба табобат дар беморони бо аритмия хос аст (ҷадвали 8).

**Ҷадвали 8. - Арзёбии риоя ба табобати антикоагулянтҳои даҳонӣ (ҳолҳо) аз рӯи ҷадвали Мориск-Грин (% аз шумораи умумии беморони фибриллятсияи даҳлезҳо)**

Шумораи ҳолҳо аз рӯи Мориск-Грин	3 моҳ (n=71)	6 моҳ (n=54)	12 моҳ (n=38)	P
0-2 ҳол	28 (39,4%)	26 (48,1%)	21 (55,3%)	>0,05
3 ҳол	21 (29,6%)	13 (24,1%)	9 (23,7%)	
4 ҳол	22 (30,9%)	15 (27,7%)	8 (21,0%)	
Холи миёна	$2,1 \pm 1,4$	$2,1 \pm 0,2$	$1,99 \pm 0,3$	>0,05

Эзоҳ: p – фарқиятҳои оморӣ дар динамикаи мушоҳида ( $\chi^2$  санҷиши тамоюл, \*ANOVA Фридман)

Яке аз қисматҳои пурсишнома маълумотро дар бораи сабабҳои қатъи табобати антиромботикӣ дар байни беморони ФД, ки дар ҳар як ташрифи

беморон (баъди 3 моҳ, 6 моҳ ва 12 моҳ) гузаронида мешуд, дар бар мегирифт Натиҷаҳои таҳлили пурсиш нишон доданд, ки дар байни сабабҳои зиёди бекор кардани табобати антитромботикӣ сабаби "арзиши баланди дору" дар ҳар як ташрифи беморон (баъди 3 моҳ- 22,5%, 6 моҳ-22,2% ва 12 моҳ- 23,7%), нофаҳмидани аҳамияти қабули табобати антикоагулянтӣ 18,3%, 18,5% ва 15,9%, имконияти назорати МНО ва ташриф овардан ба духтури кардиолог 14,1%, 14,8% ва 13,2%, набудани таъсири табобати гузаронидашуда 11,3%, 12,9% ва 10,5%, мавҷудияти таъсири манфӣ 4,2%, 7,4% ва 5,3% ва шиддат гирифтани патологияи ҳамрадиқ бо 5,6%, 5,5% ва 5,3% мутаносибан бартарӣ дошт.

### ХУЛОСАҲО

1. Дар сохтори бемориҳои кардиоваскулярӣ беморон (n=850), ки дар марҳилаи амбулаторӣ барои кӯмаки тиббӣ ба кардиолог муроҷиат карданд, ҳар чорумин (25,9%) бемор ин ё он вайроншавии назм ва гузаронандагиро дошт. Дар байни онҳо 85 нафар (38,6%) тибқи маълумоти ЭКГ-и рӯзи муроҷиат ФД, ки аз он 53 (62,4%) мардон ва 32 (37,3%) занон, бо синну соли миёна ба қайд гирифта шуд. Дар байни намудҳои гуногуни ФД бо басомади баланд (65,9%) шакли доимӣ, дар 12 (14,1%) шакли персистӣ ва дар 10 (11,8%) бори аввал пайдошуда вохӯрданд. Паҳншавии ФД бо зиёд шудани синну сол афзоиш ёфт: дар синни  $\leq 50$  сол – 5 нафар (5,9%); 51-64 сол – 20 нафар (23,5%); 65-74 сол – 44 нафар (51,8%). Дар гурӯҳи синну соли то 60 сол ФП бештар дар мардон нисбат ба занон мушоҳида мешуд [1-М, 9-М, 10-М].
2. Дар аксари беморони дорои ФД омилҳои заминавӣ ва оғозии рушд ФШ (84,7%) буд. Дар сохтори омилҳои хатар диабети қанд, стресси психоэмоционалӣ ва сарбориҳои ҷисмонӣ мавқеи пешсафро ишғол мекарданд. Таҳлили этиологияи ФД нишон дод, ки сабаби классикӣ дар баробари ФШ боз БИД (48,2%), камтар миокардитҳо ва БМТД (5,9% ва 3,5% мутаносибан), буд ва танҳо дар 7,1% беморони таҳқиқшуда сабабро муайян кардан нашуд [1-М, 6-М, 14-М].

3. Az рӯи профили хатари дилу рағҳо, мардҳо ва занҳо ба таври назаррас фарқ мекарданд. Занҳо нишондиҳандаи миёнаи баландтари ИВБ ( $32,7 \pm 6,9$  дар муқоиса бо  $29,4 \pm 4,6$ ,  $p < 0,05$ ) ва басомади баланди бемориҳои ҳамрадиф, аз ҷумла ФШ, ДҚ ва нуқсонҳои дарғотҳои дил доштанд. Инчунин, дар занҳо ҳолҳои миёнаи CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc нисбат ба мардҳо баландтар буд ( $3,4 \pm 1,3$  дар муқоиса бо  $2,2 \pm 1,5$ ,  $p < 0,001$ ). Дар табобати муқарраршуда барои пешгирии ҳодисаҳои кардиоэмболикӣ фарқиятҳо ошкор карда шуданд. Занҳо нисбат ба мардҳо ба сабаби НД (28,1% дар муқоиса бо 16,9%) бештар ба беморхона бистарӣ мешуданд. Басомади НД дар беморони ФД 38,1%-ро ташкил дод, ки таърихи мусбати СМ, БИД, ДҚ навъи 2 ва ФШ доштанд, дар ҳоле ки фарқияти ҷинсӣ аз рӯи басомади онҳо мушоҳида нашудааст [2-М, 4-М, 6-М, 7-М, 9-М, 12-М, 13-М, 14-М].
4. Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои морфофункционалӣ вобаста ба ҷинс бо нишондиҳандаҳои муқоисашавандаи ҳифзи функционалии ДЧ ва ремоделизатсияи сохторӣ монанд буданд. Ҳам дар мардҳо ва ҳам дар занҳо баландшавии ИХДЧ мутаносибан 86,8% ва 71,9% ва афзоиши андозаи пешу ақибӣ ДЧ (мувофиқан 54,7% ва 46,9%) ба амал омад. Дар ин ҳолат, бузургҳои ҒНД МЧ ва таносуби Е/Е дар занҳо қариб ду баробар зиёд буданд, ки ин аз норасоии диастолии МЧ шаҳодат медиҳад [4-М, 7-М, 15-М].
5. ЭхоКГ тавассути сурхрӯда дар 14 (25,4%) аз 56 бемори бо шакли доимии ФД тромби дохили дилро дар ГДЧ ошкор кард. Хусусияти муқоисавии хатари тромбоэмболикӣ (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) ва геморрагӣ (HAS-BLED) дар беморони дорои тромб дар ГДЧ мутаносибан дараҷаи баланди - 3,2 ва 2,6 нисбат ба 1,8 ва 1,6 нишон дод. Мувофиқи маълумоти ЭхоКГ-и тавассути сурхрӯда диаметри ДЧ ва ДР дар беморони дорои тромб дар ГДЧ аз ҷиҳати оморӣ  $49,9 \pm 7,8$  ва  $48,8 \pm 5,3$  нисбат ба беморони гурӯҳи I (бе мавҷудияти тромб дар ГДЧ) мутаносибан  $46,6 \pm 5$  ва  $45,3 \pm 5,1$  ( $p = 0,041$ ) хеле баландтар буд. Инчунин коҳиши СБҚХ ( $29,1 \pm 12,5$  см/с) ва афзоиши падидаи ЭКЯ дар

беморони тромбози ГДЧ ( $3,5\pm 0,9$ ) дар муқоиса бо зергурӯҳи бе тромбоз ( $39,8\pm 11,4$  см/с ва  $2,7\pm 0,7$  мутаносибан) муайян карда шуд [5-М, 7-М, 15-М].

6. Таҳлили хусусияти табобати гурӯҳи таҳқиқотии беморони ФД нишон дод, ки назорати фармакологии ЗЗД асосан аз бета-блокаторҳо ва дигоксин иборат аст ва истифодаи АКДМ дар беморони ФД дар таҷрибаи воқеии клиникӣ беҳтар аст. Ғайр аз он, набудани мониторинги табобати антитромботикӣ (назорати МНО) дар амалияи амбулаторӣ ва дониши нокифояи табибони кардиолог дар маҳалҳо дар бораи назорати яқҷояи фармакологии ФД ташвишовар аст. Натиҷаҳои арзёбии риоя ба табобат аз рӯи чадвали Мориск-Грин ба ҳисоби миёна  $2,1\pm 1,4$  пас аз 3 моҳ ва  $1,99\pm 0,3$  пас аз 12 моҳ нишон доданд, ки ин сатҳи пасти риояи беморони ФД ба табобати АКД-ро нишон медиҳад. Дар байни сабабҳои зиёди қатъи табобати антитромботикӣ - арзиши баланди дору, нофаҳмии аҳмияти қабули табобати антикоагулянтӣ ва набудани имконияти назорати МНО ва ташриф ба духтур-кардиолог мавқеъҳои пешсафро ишғол карданд [1-М, 2-М, 3-М, 8-М, 10-М, 11-М].

### **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Тағйир додани омилҳои хатар бояд як унсури муҳими иловагии табобати ФД дар баробари табобати антикоагулянтӣ, назорати назм ва назорати ЗЗД бошад. Бояд ба фишорбаландии шараёнӣ диққати махсус дода шавад, то ба нишондиҳандаҳои мақсадноки фишори хун бо ёрии ингибиторҳои ФАТ, блокаторҳои ретсепторҳои ангиотензин II ё антагонистҳои ретсепторҳои минералокортикоидӣ ноил шавад. Тарғиби даст кашидан аз тамокукашӣ, маҳдуд кардани фаъолияти аз ҳад зиёди ҷисмонӣ ва истеъмоли мӯътадили машрубот низ зарур аст.
2. Барои ташҳиси барвақтии ФД, ташҳиси ЭКГ тавсия дода мешавад, махсусан дар беморони аз 50-сола боло ва шахсони дорои омилҳои хатар (ФШ, ДҚ, БИД). Муносибати фардӣ ба табобат баҳодихии ҳатмии хатари тромбоземболикӣ (CHA2DS2-VASc) ва хатари хунравӣ (HAS-BLED) - ро

барои интихоби табобати оптималии антикоагулянтӣ дар назар дорад. Дар сурати хатари баланди тромбоемболикӣ ё калоншавии даҳлези чапи дил, ЭхоКГ тавассути сурхрӯда тавсия дода мешавад. Фарқиятҳои ҷинсиро дар хатари ФД ва оризаҳои он ба назар гирифтани муҳим аст.

3. Фардикунонии табобат бо назардошти фарқиятҳои ҷинсӣ дар хатари дилу рағҳо, нишондиҳандаҳои морфофункционалии дил (дисфунксияи диастолии МЧ дар занҳо) ва бемориҳои ҳамрадиф. Занҳо аз ҳисоби ҳолҳои баландтари СНА2DS2-VASc ва басомади баландтари НД ба пешгирии тромбоемболия диққати бештар талаб мекунанд. Барои пешгирии тромбоемболия антикоагулянтҳои даҳонии нав бартарӣ доранд. Мониторинги мунтазами самаранокӣ ва бехатарии табобати антикоагулянтӣ ҳатмист: назорати МНО ҳангоми истифодаи варфарин ё нишондиҳандаҳои мувофиқ ҳангоми истифодаи АКДМ.
4. Сатҳи пасти риоя ба табобат мушкили ҷиддӣ аст. Истифодаи ҷадвали Мориск-Грин барои баҳодиҳии риоя ба доруҳои зидитромботикӣ ва таҳия ва татбиқи барномаҳои таълимӣ барои баланд бардоштани риояи табобат дар беморон, бо тавачҷӯҳ ба аҳамияти истеъмоли мунтазами доруҳо ва зарурати назорат. Ҷалби фаъолони беморон ба раванди қабули қарорҳои табобат.

## **ИНТИШОРОТ АЗ РҶҲИ МАВЗҶИ ДИССЕРТАТСИЯ**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

[1-М]. Раҳматуллоев Х.Ф. Современная стратегия контроля частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии /С.М. Шукурова, Х.Ф. Раҳматуллоев// Ж. Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. XII, №1. – С. 99-107.

[2-М]. Раҳматуллоев Х.Ф. Мерцательная аритмия и сердечная недостаточность: обзор современных подходов к терапии /С.М. Шукурова, П.Х. Одинаев, Х.Ф. Раҳматуллоев, И.Б. Гайратова, Р.Х. Файзалиев// Ж. Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2023. – Т. XIII, №1. – С. 124-131.

[3-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Характер антиаритмической и антиагрегантной терапии фибрилляции предсердий в амбулаторных условиях /Х.Ф. Рахматуллоев// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – №1. – Стр. 41-48.

[4-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Сердечная недостаточность и фибрилляция предсердий: различия диастолической дисфункции сердца в зависимости от фракции выброса левого желудочка / П.Х. Одинаев, С.М. Шукурова, Х.Ф.

Рахматуллоев// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – №3. – Стр. 84-90.

[5-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Эхокардиографическая картина наличия тромбов ушка левого предсердия у пациентов с фибрилляцией предсердий/С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев, П.Х. Одинаев// Ж. Здравоохранения Таджикистана. – 2023. – №4 (359). – С. 103-108.

#### **Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷалаҳои конференсия**

[6-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Полиморбидность у пожилых больных с фибрилляцией предсердий /С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев, А.А. Гоибназаров// Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – 2022. – С.48-49.

[7-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Прогностическое значение фибрилляция предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью с разной фракцией выброса левого желудочка /С.М. Шукурова, А.И. Файзуллоев, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – 2022. – С.77.

[8-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Антитромботическая терапия ривароксабаном у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях амбулатории /Х.Ф. Рахматуллоев, П.М. Мехралишоева// Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии. – 2023. – С.88-89.



- [9-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Фибрилляция предсердий у мужчин с артериальной гипертензией и ожирением /Х.Ф. Рахматуллоев, М.Ш. Ахмадзода, А. Гоибназаров// Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии. – 2023. – С.89.
- [10-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Оценка терапии фибрилляция предсердий в амбулаторных условиях /С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев, М.Ш. Ахмадзода// Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии. – 2023. – С.114-115.
- [11-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Характер антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях амбулатории /Х.Ф. Рахматуллоев, Н.М. Хасанов, Дж.Ш. Джураев// Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии. – 2023. – С.125-126.
- [12-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Хроническая сердечная недостаточность у лиц пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий /С.М. Шукурова, П.Х. Одинаев, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции с международным участием «Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование – основа современной подготовки кадров здравоохранения». – 2023. – С.111.
- [13-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Прогностическая значимость продолжительности комплекса QRS у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляция предсердий: ретроспективное исследование /С.М. Шукурова, П.Х. Одинаев, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции с международным участием «Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование – основа современной подготовки кадров здравоохранения». – 2023. – С.112.
- [14-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Факторы риска и коморбидность у больных хронической сердечной недостаточностью в ассоциации с фибрилляцией предсердий /С.М. Шукурова, П.Х. Одинаев, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным

участием «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». – 2024. – С.93-94.

[15-М]. Рахматуллоев Х.Ф. Морфофункциональная характеристика сердца у больных с фибрилляцией предсердий /С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев, П.Х. Одинаев, // Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным участием «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». – 2024. – С.94.

## **НОМГЎИ ИХТИСОРАҶО, АЛОМАТҶОИ ШАРТӢ**

АВК – антагонистҳои витамини К

АВ-гирех – гирехи атриовентрикулярӣ

ФШ – фишорбалиндии шараёнӣ

ФА – фишори артериявӣ

БРА – блокаторҳои ретсепторҳои ангиотензин

ТУТ – Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ

ГМЧ – гипертрофияи меъдаи чап

ЧКА – Чамъияти кардиологҳои Аврупо

ИФАТ – ингибиторҳои ферменти ангиотензин табдилдиҳанда

БИД – бемории ишемияи дил

ИВБ – индекси вазни бадан

БКВ – бемориҳои кардиоваскулярий

МЧ – меъдаи чап

ДЧ – даҳлезии чап

БККҒ – блокаторҳои каналҳои калтсийгии ғайригидропиридинӣ

АҚД – антикоагулянтҳои даҳонӣ

СШМ – сактаи шади миокард

ҒНД МЧ – ғафсии нисбии девораи меъдаи чап

АҚДМ – антикоагулянтҳои даҳонии мустақим

ТКТ – таҳқиқоти клиникии тасодуфӣ

ЧТ – Чумхурии Тоҷикистон

ДҚ – диабети қанд

НД – норасогии дил

САОХ – синдроми обструктивии апноэ дар хоб

БДР – беморихои дилу рагҳо

ГДЧ – гушаки даҳлезии чап

ФП – фраксияи партоиш

ФД – Фибрилятсияи даҳлезҳо

БОМШ – бемории обструктивии музмини шуш

НМД – норасогии музмини дил

ЗЗД – зудии задани дил

ЭКГ – электрокардиография

ЭхоКГ – эхокардиография

$\beta$ -АБ – бета-адреноблокаторҳо.

## АННОТАЦИЯ

Рахматуллоев Хушруз Фарходович

### Клинико-функциональные, анамнестические данные и характер терапии у больных с фибрилляцией предсердий по результатам амбулаторного наблюдения

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий (ФП), факторы риска, половые различия, сердечно-сосудистый риск, эхокардиография (ЭхоКГ), характер терапии, приверженность, амбулаторный регистр

**Цель исследования:** совершенствовать раннюю диагностику фибрилляции предсердий путём изучения частоты, факторов риска, характера терапии и клинико-функциональных особенностей с учётом пола в рамках амбулаторного регистра.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** Объектом исследования послужила медицинская документация, амбулаторная карта кардиологических больных, находившихся на обследовании и лечение на базе функционального отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в 2022-2023 гг. Кроме того, проведено обобщение и анализ собственных клинических исследований (n=85) больных с установленным диагнозом ФП. Все наблюдаемые больные с ФП прошли комплекс клинических, биохимических, гемодинамических и статистических методов исследования.

**Полученные результаты и их новизна:** исследование выявило высокую распространённость ФП среди амбулаторных пациентов с половозрастными особенностями и различными этиологическими факторами. Впервые в республике создан регистр амбулаторных больных с ФП. Проанализирован сердечно-сосудистый риск (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, HAS-BLED) с учетом пола, показавший более высокий риск у женщин. Обнаружены морфофункциональные изменения, связанные с полом, включая диастолическую дисфункцию ЛЖ у женщин. Впервые на амбулаторном этапе с помощью чреспищеводной ЭхоКГ выявлены тромбы в УЛП у пациентов с постоянной ФП. Анализ приверженности к терапии показал низкий уровень из-за высокой стоимости препаратов, недостаточного понимания необходимости лечения и отсутствия мониторинга МНО.

**Рекомендации по использованию:** для профилактики и лечения ФП необходим комплексный подход, включающий модификацию факторов риска, скрининг ЭКГ (особенно у пациентов старше 50 лет и лиц с факторами риска), персонализированный выбор антикоагулянтной терапии (с учётом CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и HAS-BLED, половых различий, возможности использования ПОАК) и необходимости чреспищеводной ЭхоКГ при высоком риске, регулярный мониторинг МНО и образовательные программы для повышения приверженности пациентов к лечению. Особое внимание следует уделять женщинам из-за более высокого риска тромбоэмболии и диастолической дисфункции ЛЖ.

**Область применения:** внутренние болезни, кардиология.

## АННОТАТСИЯ

Раҳматуллоев Хушрӯз Фарҳодович

### Маълумотҳои клиникӣ-функционалӣ, анамнез ва хусусиятҳои табобат дар беморони гирифтори фибриллятсияи даҳлезҳои дил аз рӯйи натиҷаҳои назорати амбулаторӣ

**Калимаҳои калидӣ:** фибриллятсия даҳлезҳо (ФД), омилҳои хатар, фарқиятҳои ҷинсӣ, хатари дилу рағҳо, эхокардиография (ЭхоКГ), хусусиятҳои табобат, риояи табобат, қайдномаи амбулаторӣ.

**Мақсади таҳқиқ:** такмил додани ташҳиси барвақти фибриллятсияи даҳлезҳо тавассути омӯзиши басомад, омилҳои хатар, хусусиятҳои табобат ва клиникӣ-функционалӣ бо назардошти ҷинс дар доираи қайдномаи амбулаторӣ.

**Усулҳои таҳқиқ ва истифодаи дастгоҳҳо:** объекти таҳқиқотро ҳуҷҷатҳои тиббӣ, картаи амбулатории беморони дил, ки дар заминаи шубҳаи функционалии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» дар солҳои 2022-2023 дар муоина ва табобат қарор доштанд, ташкил намуд. Илова бар ин, ҷамъбаст ва таҳлили тадқиқоти клиникии шахсии (n=85) беморони ФД бо ташҳиси муқарраршуда, гузаронида шуд. Ҳамаи беморони мушоҳидашудаи ФП маҷмуи усулҳои клиникӣ, биохимиявӣ, гемодинамикӣ ва омории тадқиқотро гузаштанд.

**Натиҷаҳои ҳосилшуда ва наwgониҳои онҳо:** тадқиқот нишон дод, ки ФД дар байни беморони амбулаторӣ бо хусусиятҳои синну солу ҷинсӣ ва омилҳои гуногуни этиологӣ бисёр паҳн гаштааст. Барои аввал дар ҷумҳурӣ қайдномаи беморони амбулатории ФД таъсис дода шуд. Хатарҳои дилу рағҳо (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, HAS-BLED) бо назардошти ҷинс таҳлил гардида, хатарҳои баландтар дар байни занон нишон дода шуд. Тағйироти морфофункционалӣ вобаста ба ҷинс, аз ҷумла дисфунксияи диастоликии МЧ дар занон ошкор шуд. Бори аввал дар марҳилаи амбулаторӣ бо истифодаи ЭхоКГ-и тавассути сурхрӯда тромб дар ГДЧ дар беморони гирифтори ФД-и доимӣ муайян гардид. Таҳлили риояи табобат сатҳи пасти онро нишон дод, ки сабаби он арзиши баланди доруворихо, нокифоя будани фаҳмиш дар бораи аҳамияти табобат ва набудани мониторинги МНО мебошад.

**Тавсияҳо оид ба истифода:** барои пешгирӣ ва табобати ФД усули ҳамачониба зарур аст, ки тағйири омилҳои хатар, скрининги ЭКГ (махсусан дар байни беморони аз 50-сола боло ва шахсони дорой омилҳои хатар), интихоби инфиродии табобати зиддиқогулянтӣ (бо назардошти CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ва HAS-BLED, тафовути ҷинсӣ ва истифодаи АКДМ), зарурати ЭхоКГ-и тавассути сурхрӯда дар ҳолатҳои хатари баланд, мониторинги мунтазами МНО ва барномаҳои маърифатӣ барои баланд бардоштани риояи табобат дар беморон дар бар мегирад. Ба занон тавачҷуҳи махсус бояд дода шавад, зеро хатари баландтари тромбоэмболия ва дисфунксияи диастоликии МЧ доранд.

**Соҳаи истифода:** бемориҳои дарунӣ, кардиология.

## ANNOTATION

**Rahmatulloev Khushruz Farhodovich**

### **Clinical-functional, anamnestic data and therapy characteristics in patients with atrial fibrillation based on outpatient observations**

**Keywords:** acute myocardial infarction (AMI), electrocardiography (ECG), echocardiography (EchoCG), percutaneous coronary intervention (PCI), comorbidity, Charlson index.

**Objective:** atrial fibrillation (AF), risk factors, gender differences, cardiovascular risk, echocardiography (EchoCG), therapy characteristics, adherence, outpatient registry.

**Methods and equipment used in the study:** The object of the study comprised medical documentation and outpatient records of cardiology patients who underwent examination and treatment at the Functional Department of the State National Medical Center of the Republic of Tajikistan “Shifobakhsh” during 2022–2023. In addition, a summary and analysis of 85 clinical cases of patients with a confirmed diagnosis of AF were conducted. All patients with AF underwent comprehensive clinical, biochemical, hemodynamic, and statistical research methods.

**Results obtained and their novelty:** The study revealed a high prevalence of AF among outpatients, with gender and age-related characteristics and various etiological factors. For the first time in the country, an outpatient registry for patients with AF was established. Cardiovascular risk (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, HAS-BLED) was analyzed with gender considerations, showing higher risks in women. Morphofunctional changes related to gender were identified, including diastolic dysfunction of the LV in women. For the first time at the outpatient stage, transesophageal EchoCG identified thrombi in the left atrial appendage in patients with permanent AF. Adherence analysis revealed low levels due to the high cost of medications, insufficient understanding of treatment necessity, and lack of INR monitoring.

**Recommendations for use:** Prevention and treatment of AF require a comprehensive approach, including the modification of risk factors, ECG screening (especially for patients over 50 years old and those with risk factors), personalized selection of anticoagulant therapy (considering CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc and HAS-BLED, gender differences, and the possibility of using DOACs), the necessity of transesophageal EchoCG in high-risk cases, regular INR monitoring, and educational programs to enhance patient adherence to treatment. Special attention should be paid to women due to their higher thromboembolism risk and LV diastolic dysfunction.

**Field of Application:** Internal medicine, cardiology.