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

5 (79) 2025

***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
Б.З. ХАМДАМОВ
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)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
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)

**5 (79)**

**2025**

*май*

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

***Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025***

**УДК: 616.12-008**

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С ЭКТАЗИЕЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

*[1,2]Ризаева М.Ж. https://orcid.org/0009-0008-6649-4708*

[1]Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2]Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159, тел: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ ***Резюме***

***Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее распространенных версий наджелудочковой тахиаритмии, с которым приходится сталкиваться врачу в повседневной практике [1]. Считается, что фибрилляция является независимым фактором риска сердечнососудистых заболеваний, т.к. нарушение ритма сердца приводит к ухудшению качество жизни пациентов, возможности тромбоэмболических осложнений, приводящая к внезапной сердечной смерти. В общей популяции ФП у взрослого населения составляет 3% [2]. В настоящее время распространенность ФП удвоилась, по сравнению с предыдущими десятилетиями. Распространенность ФП меняется с возрастом, полом и при наличии структурных заболеваний сердца [3, 4, 5]***

***Ключевые слова: гемостаз, ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий***

# CLINICAL CASE OF A PATIENT WIYH ATRIAL FIBRILLATION WITH CORONARY VESSEL ECTASIA

*[1,2]Rizaeva M.J.*

[1] Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2]Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhouddin Nakshbandi 159,
tel: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ ***Resume***

***Atrial fibrillation (AF) is one of the most common versions of supraventricular tachyarrhythmia that a doctor has to deal with in everyday practice. It is believed that fibrillation is an independent risk factor for cardiovascular disease, because cardiac arrhythmia leads to a deterioration in the quality of life of patients, the possibility of thromboembolic complications, leading to sudden cardiac death. In the general population, AF in the adult population is 3%. The prevalence of AF has now doubled compared to previous decades. The prevalence of AF varies with age, gender, and in the presence of structural heart disease***

***Key words: hemostasis, ischemic heart disease, atrial fibrillation***

# KORONAR TOMIR EKTAZIYASI BILAN ATRIYAL FIBRILATSIYANING BEMORNING KLINIK HOLATI

*[1,2]Rizaeva M.J.*

[1]Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2]O‘zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko‘ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ ***Rezyume***

***Atriyal fibrilatsiya (AF) shifokorlar kundalik amaliyotida duch keladigan supraventrikulyar taxiaritmiyaning eng keng tarqalgan turlaridan biridir [1]. Fibrilatsiya yurak-qon tomir kasalliklari uchun mustaqil xavf omili hisoblanadi, chunki Yurak ritmining buzilishi bemorlarning hayot sifatining yomonlashishiga olib keladi, tromboembolik asoratlar ehtimoli to'satdan yurak o'limiga olib keladi. Umumiy populyatsiyada kattalardagi AF 3% ni tashkil qiladi [2]. Hozirgi vaqtda AF tarqalishi oldingi o'n yilliklarga nisbatan ikki baravar oshdi. AFning tarqalishi yoshga, jinsga va tizimli yurak kasalliklarining mavjudligiga qarab o'zgaradi [3, 4, 5]***

***Kalit so'zlar: gemostaz, yurak ishemik kasalligi, atriyal fibrilatsiya***

## Актуальность

Причины эктазии в 20-30% врожденные и приобретенные. Последние около 50% случаев связаны с атеросклерозом коронарных артерий, от 10 до 20% — с воспалительными заболеваниями и заболеваниями соединительной ткани [6,7,8]. Эктазии зачастую приводит к развитию стенокардии и другие формы как, инфаркт миокарда, аритмии, диссекции артерий и внезапная смерть [6]. Число новых случаев ФП составит 120.000-215.000 в год [9]. Учитывая тесную связь ФП с высокой заболеваемостью и смертностью, увеличение числа лиц с ФП будет иметь тяжелые медицинские, финансовые и социально-экономические последствия.

За последние 2 десятилетия ишемическая болезнь сердца (ИБС) с фибрилляцией предсердий остаются одной из наиболее актуальных вопросов здравоохранения и серьезной причиной увеличивающихся ее экономически развитых странах. Эпидемиология ФП растет в связи с возросшей возможностью нашего общества лечить хронические сердечные и несердечные заболевания, диагностировать ФП на ранних этапах [10].

Так, ученые Falk (1985г) и M. Davies (1995г) отметили в своих работах, что прогрессирующий процесс включает в себя не только атеросклеротическое поражение коронарного сосудистого русла, но и нарушения в системе гемостаза [11]. Изменения вязкости крови в развитии тромбозов и эмболий проявляются довольно многообразно. По данным исследований Horstkotte D., Petersen P. и соавторов, у больных с ИБС и фибрилляцией предсердий в виде изменения гемостаза в предсердиях, отмечается стаз крови, снижается ее текучесть, что можно наблюдать при ультразвуковом исследовании, являющийся предиктором тромбообразований [12,13,14]. Балуда М.В. и Явелов И.С. 2010, в своем исследовании о длительном использовании антикоагулянтов отметили, что ключевыми событиями в патогенезе острого коронарного синдрома представлены вазоконстрикция, атеросклеротическим поражением венечных артерий и его тромбозом, включающим активацию сосудистотромбоцитарного гемостаза, плазменных прокоагулянтов, системы фибринолиза и физиологических антикоагулянтов [11,12,15].

**Цель исследования:** изучить больного с фибрилляцией предсердий с эктазией коронарных артерий.

## Материал и метод исследования

Представлены материалы истории болезни пациента Р., 70 лет, который обратился в Бухарский регионарный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации, с жалобами на перебои в работе сердца, боли за грудиной, усиливающая при физической активности, чувство нехватки воздуха, одышку. Из анамнеза заболевания известно**,** что со слов больного в течении 20 лет страдает гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца стабильной стенокардией напряжения. Первый эпизод срыва ритма в виде фибрилляции предсердий наблюдался год назад, купировался медикаментозно. Максимально артериальное давление повышалось до 160/100 мм.рт.ст. Больного периодически беспокоили боли за грудиной и головные боли, но таблетки не принимал. За 4 дня до поступления появилась одышка, перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, сердцебиение. В связи с чем больной самотеком был доставлен в Бухарский регионарный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации и госпитализирован для диагностики и лечения в отделение кардиологии.

**Результат и обсуждение**

При осмотре: Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 1 м 68 см, вес 87 кг, нормостенического телосложения. Положение полуортопноэ. Дыхание самостоятельное. Кожные покровы бледно-розовые, тургор кожи сохранен. Костно-мышечная система без деформаций. Отеков в нижних конечностях нет. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Дыхание 24 в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст., ЧЖС 84-135 в мин, пульс 112 мин, дефицит пульса 69. Сердечные тоны приглушены, аритмичные. I тон на верхушке ослаблен, II тон усилен. Живот мягкий, безболезненный. Печень с селезенкой не пальпируются. В результате проведенного исследования был выставлен диагноз: основной: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК III. Гипертоническая болезнь III стадия. Риск IV (очень высокий). Осложнение: Хроническая сердечная недостаточность II А, ФК III, по NYHA. По анализам таблицы 1, 2 и 3.

Таблица 1

| Показатели, единицы измерения | Значения показателей, полученные при исследовании |
|---|---|
| Гемоглобин, г/л | 130 |
| Эритроциты, 10/л | 4,1 |
| Тромбоциты, 9/л | 190 |
| Лейкоциты, 9/л | 5,9 |
| ВСК, сек | 3´10´´- 3´55´´ |
| СОЭ, мм/ч | 18 |

Таблица 2

| Показатели, единицы измерения | Значения показателей, полученные при исследовании |
|---|---|
| Общий белок, г/л | 73 |
| Холестерин, ммоль/л | 4,7 |
| Глюкоза, ммоль/л | 4,2 |
| Мочевина, ммоль/л | 6,8 |
| Креатинин, мкмоль/л | 93 |
| Калий, ммоль/л | 4,0 |
| Натрий, ммоль/л | 143 |
| Кальций, ммоль/л | 2,6 |

Таблица 3

| Показатели, единицы измерения | Значения показателей, полученные при исследовании |
|---|---|
| Протромбиновое время, сек | 17 |
| АЧТВ, сек | 24 |
| Протромбиновое время, сек | 16 |
| Фибриноген, г/л 1,0, | 3,5 |
| МНО | 1,11 |
| ПТИ, % | 88 |

Таблица 4

| | | | |
|---|---|---|---|
| ПЖ, мм | 29 | ПП, мм | 35 |
| КСР, мм | 33 | ЗСЛЖ, мм | 12,0 |
| КДР, мм | 51 | Аортальный клапан, мм | 18 |
| КДО, мл | 123 | Масса МЛЖ, г | 185 |
| МЖП, мм | 12,0 | ЛП, мм | 45х67 |
| КСО, мл | 44 | УО, мл | 79 |
| СДЛА, мм.рт.ст. | 30 | ФВ (Тейх) ЛЖ, % | 64 |

Исследование эхокардиографии, чреспищеводную эхокардиографию и допплерэхокардиографию проводили на аппарате Vivid S60 (Таблица 4, рис.1 и 2).

Заключение: Дилатация полости ЛП. Гипертрофия стенки ЛЖ. Склероз створок митрального и аортального клапанов. Недостаточность митрального клапана I-II степени, трикуспидального клапана I степени, аортального клапана 0-I степени.

| | Максимальная скорость см/с E/A | Регургитация, степень ЦДК I, II, III, IV. | PG $_{(средн)}$- мм.рт.ст. |
|---|---|---|---|
| МК (E/A) | 88 | I-II ст | 3,0 |
| ТК (E/A) | 64 | I ст | 1,6 |
| Аортальный клапан | 130 | 0-I ст | 6,2 |
| Легочной клапан | 107 | | 4,5 |

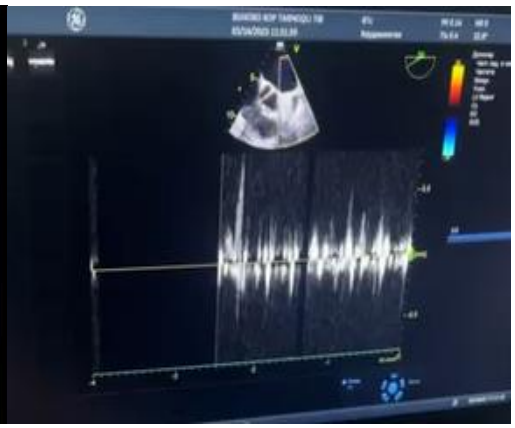

Рис.1 Рис.2
Чреспищеводная эхокардиография

Таблица 5

| **Показатели** | |
|---|---|
| уЛП, мм | 20 |
| Размер уЛП, мм | 45x67 |
| Длина уЛП, мм | 40 |
| Скорость кровотока в уЛП, см/сек | 40 |

При сканировании левого предсердия и ушка левого предсердия дилатированы (таблица 5).

Электрокардиограмма: Ритм фибрилляция предсердий, с частотой желудочковых сокращений 84-136 в минуту, тахисистолический вариант. Депрессия сегмента ST V4-V6. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

По действующим рекомендациям по лечению ишемической болезни сердца проведена следующая коррекция получаемого лечения с блокаторами рецепторов ангиотензина II (телмисартан), β-блокаторы (небилет), антикоагулятны (гепарин, ксарелто), антиагреганты (ацетилсалициловая кислота), диуретическое средство (семилакт), для восстановления водно-электролитного равновесия (натрий хлор, калий хлор). Так как конкретных данных и даты срыва ритма мы от больного не получили, антиаритмические лекарственные средства было не назначено. Было рекомендовано провести коронароангиографию (КАГ).

Из результатов КАГ: Левая коронарная артерия (ЛКА). Ствол ЛКА проходим, среднего калибра, без стенозов. Передняя ПЖА среднего калибра, проходим во всём протяжении, без стенозов. Огибающая артерия, критический стеноз до 95-98% в средне-трети сосудистого русла. После критического стеноза эктазия сосудов средне-трети огибающей ветви.

Рекомендовано: баллонная ангиопластика критического стеноза ОА средне-трети русла баллонном лекарственного покрытия.

Из-за невозможности осуществления в амбулаторных условиях инвазивных методов исследования, диагностика ИБС у данного пациента не проводилась. Однако после проведения КАГ у пациента фибрилляция предсердий является ишемического происхождения.

Окончательный диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III. Гипертоническая болезнь III стадия. Риск IV (о/в). Фоновый диагноз: Осложнение: Хроническая сердечная недостаточность II А, ФК III, по NYHA. Фибрилляция предсердий, персистирующая форма. Синусовый ритма восстановлен медикаментозно.

В дальнейшем было рекомендовано продолжать лечение: телмисартан 80 мг/сут однократно вечером, небилет 5 мг/сут утром, кордарон 200 мг в два приема по схеме, ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, ксарелто 20 мг/сут днём.

**Заключение**

Ранняя диагностика и прогностирование тромбоэмболических осложнений, а также своевременная терапия является чрезвычайно важным процессом и определяет прогноз жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:


1. Курбанов, Р. Д., Закиров, Н. У., Азизов, Ш. К., & Раубжанов, Х. М. (2012). Возможные предикторы рецидивирования фибрилляции предсердий на фоне длительного профилактического приема пропафенона. Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 8 (5), 655-659.
2. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D. et al. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2016. № 37 (38). P. 2893-2962 (https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210)
3. Kushakovskiy M.S. Atrial fibrillation (causes, mechanisms, clinical forms, treatment, prevention). SPb.: IKF «Foliant»; 1999. Russian (Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий (причины, механизмы клинические формы, лечение, профилактика). СПб.: ИКФ «Фолиант»; 1999).
4. Kurbanov R.D., Zakirov N.U., Azizov Sh.K. Preventive efficacy of propafenone in patients with recurrent atrial fibrillation. Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal 2009;6:40-44.
5. Kannel W.B., Wolf P.A., Benjamin E.J., Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. Am J Cardiol 1998; 82(8A):2N-9N.
6. Díaz-Zamudio M, Bacilio-Pérez U, Herrera-Zarza MC, et al. Coronary artery aneurysms and ectasia: role of coronary CT angiography. Radiographics 2009; 29(7): 1939-54.
7. Kuno T, Numasawa Y Sugiyama K, et al. A rare case of acute myocardial infarction with multivessel coronary artery ectasia successfully treated with percutaneous coronary intervention and systemic thrombolysis. Intern Med. 2015; 54 (9): 1057-62.
8. Mavrogeni S. Coronary artery ectasia: from diagnosis to treatment. Hellenic J Cardiol. 2010; 51(2):158-63.]. Часто ЭКА приводит к развитию стенокардии. Среди других проявлений: инфаркт миокарда, аритмии, диссекции артерий и внезапная смерть [Díaz-Zamudio M, Bacilio-Pérez U, Herrera-Zarza MC, et al. Coronary artery aneurysms and ectasia: role of coronary CT angiography. Radiographics 2009; 29(7): 1939-54.
9. M. Zoni-Berisso, F. Lercari, T. Carazza, S. Domeni-cucci. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. Clin Epidemiol. 2014; 6: 213-220].
10. Кужукеев М. Е., Баимбетов А. К., & Абзалиев К. Б. (2017). Фибрилляция предсердий: эпидемиология, этиология, социальная значимость и лечение (обзор литературы). Вестник хирургии Казахстана, (2 (51)), 5-15.


**Поступила 20.03.2025**