



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

8 (70) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)

**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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (70)

2024

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:
ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

август

Received: 20.07.2024, Accepted: 02.08.2024, Published: 10.08.2024

УДК 616.12-008.1

БҮЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ИНСУЛЬТ ВА ТИЗИМЛИ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ХАВФИНинг СТРАТИФИКАЦИЯСИ

Қобилова Д.К. <https://orcid.org/0009-0009-2500-3068>

Кучкаров Ш.Б. <https://orcid.org/0009-00088-2443-7959>

САМУ Марказий Осиё Тиббиёт Университети халқаро тиббиёт университети Фарғона 150100, Узбекистан, Фарғона вилояти, Фарғона шаҳри, Саноат қўчаси (олдинги. Усмана Юсупова), 24

✓ *Резюме*

Бўлмачалар фибрилляцияси энг кенг тарқалган юрак аритмияларидан биридир. Бўлмачалар фибрилляцияси кўпинча тромбоэмболик ҳолатлар билан асоратланади, бу беморларнинг ҳаёт сифатининг ёмонлашишига олиб келади ва касаллик кечишига таъсир қилади. Ушбу асоратни ривожланиши хавфини оширадиган ёндоши касалликлар кўплигини ҳисобга оладиган бўлсак, уларни хавф омиллари сифатида кўриб чиқишини мақсадга мувофиқ деб биламиз.

Калит сўзлар: бўлмачалар фибрилляцияси, тромбоэмболик асоратлар, ишемик инсульт.

RISK STRATIFICATION OF STROKE AND SYSTEMIC THROMBOEMBOLISM IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Kabilova D.K. <https://orcid.org/0009-0009-2500-3068>

Kuchkarov Sh.B. <https://orcid.org/0009-00088-2443-7959>

CAMU Central Asian Medical University International Medical University Fergana 150100, Uzbekistan, Ferganskaya oblast', City: Fergana, ul. Industry (former Usmana Yusupova), 24

✓ *Resume*

Atrial fibrillation is one of the most common cardiac arrhythmias. Atrial fibrillation is often complicated by thromboembolism, which leads to a deterioration in the quality of life of patients and also affects the prognosis of the disease. Considering the sufficient number of concomitant diseases that increase the risk of developing this complication, it is advisable to consider them as risk factors.

Key words: atrial fibrillation, thromboembolism, ischemic stroke.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Робилова Д.К. <https://orcid.org/0009-0009-2500-3068>

Кучкаров Ш.Б. <https://orcid.org/0009-00088-2443-7959>

САМУ Среднеазиатский медицинский университет Международный медицинский университет Фергана 150100, Узбекистан, Ферганская область, Город: Фергана, ул. Промышленности (бывшая Усмана Юсупова), 24

✓ *Резюме*

Фибрилляция предсердий является одной из самой часто встречаемой аритмии сердца. Фибрилляция предсердий не редко осложняется тромбоэмболией, которая приводит к ухудшению качества жизни больных, а также влияет на прогноз заболевания. Учитывая достаточное количество сопутствующих заболеваний, усиливающих риск развития данного осложнения, целесообразно рассмотреть их в качестве факторов риска.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, тромбоэмбологические осложнения, ишемический инсульт.

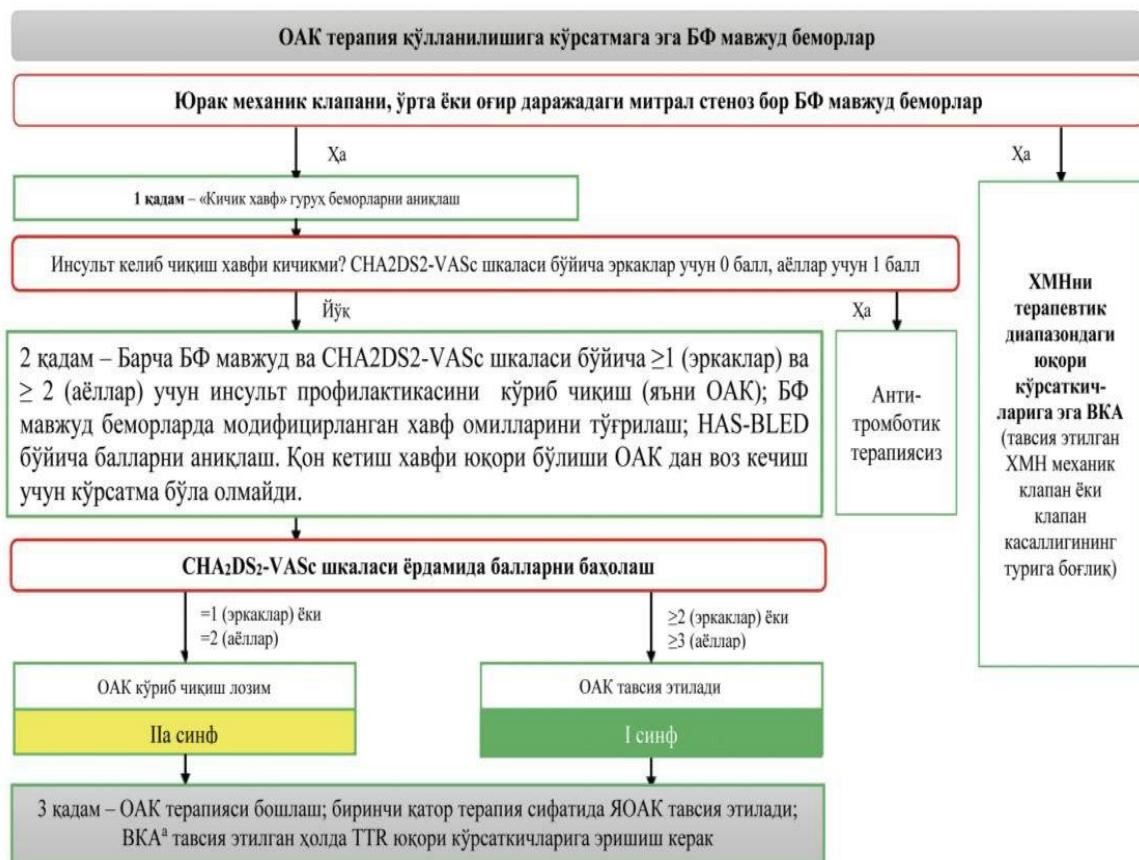


Долзарбилиги

Бүлмачалар фибринляцияси (БФ) мавжуд беморларда асосан чап бўлмача қулоқчасида тромб ҳосил бўлиши ва унинг кейинги ҳаракати билан боғлиқ тизимли тромбоэмболик асоратлар (ТЭА), шу жумладан ишемик инсульт (ИИ) тиббий-ижтимоий аҳамиятга эга муаммо ҳисобланиб, у БФ аҳамиятини белгилаб беради. Тромбознинг ривожланишига ёрдам берадиган механизмларга қон оқимининг секинлашиши, эндотелиал дисфункция ва қон ивиш тизимининг тизимли ва маҳаллий омилларнинг фаоллашув жараёнлари киради [1]. БФ билан оғриган беморларнинг барча ТЭА таркибида 90% дан ортиғи ИИ лар билан боғлиқ. Инсульт дунёда ўлимнинг иккинчи энг кўп учрайдиган сабаби бўлиб, инсультларнинг 80% га яқини ишемик характерга эга. Ишемик инсультлар орасида кардиоэмболик инсультлар юкори ўлим даражаси ва доимий ногиронликнинг ривожланиши туфайли энг ёмон прогнозга эга ҳисобланади [1].

Шу муносабат билан Европа кардиологлар жамиияти (ЕКЖ) томонидан БФ мавжуд беморларда ушбу аритмиянинг авваламбор этиологиясига асосланган антитромботик даво (АТД) алгоритми ишлаб чиқилган [1-расм]. Ушбу алгоритм бугунги кунда ҳар бир кардиолог ва терапевт учун муҳим “ёрдамчи” бўлиб, дастлаб витамин К антогонисти бўлган варфарин препаратини ягона мақбул антикоагулянт сифатида қабул киласиган беморлар гурухини ажратади (ўрта ва оғир даражадаги митрал стеноз мавжуд ёки механик юрак клапанлари ўрнатилган беморлар). Шундан сўнг қолган беморларда ТЭА хавфини баҳолаш амалга оширилади ва антикоагулянт терапия (АКТ) тайинланиши лозим деб топилганда янги орал антикоагулянталрга устунлик берилади.

1-расм. Бўлмачалар фибрилляциясида антитромботик даво алгоритми [1]



Ҳар бир bemorda инсультни профилактика қилиш қарорини танлаш учун, аввало ушбу асорат хавфини баҳолаш лозим. Сүнгги йилларда инсульт хавфини стратификация қилиш ёндашувлари бир катор ўзгаришларга дуч келди. Бугунги кунда тромбоэмболик асоратларнинг юзага келиши CHA2DS2 - VASc шкаласи ёрдамида ҳисобланади (2-расм). Анамнезида 75 ёшдан катта бўлган ва ишемик инсульт/транзитор ишемик ҳуруж/тизимли эмболия 2 балл ва бошқа хавф омиллари

(сурункали юрак етишмовчилиги/чап қоринча дисфункцияси, артериал гипертензия, 65–74 ёш, қандли диабет, қон томир касаллуклари, анамнезда миокард инфаркти, периферик артерияларининг атеросклерози, беморлар жинси) 1 балл берилган ҳолда баҳоланади. Инсульт хавфи CHA2DS2 - VASc шкаласи ёрдамида бир балл ҳам ололмаган БФ беморларида паст хисобланади. Бундай bemорларга АКТ зарур ҳисобланмайди. Умуман олганда, антикоагулянт терапияни эркаклар учун 1 балл, аёллар учун 2 балл бўлгандан тавсия этиш лозим.

2-расм. Тромбоэмболик асоратлар хавф индексини ҳисоблаш (CHA2DS2-VASc шкаласи) [1]

Хавф омиллари		Баллар
C	СИОЕ клиник белгилари, ЧҚ ўрта ва оғир систолик дисфункцияси. Гипертрофик кардиомиопатия.	1
H	Артериал гипертензия ($СҚБ \geq 140$ мм.см.уст., $ДҚБ \geq 90$ мм.см.уст) ёки антигипертензив дори воситаларини қабул қилиш (БФ лозим топилган қон босими: $СҚБ$ 120–129 мм.см.уст, $ДҚБ$ – 80 мм.см.уст.	1
A	Ёш 75 дан катта бўлиши	2
D	Қандли диабет 1 ва 2 типи (қонда қанд миқдорининг 7 ммол/л дан баланд бўлиши, ёки қанд туширувчи дори воситалари қабул қилиниши ёки инсулин терапия)	1
S	Инсульт, ТИХ ёки анамнезда тромбоэмболик ҳолат мавжудлиги	2
V	Анамнезда юрак-қон томир касаллуклари мавжудлиги (ангиография тасдиқланган ЮИК, ўтказилган миокард инфаркти, клиник аҳамиятга эга периферик атеросклероз, аортада атеросклеротик пилакча.	1
A	Ёш 65–74	1
Sc	Аёл жинси	1

Юкорида келтирилган хавф омилларини уларга шифокор ва бемор томонидан таъсир ўтказилиш имкониятига қараб 2 гурухга бўлиш мумкин: бошқариладиган хавф омиллари ва бошқарилмайдиган хавф омиллари. Ушбу хавф омилларини БФ да ишемик ҳолатлар ривожланишидаги ўрнини кўриб чиқиши ва тизимга солиши бизнинг назаримизда bemорларда асоратлар ривожланиши даражасини камайтиришга хизмат қиласди.

Бошқариладиган хавф омиллари

Сурункали юрак етишмовчилиги. БФ ва сурункали юрак етишмовчилиги (СИОЕ) бир-бири билан чамбарчас боғлиқ патологик ҳолатлар ҳисобланади. Жумладан, Фремингшем тадқиқотига кўра СИОЕ БФ ривожланиш хавфини эркакларда 8,5 марта, аёлларда 14 марта оширади. Оғир кечувчи СИОЕ да БФ 37% ҳолатларда ривожланади. Чап қоринча отиш фракциясидан (ОФ) қатъий назар яқинда кузатилган СИОЕ декомпенсацияси ёки чап қоринча ўрта-оғир даражадаги дисфункцияси (шу жумладан симптомсиз кўриниши), шунингдек гипертрофик кардиомиопатия инсульт хавфини оширади [2, 3]. ARISTOTLE тадқиқотининг субанализи шуни кўрсатдики, БФ мавжуд bemорларда инсультнинг максимал хавфи систолик дисфункцияси билан кечувчи СИОЕ да (ОФ<40%) энг юқори бўлган (тадқиқот иштирокчиларининг 19%) [4].

Артериал гипертензия. Артериал гипертензия инсульт ривожланишига мойиллик туғдирувчи қон томирлар ўзгаришига олиб келиши мумкин ва қон босимини етарли даражада назорат қилиниши вақт давомида ўзгариши мумкин [5]. Инсульт, ўлим ва бошқа юрак-қон томир асоратларининг энг паст хавфи билан боғлиқ артериал қон босимининг (АҚБ) максадли кўрсаткичлари $120\text{--}129 < 80$ мм.с.у. ҳисобланади [6]. Японияда ташкил этилган регистр шуни кўсатдики, 3713 та bemорлардан 62% да юқори АҚБ мавжуд бўлиб, унинг кўрсаткичлари ўртacha 128.2 ± 19.1 мм.с.у. ни ташкил этган. Бу bemорлар АҚБ ≥ 150 мм.с.у. дан юқори ва паст гурухларга ажратилганда, БФ ҳамда юқори АҚБ мавжуд bemорларда ишемик ходисалар хавфи сезиларли даражада баланд бўлган [HR 1.74, 95% CI (1.08–2.72)] [7].



Қандли диабет. Қандли диабет инсульттук тан олинган хавф омилидир ва яқинда аникланишича инсульттук хавфи қандли диабеттинг давомийлиги билан бевосита боғлиқ (диабет тарихи қанча узок бўлса тромбоэмболия ва нишон аъзолари шикстланиши хавфи шунча юқори [8]. Жумладан, БФ мавжуд 6077 бемор иштирок этган тадқиқотда 30,1% беморлар қандли диабет 2 тури хасталиги билан касалланганичи аникланинг. Шулардан 1818 бемор кейинги кузатувга олинади. Беморларнинг ўртача ёши $74\pm11,5$ йилни, ТЭА хавфи CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича $4,7\pm2,1$ баллни ташкил этган. Кузатув даври 5,4 йилни ташкил қилиб, бу даврда беморларнинг 75,5% вафот этади. 1818 беморнинг 243 тасида (13,4%) кузатув давомида инсульт ривожланади. Умумий йиллик инсульт дараражаси 2,3% ни ташкил этди ва CHA2DS2-VASc баллига мос равища аста-секин ўсиб борди. CHA2DS2-VASc 0 ёки 1 баллари учун ишемик инсульттинг йиллик хавфи $<1\%$, 1.9 балл учун 2% ва 7.9 балл учун 9% ни ташкил қилди. Қандли диабети бўлмаган гурух билан таққослаганда Қандли диабети мавжуд гурухда инсульт хавфи анча юқори эди (HR 1,32; 95% CI, 1,02–1,69; P=0,03) [9].

Ўтказилган тромбоэмолик ҳолатлар тарихи.

Аввалроқ ўтказилган инсульт, тизимли эмболия ёки транзитор ишемик хуруж БФ фонида ривожланиши мумкин бўлган янги ишемик инсульт хавфини оширади, шунинг учун CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича бундай беморларга 2 балл берилади. Аҳамиятга молик томони шундаки, бош мия ичи қон қуюлишлари ўтказган беморлар йирик тадқиқотларга киритилмасада, ушбу беморлар гурухида кейинчалик ишемик инсульт ривожланиш хавфи юқори ҳисобланади [10,11,12].

Анамнезида бош мия ичи қон қуюлишлари ўтказган ва антитромботик даво олмаган БФ мавжуд беморларда ишемик инсульттинг йиллик хавфи 5,8% ни ташкил этади ва бу кўрсаткич аввалроқ бош мия ичи қон қуюлишлари ўтказмаган беморлардагига нисбатан баландроқдир [10].

Атеросклероз. Қон томир касалликлари (периферик артериялар касалликлари ёки миокард инфаркти) 17-22% га инсульт ривожланиш хавфини оширади [13,14, 15]. БФ мавжуд беморларда коронар томирларнинг ангиография бўйича аҳамиятли шикастланиши ишемик инсульттинг мустақил хавф омили ҳисобланади (хавф нисбати 1,29, 95% ИИ 1,08-1,53) [16]. Аортадаги мураккаб пилакча ҳам ушбу гурух беморларида ишемик инсульт ривожланишининг кучли дарақчиси ҳисобланади [17].

Бошқарилмайдиган хавф омиллари.

Ёш. Жами 17238 киши (ўртача ёши $74,6\pm7,1$ йил; 9659 аёллар [56,0%]) иштирок этган VITAL-AF тадқиқотида 13.2% одамларда (2278 киши) БФ аввалдан мавжуд бўлган ва бу анчагина катта рақам ҳисобланади. Дастроб БФ си бўлмаган 14960 шахслар орасида ушбу аритмия билан касалланиш дараражаси бир йилда 1000 кишига 23.7 ҳолатни (95% CI, 21.0-26.7) ташкил этди. БФ тарқалиши ҳам (65-69 ёшда кузатилган 6.4% дан 85 ёшда кузатилган 28.5% гача), у билан касалланиш ҳам (65-69 ёшда кузатилган бир йилда 1000 кишига 14.2 ҳолатдан 85 ёшда кузатилган бир йилда 1000 кишига 50.8 ҳолатгача) ёш ошишига мос равища кўпайиб борганигини кузатиш мумкин. Касалланиш эркакларда (бир йилда 1000 кишига 33.4 ҳолат) аёлларга (бир йилда 1000 кишига 16.8 ҳолат) нисбатан баландроқ эди [18]. Ёш инсульт учун кучли хавф омилидир ва кўпчилик аҳоли гурухлари кузатуви 65 ёш ва ундан катта беморларда бундай хавф ошишини кўрсатади [3,9]. Ёш билан боғлиқ хавф доимийдир, аммо соддалиги ва амалийлиги сабабли 65-74 ёшдагилар учун 1 балл ва ≥75 ёшдагилар учун 2 балл берилади. Осиёда ўтказилган тадқиқотлардан олинган сўнгги маълумотлар шуни кўрсатдик, инсульт хавфи 50-55 ёш ва ундан юқори ёшда ортиши мумкин ва Осиёлик беморларда таҳрирланган CHA2DS2-VASc шкаласидан фойдаланиш мумкин [19,20].

Жинс. ТЭА хавфини баҳолаш шкалалари ишемик инсульт ривожланишининг индивидуал хавфини баҳолаш ва шифокорларга антикоагулянт давони танлаш борасида ёрдам бериш мақсадида қабул қилинган. Аввалги даврда йиғилиб борилган даллилларга асосланиб аёл жинси БФ да ТЭА ривожланиши хавф омили деб топилган ва 2010-йилда қабул қилинган CHA2DS2-VASc шкаласида бу ҳолат ўз аксини топган. Натижада ушбу шкаласи бўйича аёл жинсига мансуб беморларга автоматик равища 1 балл қўшилган.

RE-LY, ROCKET-AF ва ARISTOTLE каби янги орал антикоагулянтлари самараси ва

хавфсизлигини ўрганган тадқиқотларда қатнашган барча беморларни бирлаштиrsa аёллар уларнинг 37% ни ташкил этган. Ушбу учта тадқиқот кичик гурухлари таҳлилида БФ асоратларини келиб чиқиши бўйича эркаклар ва аёллар ўртасида сезиларли фарқ аниқланмаган [21, 22,23].

Хулоса

Бўлмачалар фибрилляцияси энг кенг тарқалган юрак аритмияларидан биридир. Бўлмачалар фибрилляцияси кўпинча тромбоэмболик ҳолатлар билан асоратланади, бу беморларнинг ҳаёт сифатининг ёмонлашишига олиб келади ва касаллик кечишига таъсир килади. Ушбу асоратни ривожланиш хавфини оширадиган ёндош касалликлар кўплигини ҳисобга оладиган бўлсак, уларни хавф омиллари сифатида кўриб чиқиши мақсадга мувофиқ деб биламиз. Ушбу ўйналишдаги тадқиқотларни замонавий илмий – таҳлилий инновационн технологиялар асосида чукур тизимли ўрганиш лозим.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Gerhard Hindricks, Tatjana Potpara, Nikolaos Dagres, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC, //European Heart Journal, 1 February 2021;42(5):373-498, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>
2. Banerjee A, Taillandier S, Olesen JB, et al. Ejection fraction and outcomes in patients with atrial fibrillation and heart failure: the Loire Valley Atrial Fibrillation Project. //Eur J Heart Fail 2012;14:295-301. Myerburg R.J., Kessler K.M., Castellanos A. Sudden cardiac death. Structure, function, and timedependence of risk. Circulation 1992; 85: 12-20.
3. Jung H, Sung JH, Yang PS, et al. Stroke risk stratification for atrial fibrillation patients with hypertrophic cardiomyopathy. //J Am Coll Cardiol 2018;72:2409-2411.
4. McMurray JJV, Ezekowitz JA, Lewis BS et al; ARISTOTLE Committees and Investigators. et al. Left ventricular systolic dysfunction, heart failure, and the risk of stroke and systemic embolism in patients with atrial fibrillation insights from the ARISTOTLE trial. //Circ Heart Fail 2013;6(3):451-60. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.000143.
5. Pisters R., Lane DA., Marin F., Camm AJ., Lip GY. Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation. //Circ J 2012;76:2289-2304.
6. Kim D , Yang PS , Kim TH , et al. Ideal blood pressure in patients with atrial fibrillation. //J Am Coll Cardiol 2018;72:1233-1245.
7. María Asunción Esteve-Pastor, José Miguel Rivera-Caravaca, Gregory YH Lip. Hypertension and Atrial Fibrillation: Balancing Stroke and Bleeding Risks, //American Journal of Hypertension, November 2017;30(11):1063-1065, <https://doi.org/10.1093/ajh/hpx135>.
8. Overvad T.F., Skjøth F., Lip G.Y. et al. Duration of diabetes mellitus and risk of thromboembolism and bleeding in atrial fibrillation: nationwide cohort study. //Stroke 2015;46:2168-74.
9. Patlolla SH, Lee HC, Noseworthy PA, Wysokinski WE, et al. Impact of Diabetes Mellitus on Stroke and Survival in Patients With Atrial Fibrillation. //Am J Cardiol. 2020 Sep 15;131:33-39. doi: 10.1016/j.amjcard.2020.06.049. Epub 2020 Jun 30. PMID: 32723556; PMCID: PMC7484039. Ahmad Beik, Siyavash Joukar, Hamid Najafipour. A review on plants and herbal components with antiarrhythmic activities and their interaction with current cardiac drugs. Journal of Traditional and Complementary Medicine/ Volume 10, Issue 3, May 2020, Pages 275-287. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2020.03.002>.
10. Chao TF, Liu CJ, Liao JN, et al. Use of oral anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation who have a history of intracranial hemorrhage. //Circulation 2016;133:1540-1547.
11. Bronnum Nielsen P, Larsen TB, Gorst-Rasmussen A, et al. Intracranial hemorrhage and subsequent ischemic stroke in patients with atrial fibrillation: a nationwide cohort study. //Chest 2015;147:1651-1658.



12. Nielsen P.B., Larsen T.B., Skjoth F. et al. Restarting anticoagulant treatment after intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation and the impact on recurrent stroke, mortality, and bleeding: a nationwide cohort study. //Circulation 2015;132:517-525.
13. Lin L.Y., Lee C.H., Yu C.C. et al. Risk factors and incidence of ischemic stroke in Taiwanese with nonvalvular atrial fibrillation – a nation-wide database analysis. //Atherosclerosis 2011;217:292-295.
14. Anandasundaram B., Lane D.A., Apostolakis S., Lip G.Y. The impact of atherosclerotic vascular disease in predicting a stroke, thromboembolism and mortality in atrial fibrillation patients: a systematic review. //J Thromb Haemost 2013;11:975-987.
15. Friberg L., Rosenqvist M., Lip G.Y. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. //Eur Heart J 2012;33:1500-1510.
16. Steensig K, Olesen KKW, Thim T, et al. Should the presence or extent of coronary artery disease be quantified in the CHA2DS2-VASc score in atrial fibrillation? A report from the Western Denmark Heart Registry. //Thromb Haemost 2018;118:2162-2170.
17. Zabalgoitia M., Halperin J.L., Pearce L.A. et al. Transesophageal echocardiographic correlates of clinical risk of thromboembolism in nonvalvular atrial fibrillation. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation III Investigators. //J Am Coll Cardiol 1998;31:1622-1626.
18. Morseth B, Geelhoed B, Linneberg A On behalf of the MORGAM consortium, et al. Age-specific atrial fibrillation incidence, attributable risk factors and risk of stroke and mortality: results from the MORGAM Consortium. Open Heart 2021;8:e001624. doi: 10.1136/openhrt-2021-001624.
19. Kim T.H., Yang P.S., Yu H.T. et al. Age threshold for ischemic stroke risk in atrial fibrillation. //Stroke 2018;49:1872-1879.
20. Chao T.F., Wang K.L., Liu C.J. et al. Age threshold for increased stroke risk among patients with atrial fibrillation: a nationwide cohort study from Taiwan. //J Am Coll Cardiol 2015;66:1339-1347.
21. Connolly S.J., Ezekowitz M.D., Yusuf S., et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. //N. Engl. J. Med. 2009;361(12):1139-1151.
22. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J., et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. //N. Engl. J. Med. 2011;365(10):883-891.
23. Granger C.B., Alexander J.H., McMurray J.J., et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. //N. Engl. J. Med. 2011;365(11):981-992.

Қабул қилинганды сана 20.07.2024