QALXANVARI VƏZİN NORMAL FUNKSIYASI VƏ SUBKLİNİK FUNKSIONAL POZUNTULARI VƏ ASSOSİASIYA OLUNMUŞ PATOLOGİYALAR ZAMANI QULAQCİQ FİBRİLİYASININ RASTGƏLMƏ TEZLİYİ VƏ İDARƏ OLUNMASI XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Mustafayev İ.İ.*, Abbasova L.Y., İsmayılova N.R.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Terapiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Qulaqcıq fibrilyasiyası (QF) ən çox rast gəlinən və ciddi fəsadlar törədən mədəciküstü aritmiyadır. QF zamanı komorbid halların mövcudluğu bu aritmiyanın gedişini ağırlaşdırır, ölüm və əlillik riskini artırır. Təqdim olunmuş məqalədə QF ilə assosiasiya olunan komorbid halların rast gəlmə tezliyinin aşkarlanması barədə məlumat verilmişdir. Alınan nəticələr göstərir ki, pasiyentlərin 58,5%-də QF ilə yanaşı arterial hipertenziya, 78,7%-də ürək çatışmazlığı, 12,1%-də ŞDT2, 9,1%-də isə metabolik sindrom aşkar olunmuşdur. Müayinə olunmuş pasiyentlərin bir qisminə yuxarıda qeyd olunan patologiyaların müştərkiliyi aşkar olunmuşdur. Belə ki, pasiyentlərin əksər hissəsində 2 komorbid patologiya (AH və ÜÇ kombinasiyası – 39,4%, ÜÇ və ŞDT2 kombinasiyası – 4,04%), 8,08%-də isə eyni zamanda 3 komorbidlik (AH, ÜÇ və ŞDT2) müəyyən olunmuşdur.

Açar sözlər: qulaqcıq fibrilyasiyası, komorbidlik, CHA2DS2VASc.

Qulaqcıq fibrilyasiyası (QF) – ən çox rast gəlinən, ciddi hemodinamik pozuntu törədən mədəciküstü aritmiyanın bir növüdür. QF-nin müalicəsində müəyyən proqresin olmasına baxmayaraq, bu aritmiya insult, xroniki ürək çatışmazlığı (XÜÇ) və qəfləti ürək ölümünün əsas səbəblərindən biri olaraq qalır. Bununla yanaşı, yaxın illərdə bu patologiyanın rast gəlmə tezliyinin kəskin artımı gözlənilir [1].

Dünya əhalisi arasında QF-nin yayılması 20 yaşdan yuxarı populyasiyada 3% təşkil edir [2, 3]. Məlumdur ki, Avropa və ABŞ-da hər dörd orta yaşlı şəxsdən birində yüksək QF riski mövcuddur. Qeyd etmək lazımdır ki, QF yayılması yaşlı əhalidə, o cümlədən assosiasiya olunan vəziyyətlərin mövcudluğunda (arterial hipertenziya (AH), XÜÇ, ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX), ürəyin struktur anomaliyaları, piylənmə, şəkərli diabet, qalxanvari vəzin patologiyaları, böyrəklərin xronik xəstəliyi) daha da artır [1-4].

QF-nin diaqnostikası tipik elektrokardioqrafik (EKQ) mənzərəyə əsaslanır. QF həm simptomlu, həm simptomuz gedişli olur; gizli simptomuz QF insult və ölüm kimi ciddi fəsadlara gətirib çıxara bilər [5]. QF simptomuz formalarının aşkarlanması üçün ümumi populyasiyada, xüsusilə də yaşlı əhali və QF ilə assosiasiya olunan vəziyyətlər olan şəxslərdə EKQ-skrininin aparılması vacibdir [6].

QF-yə gətirib çıxaran risk amilləri və başqa komorbid patologiyaların profilaktikası, erkən aşkarlanması və adekvat korreksiyası QF və onun ağırlaşmalarının idarə olunmasında mərkəzi rol oynayır [7, 8].

Əsas xəstəlikdən başqa, QF-li xəstələrin böyük əksəriyyətində komorbid hallara rast gəlinir. Ən çox rast gəlinən komorbid vəziyyətlərə XÜÇ, arterial hipertenziya (AH), kardiomiopatiyalar, ağciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi, qalxanvari vəzin (QV) patologiyaları, şəkərli diabet və s. aiddir. Bir çox hallarda QF olan pasiyentlərdə komorbid xəstəliklərin orta miqdarı 3-4 olur [1].

Real praktikada komorbid patologiyaların olması cəmiyyət üçün yüksək sosial-iqtisadi anlam kəsb edir. Belə ki, komorbid hallar əlilliyi, hospitalizasiyalar zamanı çarpayılı günlərinin sayını artırır, ağırlaşmaların sayını, letal nəticələrin ehtimalını artırır və reabilitasiyanın aparılmasına əngəl olur. Həmçinin, unutmayaq ki, komorbidlik polipraqmaziya gətirib çıxarır ki, bir çox xəstələrdə müalicənin effektivliyinə nəzarəti mümkün deyil, xəstələrin xərclərini artırır və beləliklə də, onların müalicəyə rəyətcarlıqlığını azaldır. Bundan başqa polipraqmaziya, xüsusilə yaşlı xəstələrdə dərman preparatlarının törətdiyi arzuolunmaz yan təsirlərin daha çox rast gəlinməsinə səbəb olur. Beləliklə, QF-nin komorbid patologiyalarla birlikdə mövcudluğu böyük maliyyə məsrəflərinə səbəb olur, həm QF-nin, həm də yanaşı gedən xəstəliklərin gedişini daha da ağırlaşdıraraq erkən əlillik, ölüm, həyat keyfiyyətinin ciddi pisləşməsinə gətirib çıxarır [1, 9].

Tədqiqatın məqsədi. Qulaqcıq fibrilyasiyası ilə assosiasiya olunan komorbid halların rast gəlmə tezliyinin aşkarlanması.

Material və metodlar. Tədqiqat ak. M.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasında həm stasionar, həm də ambulator daxil olmuş 44-ü kişi,

*e-mail: terapiya_adhti@mail.ru

55-i isə qadın olmaqla 99 qulaqcıq fibrilyasiyası olan xəstələr üzərində aparılmışdır. QF 12 aparmalı EKQ müayinə ilə verifikasiya olunmuşdur. Xəstələrə aşağıdakı müayinələr icra olunmuşdur: klinik, antropometrik (boy, çəki, BKİ) müayinələr, arterial təzyiqin ölçülməsi, EKQ, doppler-exokardiografiya, qalxanvari vəzin ultrasəs müayinəsi və hormonal statusu, qanda sərbəst T3, sərbəst T4, TSH və anti-TG, anti-TPO). Qalxanvari vəzin hormonlarının analizi İFA (İmmun Ferment Analiz) üsulu ilə Bio Screen MS-500 (USA) aparatında OOO "Xema" (Moskva şəhəri) reaktivindən istifadə etməklə icra olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, klinik və laborator hipo- və hipertireozu olan və QV funksional aktivliyinə təsir edə biləcək dərman (antitiroid preparatlar, β -adrenoblokatorlar və s.) qəbul edən pasiyentlər tədqiqata cəlb olunmamışlar.

Hər bir pasiyent üçün antikoagulyant təyininə qərar vermək üçün CHA2DS2VASc şkalası üzrə hesablama aparılmışdır [1]. Yuxarıda qeyd olunan göstərici kişilərdə 1, qadınlarda isə 2-dən yüksək olarsa, antikoagulyant təyininə ehtiyac yaranır.

AH iki ardıcıl klinik vizitdə AT səviyyəsi $\geq 140/90$ mm c.süt. və adekvat doza antihipertenziv dərman alan pasiyentlərdə təsdiqlənmişdir. AT dərəcələri Avropa Kardiologiya Cəmiyyəti/Avropa Hipertenziya Cəmiyyəti (AKC/AHC – ESC/ESH-2018) tövsiyələri əsasında müəyyənləşdirilmişdir [10].

Şəkərli diabet tip-2 (ŞDT2) diaqnozu Amerika Diabet Assosiasiyasının meyarlarına əsasən təsdiqlənmişdir [11].

XÜÇ və onun funksional sinifləri ExoKQ-də atım fraksiyası və şikayətlərə uyğun AKC 2016-cı il tövsiyələri əsasında təyin olunmuşdur [12].

Meyarlara əsasən, xəstələrdə metabolik sindrom müəyyən olunmuşdur [13].

Nəticələr. Qulaqcıq fibrilyasiyası olan pasiyentlərin 44,4%-ni kişilər, 55,5%-ni isə qadınlar təşkil etmişdir.

Anamnestik və EKQ məlumatları əsasında QF aşağıdakı formaları müəyyən olunmuşdur: paroksizmal – 6,06%, persistə edən – 1,01%, daimi – 82,83%; ilk dəfə aşkar olunan QF 10,1% hallarda qeyd edilmişdir.

QF-nin etiologiyasında qalxanvari vəzinin həm klinik, həmçinin də subklinik funksional pozuntuları önəmli rol oynaya biləcəyini nəzərə alaraq, QF

olan hər bir konkret xəstədə QV hormonları təyin olunmuşdur. Alınan nəticələr göstərir ki, pasiyentlərin əksər hissəsində (76,8%-də) QV-nin hormonal göstəriciləri norma daxilində, 5,05%-də subklinik hipotireoz, 3,03%-də isə subklinik hipertirioz mövcuddur.

Arterial hipertenziya QF-nin sərbəst, önəmli və potensial olaraq geriye dönmə risk amili hesab olunur. Tərəfimizdən müayinə olunan pasiyentlərin 58,5%-də arterial hipertenziya aşkar olunmuşdur. Bu zaman I dər AH – 17,2%, II dər AH – 25,3%, III dər AH – 16,2% təşkil etmişdir.

Müayinə olunan pasiyentlərin 12,1%-də QF ilə yanaşı ŞDT2, 9,1%-də isə metabolik sindrom aşkar olunmuşdur.

Aparılan tədqiqatda QF zamanı XÜÇ-nin rast gəlmə tezliyi aşağıdakı kimi olmuşdur: qulaqcıq fibrilyasiyası zamanı xəstələrin 78,7%-də ürək çatışmazlığı, həmçinin ÜÇ II FS – 16,2%, ÜÇ III FS – 42,2%, ÜÇ IV FS – 15,2% hallarda müşahidə olunmuşdur.

Müayinə etdiyimiz QF olan pasiyentlərin bir qisminə yuxarıda qeyd olunan patologiyaların müstəqil şəkildə aşkar olunmuşdur. Belə ki, pasiyentlərin əksər hissəsində 2 tətikləyici patologiya (AH və ÜÇ kombinasiyası – 39,4%, ÜÇ və ŞDT2 kombinasiyası – 4,04%), 8,08%-də isə eyni zamanda 3 komorbidlik (AH, ÜÇ və ŞDT2) müəyyən olunmuşdur.

Cari tövsiyələri nəzərə alaraq, QF olan xəstələrdə insult riskini azaltmaq üçün antikoagulyant müalicəsi təyin etməzdən öncə tərəfimizdən bütün pasiyentlərə CHA2DS2VASc şkalası üzrə hesablama aparılmış və aşağıdakı nəticələr əldə olunmuşdur:

- kişilərdə: 1 bal – 10,1% ; 2 bal – 20,2% ; 3 bal – 5,1% ; 4 bal – 5,1% ; 5 bal – 1,0%;
- qadınlarda: 1 bal – 2,0% ; 2 bal – 14,1% ; 3 bal – 20,2% ; 4 bal – 10,1% ; 5 bal – 10,1% ; 6 bal – 1,0%.

Həmin xəstələrin 10 nəfəri varfarin, iki nəfər isə aspirin qəbul etmişlər.

Müzakirə. Tərəfimizdən aparılan tədqiqatın təqdim olunan nəticələri göstərdi ki, QV normal funksiyası və onun subklinik pozuntuları zamanı da QF az rast gəlinir. Sonuncu hallarda QF olması öncə aparılmış tədqiqatlarda da göstərilmişdir. QV-nin normal funksiyası fonunda QF inkişaf riskinin artması genetik determinə olunmuş tiroid funksiyasının

fizioloji qəbul olunmuş hədlərdə dəyişməsi ilə şərtləndirilir [14]. Ümumilikdə, tiroid disfunksiyası ilə QF inkişafı arasında qarşılıqlı əlaqə əsasən cavan yaşlarda daha bariz izlənilir, nəinki yaşlı insanlarda. Belə bir yəqinliyə gəlinir ki, cavan adamlarda QV disfunksiyası QF ehtimalını artırdığı halda yaşlı adamlarda QF-nin digər səbəblərlə assosiasiyası daha çox olur. Bu, onunla şərtlənir ki, yaşa dolduqca QF insidentinin artmasına arterial hipertenziya, ÜİX, qapaq xəstəlikləri, XÜÇ, şəkərli diabet kimi komorbid kardiovaskulyar patologiyalar daha çox rəvac verir [15]. Tədqiqata cəlb olunmuş xəstələrin hamısında bu və ya digər komorbidliyin olması kimi aldığımız nəticələr də bu fikri təsdiqləmiş olur.

Alınan nəticələrin klinik əhəmiyyəti ondadır ki, QF varlığı xəstələrdə həm ciddi hemodinamik pozuntular törədir, həm də çox yüksək tezlikdə tromboembolik fəsadlara səbəb ola bilər. Sonunculardan ən ağırı işemik insultdur. Belə ki, işemik insult olan xəstələrin 20-30%-nin anamnezində xəstəliyin kəskin dövrü və ya stasionar müalicədən sonra QF qeyd edilir [16-18]. Bu zaman arzu olunmaz hal ondan ibarətdir ki, xəstələrin bir qisminə (təqdim olunan tədqiqatda 12 nəfərdə) QF asimptomatik olur [16-20]. Bununla yanaşı, QF olan xəstələrdə damar demensiyası və koqnitiv pozulmaların nəticəsində həyat keyfiyyətinin pisləşməsi də geniş rast gəlinir [21-23]. QF insult riskini 5 dəfə artırması ilə yanaşı digər səbəbli insultlarla müqayisədə, QF zamanı yaranan insultlar çox ölüm və ya ciddi əlilliklə nəticələnir. QF olan pasiyentləri insultdan qorumaq üçün onlarda CHA2DS2VASc şkalası hesablanaraq, zəruri olduqda antikoagulyant terapiya təyin olunur. CHA2DS2VASc balı kişilər üçün ≥ 1 , qadınlar üçün isə ≥ 2 olduğu halda tromboembolik ağrılaşmaların yaranma ehtimalı artmış olur və bu xəstələrdə oral antikoagulyant qəbulu ciddi əhəmiyyət kəsb edir. Müşahidəmizdə olan xəstələrin demək olar ki, hamısında oral antikoagulyantlarla müalicəyə ehtiyac olduğu halda o, ya həkim tərəfindən təyin olunmamış, ya da təyin olunsaydı belə xəstələr tərəfindən qəbulu dayandırılmışdır. Müayinəmizdə olan xəstələrdən yalnız 10 nəfərinə antikoagulyant terapiya kimi varfarin təyin olmuşdur ki, onun da effektivliyi və təhlükəsizliyini təmin etmək üçün tövsiyə olunan beynəlxalq normaliza-

siya nisbəti (BNN) demək olar ki, nadir təsadüflərdə yoxlanılmışdır. Təhlükəsizlik cəhətdən varfarindən üstün olan və heç bir laborator müayinə tələb etməyən yeni oral atikoaqulyantlar isə ümumiyyətlə təyin olunmamışdır.

AH olan xəstələrdə QF varlığı UDX riskini ciddi artırmaqla yanaşı insult riskini də əhəmiyyətli dərəcədə artırır (ESC/ESH-2019). Eyni zamanda yüksək AT insult və hemorragik ağrılaşmaların ehtimalını artırır və aritmiyanın residivinə gətirib çıxara bilər [24].

Məlumdur ki, QF xəstələrin böyük qisminə ÜÇ mövcuddur. ÜÇ olan xəstələrin böyük qisminə QF inkişaf etməsi ümumi patofizioloji mexanizmlər və risk amillərinin (struktur remodeləşmə, neyrohormonal mexanizmlərin aktivləşməsi, SM funksiyasının pozulması) olması ilə əlaqədardır [25, 26]. Hemodinamik pozuntulardan ən ciddi taxikardiya törətdiyi kardiomiopatiyadır ki, çox pis proqnozla xarakterizə olunur [27]. Digər tərəfdən sübut olunmuşdur ki, QF və ÜÇ-nin komorbidliyi olan pasiyentlərdə atım fraksiyasından asılı olmayaraq proqnozun pisləşməsi və ölüm faizinin artması qeyd olunur [27]. Bunun bir səbəbi də QF olan xəstələrdə XÜÇ-də proqnozu ciddi yaxşılaşdıran BAB-ların tamamilə effektiv olmasındır [28].

ŞDT2 və QF-nin ümumi risk amillərinin olması onların birgə rast gəlmə tezliyini artırır. Bununla yanaşı, QF zamanı ŞD olması insult və aritmiya ilə bağlı başqa ağrılaşmalar riskini xeyli artırır [29-31]. Tədqiqatımıza daxil olan xəstələrin 12,2 %-də hər iki patologiya birlikdə rast gəlinmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, pre-diabet və diabet riski çox yüksək olan daha 9,1% xəstədə QF ilə yanaşı metabolik sindrom da müşahidə olunmuşdur.

Beləliklə, QV normal funksiyası və subklinik funksional pozuntuları olan QF xəstələrin əksəriyyətində AH, ŞDT2, XÜÇ və MS kimi assosiasiya olunmuş patologiyalar aşkarlanır ki, bu həm QF-nin, həm də komorbid patologiyaların proqnozunu ciddi pisləşdirə bilər. Qeyd olunan assosiasiya olunmuş xəstəliklərin vaxtında aşkar olunması və son rəhbər tövsiyələr əsasında idarə olunması həm QF rast gəlmə tezliyini azalda bilər, həm də ümumilikdə proqnozun ciddi yaxşılaşmasına və həyat keyfiyyətinin artmasına gətirib çıxara bilər.

ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES – ƏDƏBİYYAT

1. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS // *European Heart Journal* (2016) 37, 2893–2962, doi:10.1093/eurheartj/ehw210.
2. Bjorck S, Palaszewski B, Friberg L, Bergfeldt L. Atrial fibrillation, stroke risk, and warfarin therapy revisited: a population-based study // *Stroke* 2013;44:3103–3108.
3. Haim M, Hoshen M, Reges O et al. Prospective national study of the prevalence, incidence, management and outcome of a large contemporary cohort of patients with incident non-valvular atrial fibrillation // *J Am Heart Assoc* 2015;4:e001486.
4. Zoni-Berisso M, Lercari F, Carazza T, Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective // *Clin Epidemiol* 2014;6:213–220.
5. Fetsch T, Bauer P, Engberding R, et al. Prevention of atrial fibrillation after cardioversion: results of the PAFAC trial // *Eur Heart J* 2004;25:1385–1394.
6. Kirchhof P, Bax J, Blomstrom-Lundquist C, et al. Early and comprehensive management of atrial fibrillation: executive summary of the proceedings from the 2nd AFNET-EHRA consensus conference ‘research perspectives in AF’ // *Eur Heart J* 2009;30:2969–2977.
7. Pathak RK, Middeldorp ME, Lau DH, Mehta AB, Mahajan RT, et al. Aggressive risk factor reduction study for atrial fibrillation and implications for the outcome of ablation: the ARREST-AF cohort study // *J Am Coll Cardiol* 2014;64:2222–2231.
8. Abed HS, Wittert GA, Leong DP, Shirazi MG, Bahrami B, et al. Effect of weight reduction and cardiometabolic risk factor management on symptom burden and severity in patients with atrial fibrillation: a randomized clinical trial // *JAMA* 2013;310:2050–2060.
9. Carroll K, Majeed A. Comorbidity associated with atrial fibrillation: a general practice-based study // *British Journal of General Practice*, November 2001, p. 884–891.
10. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH) // *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 33, 01 September 2018, Pages 3021–3104, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
11. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020, American Diabetes Association // *Diabetes Care* 2020 Jan; 43 (Supplement 1): S14–S31.
12. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) // *European Heart Journal* (2016) 37, 2129–2200, doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
13. Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R. et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement: Executive Summary // *Circulation*. 2005;112:e285–e290.
14. Ellervik C., Roselli C., Christophersen I.E., et al. Assessment of the Relationship Between Genetic Determinants of Thyroid Function and Atrial Fibrillation, A Mendelian Randomization Study // *JAMA Cardiol.*, 2019;4(2):144–152. doi:10.1001/jamacardio.2018.4635.
15. Selmer C, Olesen JB, Hansen ML et al. The spectrum of thyroid disease and risk of new onset atrial fibrillation: a large population cohort study // *BMJ*. 2012;345:e7895.
16. Kishore A, Vail A, Majid A, et al. Detection of atrial fibrillation after ischemic stroke or transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis // *Stroke* 2014;45:520–526.
17. Henriksson KM, Farahmand B, Asberg S, et al. Comparison of cardiovascular risk factors and survival in patients with ischemic or hemorrhagic stroke // *Int J Stroke* 2012; 7:276–281.
18. Grond M, Jauss M, Hamann G, et al. Improved detection of silent atrial fibrillation using 72-hour Holter ECG in patients with ischemic stroke: a prospective multicenter cohort study // *Stroke* 2013;44:3357–3364.
19. Fetsch T, Bauer P, Engberding R, et al. Prevention of atrial fibrillation after cardioversion: results of the PAFAC trial // *Eur Heart J* 2004;25:1385–1394.
20. Hindricks G, Piorkowski C, Tanner H, et al. Perception of atrial fibrillation before and after radiofrequency catheter ablation: relevance of asymptomatic arrhythmia recurrence // *Circulation* 2005;112:307–313.
21. Kotecha D, Holmes J, Krum H, et al. Efficacy of beta blockers in patients with heart failure plus atrial fibrillation: an individual-patient data meta-analysis // *Lancet* 2014;384:2235–2243.
22. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study // *Stroke* 1991;22:983–988.
23. Krahn AD, Manfreda J, Tate RB, Mathewson FA, Cuddy TE. The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors, and prognosis in the Manitoba Follow-Up Study // *Am J Med* 1995;98:476–484.
24. Manolis AJ, Rosei EA, Coca A, Cifkova R, et al. Hypertension and atrial fibrillation: diagnostic approach, prevention and treatment. Position paper of the Working Group ‘Hypertension Arrhythmias and Thrombosis’ of the European Society of Hypertension // *J Hypertens*, 2012;30:239–252.
25. Guha K, McDonagh T. Heart failure epidemiology: European perspective // *Curr Cardiol Rev.*, 2013;9:123–127.
26. Braunschweig F, Cowie MR, Auricchio A. What are the costs of heart failure? // *Europace* 2011;13:ii13–17.
27. Nerheim P., Birger-Botkin S., Piracha L., Olshansky B. Heart failure and sudden death in patients with tachycardia-induced cardiomyopathy and recurrent tachycardia // *Circulation.*, 110 (2004), pp. 247–252.
28. Cleland J.G.F. et al. Beta-blockers for Heart Failure With Reduced, Mid-range, and Preserved Ejection Fraction., An Individual Patient-level Analysis of Double-blind Randomized Trials // *Eur Heart J*. 2018;39(1):26–35.
29. Schoen T, Pradhan AD, Albert CM, Conen D. Type 2 diabetes mellitus and risk of incident atrial fibrillation in women // *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1421–1428.
30. Du X, Ninomiya T, de Galan B, Abadir E et al. Risks of cardiovascular events and effects of routine blood pressure lowering among patients with type 2 diabetes and atrial fibrillation: results of the ADVANCE study // *Eur Heart J.*, 2009;30:1128–1135.
31. Rizzo MR, Sasso FC, Marfella R, et al. Autonomic dysfunction is associated with brief episodes of atrial fibrillation in type 2 diabetes // *J Diabetes Complications* 2015;29:88–92.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТЫ И ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И СУБКЛИНИЧЕСКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И АССОЦИИРОВАННЫХ ПАТОЛОГИЯХ

Мустафаев И.И., Аббасова Л.Я., Исмаилова Н.Р.

*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева,
кафедра терапии, Баку, Азербайджан*

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее часто встречающаяся и, имеющая серьезные осложнения, наджелудочковая аритмия. Наличие сопутствующих заболеваний во время ФП усугубляет течение этой аритмии, увеличивая риск смерти и инвалидности. В представленной статье обсуждаются данные о частоте встречаемости коморбидных состояний, связанных с ФП. Результаты показывают, что у 58,5% пациентов, наряду с ФП, имелась артериальная гипертензия (АГ), у 78,7% сердечная недостаточность (СН), у 12,1% сахарный диабет типа 2 (СДТ2) и у 9,1% метаболический синдром. У части обследованных пациентов было выявлено сочетание вышеуказанных патологий. Таким образом, у большинства пациентов отмечено наличие 2 коморбидных состояний (сочетание АГ и СН – 39,4%, сочетание СН и СДТ2 – 4,04%), а у 8,08% выявлено одновременно 3 сопутствующих патологии (АГ, СН и СДТ2).

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, коморбидность, CHA2DS2VASc.

SUMMARY

FEATURES OF THE INCIDENCE AND MANAGEMENT OF ATRIAL FIBRILLATION IN NORMAL THYROID FUNCTION AND SUBCLINICAL FUNCTIONAL DISORDERS AND ASSOCIATED PATHOLOGIES

Mustafayev I.I., Abbasova L.Y., Ismayilova N.R.

*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev,
Department of Therapy, Baku, Azerbaijan*

Atrial fibrillation (AF) is the most common and serious complicated supraventricular arrhythmia. The presence of comorbidities during AF aggravates the course of this arrhythmia, increasing the risk of death and disability. The presented article provides information on the detection of comorbid cases associated with AF. The results show that 58.5% of patients had arterial hypertension along with AF, 78.7% had heart failure, 12.1% had DMT2, and 9.1% had metabolic syndrome. A combination of the above pathologies was found in some of the patients we examined. Thus, in the majority of patients, 2 comorbid pathologies (combination of AH and HF – 39.4%, combination of HF and DMT2 – 4.04%), and in 8.08% simultaneously 3 comorbidities (AH, HF and DMT2) were identified.

Keywords: atrial fibrillation, comorbidity, CHA2DS2VASc.

Redaksiyaya daxil olub: 20.07.2020

Çapa tövsiyə olunub: 18.08.2020

Rəyçi: professor A.K.Məmmədbəyli