



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**12(50)2022**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**12 (50)**

**2022**

*декабрь*



Received: 20.11.2022  
Accepted: 29.11.2022  
Published: 20.12.2022

УДК 616.1/. 9.12-008.3

## ВЫБОР КУПИРОВАНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.

Ризаева М.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт,  
Бухарский филиал РНЦЭМП. Бухара, Узбекистан

### ✓ Резюме

Фибрилляция предсердий (ФП) – считается как вариация наджелудочковой тахикардии с хаотической электрической активностью предсердий с частотой импульсов 350 и более в минуту, что исключает возможность их координированного сокращения [1]. ФП продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. Она является наиболее распространенным нарушением ритма сердца, ее частота в общей популяции составляет 1-2% [2]. В основе анализа делаются выводы о предпочтительности стратегии контроля ритма сердца у пациентов с ФП и о безопасности и эффективности электрической кардиоверсии. Самой значимой угрозой ФП являются тромбэмболические осложнения, так, например, риск инсульта возрастает в 5 раз [3]. Эти осложнения, протекающие на фоне ФП, склонны рецидивировать, чаще приводят к инвалидизации и даже летальному исходу [8,9].  
Ключевые слова: электроимпульсная терапия (ЭИТ), кардиоверсия, фибрилляция предсердий, персистирующая форма, частота сердечных сокращений.

## THE CHOICE OF RELIEF OF THE PERSISTENT FORM OF ATRIAL FIBRILLATION UNDER INTENSIVE CARE

Rizaeva M.J.

Bukhara State Medical Institute,  
Bukhara branch of RCEMC. Bukhara, Uzbekistan

### ✓ Resume

Atrial fibrillation (AF) is considered as a variation of supraventricular tachyarrhythmia with chaotic atrial electrical activity with a pulse rate of 350 or more per minute, which excludes the possibility of their coordinated contraction [1]. AF continues to be one of the most urgent problems of modern cardiology. It is the most common cardiac arrhythmia, with an incidence of 1–2% in the general population [2]. The analysis is based on the conclusions about the preference of the heart rate control strategy in patients with AF and about the safety and effectiveness of electrical cardioversion. The most significant threat to AF is thromboembolic complications, for example, the risk of stroke increases by 5 times [3]. These complications, occurring against the background of AF, tend to recur, more often lead to disability and even death [8,9].

Key words: electrical cardioversion, atrial fibrillation, persistent form, heart rate.



# INTENSIV TERAPIYA OSTIDAGI ATRİYAL FIBRILLATSİYANING PERSISTIRLOVCHI SHAKLINI YENGILLASHTIRISHNI TANLASH

Rizaeva M.J.

Buxoro davlat tibbiyot instituti,  
RShTYoM Buxoro filiali. Buxoro, O'zbekiston

## ✓ Rezyume

*Atriyal fibrilatsiya (AF) yurak urishi tezligi daqiqada 350 yoki undan ko'p bo'lgan xaotik atriyal elektr faolligi bilan supraventrikulyar taxiaritmiya o'zgarishi sifatida qaraladi, bu ularning muvofiqlashtirilgan qisqarishi ehtimolini istisno qiladi [1]. AF zamonaviy kardiologiyaning eng dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Bu eng keng tarqalgan yurak aritmi bo'lib, umumiy populyatsiyada 1-2% ni tashkil qiladi [2]. Tahlil AF bilan og'rigan bemorlarda yurak urish tezligini nazorat qilish strategiyasini afzal ko'rish va elektr kardioversiyaning xavfsizligi va samaradorligi to'g'risidagi xulosalarga asoslanadi. AF uchun eng muhim tahdid tromboembolik asoratlardir, masalan, insult xavfi 5 baravar ortadi [3]. AF fonida yuzaga keladigan bu asoratlar qaytalanishga moyil bo'lib, ko'pincha nogironlik va hatto o'limga olib keladi [8,9].*

*Kalit so'zlar: elektr kardioversion, atriyal fibrilatsiya, persistirlovchi shakli, yurak urishi.*

## Актуальность

У пациентов с ФП ухудшается качество жизни и снижается толерантность к физической нагрузке. Качество жизни существенно хуже, чем у здоровых людей или больных с ишемической болезнью сердца и синусовым ритмом [3]. О тактике ведения пациента с ФП соответственно возникает вопрос: контроль ЧСС или восстановление синусового ритма. Сопоставимую при обеих стратегиях смертность показали исследования AFFIRM [2], RACE [3] и AF-CHF [4], но не все так однозначно в плане прогноза хронической сердечной недостаточности (ХСН) и качества жизни [10,11,20]. В рамках исследования RACE выявило ухудшение сократительной способности левого желудочка (ЛЖ) у пациентов на фоне контроля ЧСС по сравнению с пациентами, для которых была выбрана тактика контроля ритма, более того, у пациентов с восстановленным синусовым ритмом были зафиксированы случаи улучшения сократительной способности [5, 6].

Данные частых обращений пациентов с поздними рецидивами ФП для повторной кардиоверсии дополнительно указывает на лучшее качество их жизни при сохранении синусового ритма [16,17,18]. В данной статье представлены современный взгляд на стратегию и тактику купирования приступов ФП [12,13], показания для электроимпульсной терапии в условиях интенсивной терапии [14,15,19].

**Цель работы:** Оценить эффективность применения электрической кардиоверсии при персистирующей форме фибрилляции предсердий в условиях интенсивной терапии.

## Материал и методы

В отделение кардиотерапевтической реанимации РНЦЭМП Бухарского филиала за период 38 мес. (2018 и начало 2022гг) для решения вопроса о возможности кардиоверсии поступили 112 пациента с персистирующей формой ФП. Наличие ФП и диагноз ИБС подтвердились на основании характерных жалоб, анамнеза, физикальных обследований, и инструментальных, таких как регистрацией ЭКГ и ЭХОКГ. Критериями исключения были кардиогенный шок, врожденные и приобретенные пороки сердца, воспалительные заболевания сердца, ожирение III степени и нарушения функции щитовидной железы. Структурно-функциональное состояние сердца исследовали методом эхокардиографии на аппарате Sonoscape SSI 5000 (Китай) датчиком с частотой 2,4 мГц. Рассчитывали среднее значение трех последовательных циклов работы сердца. Применяли стандартные позиции парастерального и верхушечного доступов. Региональная фракция выброса (ФВ) составляла от 25%-акинетичные, ФВ 25—50% - гипокинетичные, а ФВ более 50% — нормокинетичные. Нами было принято во внимание клинико-эхокардиографические критерии, такие как, состояние локальной сократимости левого и правого желудочков, региональная фракция выброса, наличие митральной регургитации, размеры конечного систолического и диастолического объемов (КСО и КДО) левого желудочка и размеры левого предсердия. Клинические особенности ФП проводилось на основании расчета количества приступов аритмии за 3 месяца, а также по результатам суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

За 38 месяцев наблюдения 79 (70,5%) больных (1-я группа) в связи с прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточностью, нестабильности гемодинамики и как один из методов лечения, провели электроимпульсную терапию из 112 (100%) больных. Доза заряда для проведения электрической кардиоверсии подбиралась на основании индекса массы тела, телосложения, продолжительности срыва фибрилляции предсердий и давность приема антиаритмических препаратов. 2-группа пациентов, включающих 33 больных (29,4%) от общего числа больных, включенных в исследование. У 1-й группы у 6 пациентов от 79, имелись так и ранние, так и поздние прогрессирование аритмии от 4 недель до 19 месяцев. Среднее значение рецидивов фибрилляции предсердий после ЭИТ составило 5,3%. Смертельный исход наблюдался у 2 пациентов (1,7%) контрольной группы, следствие прогрессирующей фибрилляцией предсердий, несвоевременный прием антиаритмических препаратов, значительных органических изменений полостей сердца на основании ЭХОКГ данных и прогрессирования сердечной недостаточности.

Все пациенты, включенные в исследование, имели аритмический анамнез от 1 года до 8 лет. С прогрессированием ФП средняя продолжительность аритмии составляла  $5,82 \pm 2,35$  года, а у пациентов без признаков прогрессии —  $4,3 \pm 1,71$  года ( $p < 0,05$ ). В анамнезе у пациентов с прогрессированием ФП инфаркт миокарда и ХСН отмечался чаще, чем у пациентов без прогрессирования аритмии. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе у пациентов 1-й группы отмечено у 3 (6%), а у больных 2-й группы 7 (20,9%) ( $p < 0,05$ ). По данным эхокардиографии фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) у всех больных была выше 44%. У 1-й группы пациентов в среднем ФВ ЛЖ составила  $61,23 \pm 6,24\%$ , а во 2-й группе —  $48,47 \pm 8,4\%$ . Конечный систолический объем (КДО) ЛЖ был больше у больных с прогрессированием ФП, чем у пациентов без прогрессирования ФП. У 47% пациентов 2-й группы и 28% больных 1-й группы была диагностирована митральная регургитация ( $p < 0,05$ ). У пациентов с прогрессирующей ФП регистрировалось большее количество зон гипокинеза и акинеза, чем у пациентов без прогрессирования аритмии. Кардиоверсия была выполнена 79 больным. В методике кардиоверсии преобладала ЭИТ: 79 против 33 фармакологической (70,5% и 29,4% соответственно), что значительно уменьшилось количество койка дней, чем больные, принимающие антиаритмические средства. В качестве антитромботической терапии ЭИТ использовались: нефракционный гепарин 93 в случаях (с дальнейшим переходом на пероральный антикоагулянт), ривароксабан в 14 случаях и варфарин в 5 случаях.

### Результат и обсуждения

После ЭИТ рецидивы ФП подразделяются на немедленные (в течение нескольких минут), таковых было 1 (1%); ранние (в течение 5 суток) - 1 (1 %) и поздние (в сроки более 5 суток) - их оценивали ориентировочно по повторным госпитализациям, 4 случая (3,5% в год). После проведения ЭИТ наблюдалось 3 случая скрытого синдрома слабости синусового узла (СССУ), купированная самостоятельно. За указанный срок имели место 1 ишемический инсульт и 1 эпизод тромбоэмболии в брахицефальную артерию. Все перечисленные осложнения случились на фоне терапии варфарином, несмотря на то, что показатели антикоагуляции находились в целевом диапазоне по значениям МНО во всех случаях имевших место осложнений. Во всех перечисленных случаях отмены терапии не потребовалось, были лишь уменьшены дозы препаратов - ривароксабан с 20 до 15 мг/сутки, в случае с варфарином принято решение снизить целевое МНО до 1,6-2,5 ед. (учитывая, что данные значения обладают достаточным протективным эффектом, чтобы быть рекомендованными, в частности, для пожилых пациентов) [7].

### Выводы

1. Анализ полученных результатов показал высокую эффективность и безопасность электрической кардиоверсии.
2. Рассматривающий клинический опыт, результаты субанализа AFFIRM [3] и международного регистра GARFIELD [7], можно рекомендовать более широко рассматривать возможность выбора стратегии контроля ритма.
3. Преимуществами восстановления и удержания нормального синусового ритма с помощью электроимпульсной терапии является более высокая эффективность, нежели при медикаментозном восстановлении при использовании адекватной антитромботической защиты.
4. Рассчитана частота рецидива фибрилляции предсердий персистирующей формы в ранние сроки (до 1 месяца наблюдения) после ЭИТ и в отдаленном периоде (19 месяцев наблюдения) у больных, госпитализированных по экстренным показаниям в связи с приступом фибрилляции предсердий длительностью более 48 часов.
5. Подбор дозы разряда ЭИТ в зависимости от длительности фибрилляции предсердий, массы тела, телосложения и давности приема антиаритмических препаратов.

6. Определена экономическая эффективность электроимпульсной терапии в сравнении с медикаментозной.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Струтынский А.В. Электрокардиограмма. Анализ и интерпретация. — М: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 120—123. — 224 с. —
2. Кенжаев М.Л., Ризаева М.Ж. Выявление предикторов фибрилляции предсердий у больных ишемической болезнью сердца. //Новый день в медицине, 2020. (2), 403-406.
3. Кенжаев М.Л., Ризаева М.Ж. Клиническое течение фибрилляции предсердий у больных ишемической болезнью сердца. //Наука и инновации-современные концепции 2020. (pp. 103-109).
4. Турдиев У.М., Болтаев Э.Б., Кодиров М.Д. Показатели цитокинов у больных с острым коронарным синдромом в зависимости от вида антитромботической терапии. //Высшая школа: научные исследования 2020. (pp. 93-97).
5. RSC, RSSA, RACVS guidelines for the electrophysiological studies, catheter ablation and implantable use of antiarrhythmic devices. Available at: <http://www.vnoa.ru/literature/Recomend2013.pdf>. Accessed by 15/08/2014. Russian (Клинические рекомендации РКО, ВНОА И АССХ по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантируемых антиаритмических устройств. Доступно на: <http://www.vnoa.ru/literature/Recomend2013.pdf>. Проверено 15.08.2014).
6. Hylek E.M., Go A.S., Chang Y. et al. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. //N Engl J Med 2003; 349: 1 019-26.
7. Thrall G., Lane D., Carroll D., Lip G.Y. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review. //Am J Med 2006; 1 19: 448 e1-e19.
8. Roy D., Talajic M., Nattel S. et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure //N. Engl. J. Med.- 2008. - Vol. 358. - P. 2667-2677.
9. Hsu L.F., Jais P., Sanders P. et al. Catheter ablation for atrial fibrillation in congestive heart failure //N. Engl. J. Med. - 2004. - Vol. 351. - P. 2373-2383.
10. Khan M.N., Jais P., Cummings J. et al. Pulmonary-vein isolation for atrial fibrillation in patients with heart failure //N. Engl. J. Med. - 2008. - Vol. 359. - P. 1778-1785.
11. Kirchhof P, Auricchio A, Bax J, et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. //Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA). Eur Heart J 2007; 28: 2803-17.
12. Ezekowitz M.D., Cappato R. Klein A.L., Camm A.J. et al. Rationale and design of the eXplore the efficacy and safety of once-daily oral rivaroxaban for the prevention of cardiovascular events in patients with nonvalvular atrial fibrillation scheduled for cardioversion trial: A comparison of oral rivaroxaban once daily with dose-adjusted vitamin K antagonists in patients with nonvalvular atrial fibrillation undergoing elective cardioversion //Am. Heart J. - 2014. - Vol. 167(5). - P. 646-652.
13. Rizaeva M.Z. The clinical course of atrial fibrillation in patients with coronary heart disease. //European journal of molecular medicine, 2022. 2(1).
14. Koyirov A.K., Shirinov D.K., Rakhimov M.M., Boltayev E.B., Galilov A.A. Non-invasive lung ventilation in acute respiratory failure caused by new coronavirus infection COVID-19. //Новый день в медицине, 2021. (1)107-114.
15. Qoyirov A.Q., Kenjaev S.R., Xaitov S.SH. Egamova N.T., Boltaev E.B., The role of delirium in patients with myocardial infarction of complicated acute heart failure //New Day in Medicine 3(31)2020 68-71
16. Rizayeva Malika Jamolovna. (2020). Improvement of methods of treatment of persistent atrial fibrillation in patients with ischemic heart disease. //International Engineering Journal For Research Development, 5(SPECIAL ISSUE), 7. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/ZFJW9>
17. Boltayev E. Choice of respiratory therapy in severe patients with new coronavirus infection COVID-19. Достижения науки и образования Учредители: Олимп, 2020(8), 70-74.
18. Пўлатова Ш.Х. Особенности ТЛТ у больных острым инфарктом миокарда //Шошилич тиббиёт ахборотномаси. Тошкент 2019. (6) С.89-92 (14.00.00; № 11)
19. Pulatova Sh.H. Method of improving vasopressor therapy for acute myocardial infarction complied with cardiogenetic shock //American Journal Of Medicine And Medical Sciences. 2020.10(11).P. 911-913
20. Pulatova Sh.H. Improvement of treatment of patients with acute heart failure, a comparative evaluation of the effectiveness of dobutamine and levosimendan //World Journal Of Pharmaceutical Research. 2020. 9(6) 2283-2288.

Поступила 20.11.2022