

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616.127-005.8: 616.12 - 009.72 :616-054 - 089 -06

СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИ ЁКИ ТРОМБОЛИЗИС БАЖАРИЛГАН ST-ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИ БИР ЙИЛЛИК КУЗАТУВИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Атамуратов Б.Р., Фозилов Х.Г., Абдуллаева С.Я., Юлдашов Б.А., Эрметова А.М.,
Юлдашов А.А., Норбоев А.А., Абдужалилов С.А.

ЎзР ССВ Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт
маркази

РЕЗЮМЕ

Целью данного исследования является сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов системного тромболитического (ТЛТ) и первичного чрескожного коронарного вмешательства (пЧКВ) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с ST-элевацией, поступивших в стационар менее чем за двенадцать часов от начала ангинозного приступа.

Материалы и методы. Выполнено исследование 155 больных, поступивших в республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии (РСНПМЦК), с диагнозом "острый коронарный синдром с ST-элевацией". Согласно выбранной стратегии лечения, пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты, перенесшие первичное стентирование коронарных артерий ($n = 102$), вторую – получившие только тромболитическую терапию ($n = 53$). Всем больным тромболитическое лечение выполнялось с применением стрептокиназы.

Результаты. Две группы были сопоставимы по основным антропометрическим, демографическим и клиническим показателям. Согласно полученным данным, пациенты, которым был выполнен тромболитический, значительно чаще нуждались в чрескожном коронарном вмешательстве, с последующим стентированием коронарных артерий, уже в первый месяц наблюдения.

Выводы. Несомненно, медикаментозный тромболитический остается незаменимым компонентом реперфузионной терапии при ОКСnST в случаях, когда ЧКВ не может быть выполнено в оптимальные сроки, предусмотренные клиническими рекомендациями. Однако, целесообразно непременно выполнение диагностического и при необходимости лечебного коронарного вмешательства, в течение ближайших суток от начала развития ОКСnST.

Ключевые слова: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, чрескожное коронарное вмешательство, тромболитическое.

SUMMARY

The aim of this study was a comparative analysis of the immediate and long-term results of systemic thrombolysis and primary percutaneous coronary intervention (PCI) in patients with acute coronary syndromes (ACS) with ST elevation, in patients admitted to the hospital less than twelve hours from the onset of the anginal attack.

Materials and methods. A study was carried out on 155 patients admitted to the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology (RSSPMCC) with a diagnosis of acute coronary syndrome with ST elevation. According to the chosen treatment strategy, patients were divided into 2 groups. The first group consisted of patients who underwent primary stenting of the coronary arteries ($n = 102$), the second group - those who received only thrombolytic therapy ($n = 53$). All patients underwent thrombolysis using streptokinase.

Results. Two groups were comparable in terms of basic anthropometric, demographic and clinical parameters. According to the data obtained, patients who underwent thrombolysis were significantly more likely to require primary PCI, followed by coronary artery stenting, already in the first month of observation.

Conclusions. Undoubtedly, drug thrombolysis remains an indispensable component of reperfusion therapy for STE-ACS in cases where PCI cannot be performed within the optimal time-frame stipulated by clinical guidelines. However, it is advisable to perform diagnostic and, if necessary, therapeutic coronary intervention within the next 24 hours from the onset of the development of STE-ACS.

Keywords: acute coronary syndrome, ST-elevated acute coronary syndrome (STE-ACS), percutaneous coronary interventions, thrombolysis.

ST сегмент кўтарилиши билан бирга кузатиладиган ўткир коронар синдром (ЎКС) иктисодий жиҳатдан энг муҳим ҳолатлардан бири бўлиб қолмоқда. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ни даволаш алгоритмларини доимий модернизациясига, мураккаб, ғайри оддий ҳолларга жамоа билан ёндашишга қарамай, бугунги кунда мустақил давлатлар ҳамдўстлиги (МДХ)да ST сегменти кўтарилган ЎКС учраши 45 дан 49 ёшгача бўлган шахсларда 1000 аҳолига 3 нафарни, 55-59 ёшдаги шахсларда эса 1000 та аҳолига 5 ни ташкил қилади [4].

Ҳар йили Ўзбекистон Республикасида ST элевацияли ўткир коронар синдром (ST-элевацияли ЎКС) нинг тахминан 8 мингта ҳолатлари қайд этилади. Ушбу беморлардан деярли 60%и касалхонагача бўлган босқичда вафот этади, бу эса касаллик тарқалишининг турли жиҳатларини, шунингдек, пайдо бўлишининг ўзига хос хусусиятларини ва кечишини ўрганиш аҳамиятини оширади [2].

Бугунги кунда ST-элевацияли ЎКСли беморларда реперфузион терапиянинг энг самарадор ва хавфсиз услуби бўлиб кўкрак соҳасида оғрик пайдо бўлгандан 3 соатдан кўп вақт ўтмаган ҳолда 120 дақиқа давомида ёки биринчи тиббий алоқадан кейинги 90 дақиқа давомида бажарилган инфаркт-боғлиқ коронар артерияни стентлаш билан бирга бирламчи тери орқали коронар аралашув ҳисобланади (IA) [2, 7, 9]. Беморларда тавсия қилинган вақт ичида – биринчи тиббий алоқадан бошлаб биринчи 2 соат ичида ТОКА ўтказилиши имконияти бўлмаган тақдирда симптомлар пайдо бўлган вақтдан бошлаб биринчи 12 соат давомида тромболитик терапия ўтказилиши зарур, бунда «рисоладаги терапевтик ойна» вақти ўтиб кетиши билан даволашнинг инвазив услубларини самарали қўллаш имконияти камаймайди, балки ортади ҳам [5]. Берилган тавсиялар бажарилган ҳолда ЎКС нинг айнан шу шаклида ўлим кўрсаткичларининг энг

ижобий динамикасига эришилади [1].

Шубҳасиз, ST сегменти кўтарилган ўткир коронар синдромни даволашнинг фундаментал тамойили бўлиб инфаркт-боғлиқ артерияда қон оқимини тиклаш ҳисобланади [3]. Миокард реперфузиясига замонавий ёндашув иккита асосий услубни: тери орқали коронар аралашувни ва тромболитик терапияни кўзда тутди. Тери орқали коронар аралашув ST сегменти кўтарилган ўткир коронар синдромни даволашда афзалроқ услуб бўлишига қарамай, бирламчи тери орқали коронар аралашувни ўтказиш имконияти бўлмаган ҳолларда, айниқса симптомлари эрта намоён бўлган беморларда фибринолиз оқилона альтернатив усул ҳисобланади.

Ушбу тадқиқотнинг мақсади ангиноз хуруж бошланишидан ўн икки соатдан кам муддат ичида стационарга тушган ST элевацияли ЎКС ли беморларда тизимли тромболитизиснинг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини қиёсий таҳлил қилишдан иборат бўлди.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСЛУБЛАРИ

Тадқиқот РИКИАТМ га «ST-элевацияли ўткир коронар синдром» ташҳиси билан тушган 155 нафар беморда бажарилди. Барча беморлар умумқабул қилинган ва ўз ичига ацетилсалицил кислотаси (АСК) ни, клопидогрелни, бета-адреноблокатор биспрололни (2,5-5 мг/сут), АЎФ ингибиторини, розувастатинни (20 мг/сут) киритган базис терапияни қабул қилдилар.

Даволашнинг танланган стратегиясига мувофиқ беморлар 2 та гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳни коронар артерияларда стентлаш амалиёти ўтказилган беморлар (n=102), иккинчи гуруҳни фақат тромболитик терапия олган беморлар (n=53) ташкил қилди. Барча беморларда тромболитизис муолажаси стрептокиназани қўллаган ҳолда ўтказилди.

1-жадвал

Гуруҳлардаги асосий кўрсаткичлар

Кўрсаткичлар	ТОКА n = 102	P	ТЛТ n = 53
ўргача ёши	60,6 ± 12,2	0,86	60,3 ± 12,2
40 дан ёш шахслар	10 (9,8%)	0,64	4 (7,5%)
41-59 ёш	38 (37,3%)	0,69	18 (34%)
60 ёшдан катталар	54 (52,9%)	0,66	30 (56,6%)
бўйи (м)	1,7 ± 0,1	0,85	1,7 ± 0,1
вазни (кг)	81,8 ± 15,3	0,32	84,8 ± 16
Тана вазни индекси	28,3 ± 4,5	0,25	29,2 ± 4,5
эркак	78 (76,5%)	0,70	42 (79,2%)
аёл	24 (23,5%)	0,51	10 (18,9%)
Инфарктдан кейинги кардиосклероз (ИККС)	9 (8,8%)	0,13	9 (17%)
қандли диабет	20 (19,6%)	0,48	13 (24,5%)
гипертония касаллиги	69 (67,6%)	0,26	31 (58,5%)

*фарқлар $p \leq 0,05$ да ишончли, n-беморлар сони.

Қуйидаги якуний нукталар ўрганилди: летал оқибат, миокард инфаркти (нофатал), коронар етишмовчилигининг тараккий этиши, юрак етишмовчи-

лиги (ЮЕ) нинг ривожланиши ва тараккий этиши (В.Мареев модификациясидаги ҳаёт сифатини баҳолаш шкаласи (ҲСБШ) маълумотлари бўйича), ко-

ронар етишмовчилиги тараққий этиши муносабати билан такрорий госпитализациялар, тери орқали коронар аралашувга муҳтожлик.

НАТИЖАЛАР

Иккала гуруҳ ҳам асосий антропометрик, демографик ва клиник кўрсаткичлар бўйича таққослама бўлди. Гипертония касаллиги (ГК), қандли диабет (КД), шунингдек, анамнезда ўтказилган миокард инфаркти (МИ) каби касалликлар муносабатида гуруҳлар ўртасида аҳамиятга эга фарқлар қайд этилмади (1-жадвал).

Гуруҳларда оқибатларни таққослаганда ТЛТ гуруҳида такрорий ўМИ нинг устунлиги кўзга ташланади (7,5% ТОКА гуруҳидаги 1% га қарши, $P=0,03$). Бунда шунини қайд этиш лозимки, номаълум сабабларга кўра рўй берган ўлим фақатгина ТЛТ гуруҳида кузатилди ($P=0,005$).

Тери орқали коронар аралашувга ва кейинги коронар артерияларини стентлашга муҳтожлик кузатувнинг биринчи ойидаёқ ТОКА гуруҳининг 0%ига қарши равишда ТЛТ гуруҳидаги беморларнинг 13,2%ида аниқланди, $P=0,0002$ (2-жадвал).

2-жадвал

Гуруҳларда қиёсий оқибатлар (1)

Кўрсаткичлар		ТОКА n = 102	P	ТЛТ n = 53
ўлим сабаби	Такрорий ўткир миокард инфаркти	3 (2,94%)	0,19	4 (7,55%)
	Инсулт	0 (0%)		0 (0%)
	3 ойгача ковид	1 (0,98%)	0,63	1 (1,89%)
	аниқланмаган	1 (0,98%)	0,03	4 (7,55%)
коронар артерия тромбози		0 (0%)	0,16	1 (1,89%)
ТОКА га талаб	1 ой	0 (0%)	0,0002	7 (13,21%)
	6 ой	1 (0,98%)	0,47	0 (0%)
	12 ой	0 (0%)	0,16	1 (1,89%)

* фарқлар $p \leq 0,05$ да ишончли, n-беморлар сони

Бош миёна қон айланисининг ўткир бузилиши (БМҚАЎБ), қон кетишлар, шунингдек, госпитализациясиз/ТОКА сиз юрак-қон томир касаллигининг ўткирлашуви каби ҳодисалар муносабатида эса уларнинг учраши тезланиши гуруҳлар ўртасида деярли фарқланмади. Бироқ, тери орқали коронар аралашув

ва кейинги шикастланган артерияларни стентлашга муҳтожлик билан боғлиқ режали госпитализациялар тезланиши тромболитис гуруҳида статистик ишончли равишда юқорироқ эканлиги аниқланди (3-жадвал).

3-жадвал

Гуруҳларда қиёсий оқибатлар (2)

Кўрсаткичлар		ТОКА n = 102	P	ТЛТ n = 53
БМҚАЎБ		0 (0%)		0 (0%)
қон кетишлар		1 (0,98%)	0,47	0 (0%)
госпитализация ҳолатининг ёмонлашуви	1 ой	1 (0,98%)	0,47	0 (0%)
	3 ой	2 (1,96%)	0,97	1 (1,89%)
	6 ой	2 (1,96%)	0,5	2 (3,77%)
	12 ой	1 (0,98%)	0,63	1 (1,89%)
режали госпитализация	1 ой	0 (0%)	0,05	2 (3,77%)
	3 ой	1 (0,98%)	0,01	5 (9,43%)
	6 ой	22 (21,57%)	0,01	3 (5,66%)
	12 ой	23 (22,55%)	0,78	13 (24,53%)
такрорий ТОКА амалиёти	1 ой	0 (0%)	0,005	4 (7,55%)
	3 ой	1 (0,98%)	0,08	3 (5,66%)
	6 ой	1 (0,98%)	0,23	2 (3,77%)
	12 ой	0 (0%)	0,05	2 (3,77%)
такрорий АКШ амалиёти		0 (0%)	0,44	1 (1,89%)
госпитализациясиз стенокардия		33 (32,35%)	0,175	14 (26,42%)
госпитализациясиз СЮЕ		33 (32,35%)	0,175	23 (43,4%)

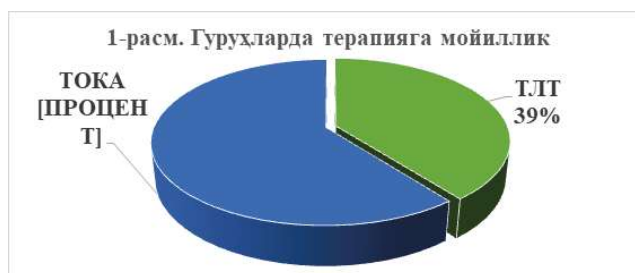
*фарқлар $p \leq 0,05$ да ишончли, n-беморлар сони, АКШ – аорта-коронар шунтлаш.

Даволашга мойиллик Мориски-Гриннинг классик сўровномасини қўллаган ҳолда баҳоланди. Комплаент (мойил) беморлар сифатида 4 балл тўпла-

ган шахслар ҳисобланади. 2 ва ундан кам балл тўплаган беморлар даволанишга мойилмас, деб ҳисобланади. 3 балл тўплаган беморларнинг мойиллиги етарли

даражада эмас, деб ҳисобланади [8]. Комплаент беморларнинг сони ТОКА ўтказилган гуруҳ беморлари ишончли равишда юқори эканлиги қайд этилди:

69,61% ТЛТ гуруҳидаги 45,28% га қарши, $P = 0,003$ (расм).



МУҲОКАМА

Шубҳа туғдирмайдики, ҳозирги пайтда, агарда кўрак соҳасида оғрик пайдо бўлган вақтдан 3 соат ўтмаган бўлса, ST-элевацияли ўКС ли беморларда реперфузион терапиянинг энг самарадор ва хавфсиз услуби бўлиб бирламчи ТОКА ҳамда инфаркт-боғлик коронар артериянинг стентланиши ҳисобланади (IA) [2, 7, 9]. Бирок, мақолада айтилганидек, “қоғозда силлиқ эди, лекин ҳеч ким жарлар тўғрисида эсламади”: Реал ҳақиқатни ҳисобга олган ҳолда барча беморларда ҳам кўрсатилган муддатларда ТОКА бажариш имконияти бўлмайди. Кўпроқ даражада бу яқин жойларда сифатли ёрдам кўрсатиш билан шартланган замонавий халқаро мувофиқлик мезонларига жавоб берувчи, яъни суткада 24 соат/хафтасига 7 кун бирламчи ТОКА ўтказадиган, тажрибали мутахассислар томонидан йилига камида 400 бирламчи ТОКА бажариладиган, ҳар бир мутахассис бир йилда камида 75 та аралашувни амалга оширадиган ТОКА марказларнинг йўқлиги билан боғлиқ [10]. Муваффақиятли тромболитик терапия сезиларли вақт захирасини озод қилиб беради, бу эса кечроқ вақт ичида (24 соатгача) ТОКА ўтказилишига имкон беради. бу вақт беморни инвазив даволашнинг юқори даражасини таъминлаб берувчи марказга олиб боришга етарлидир [1].

Замонавий тавсияларда ST сегменти кўтарилган ўКС ривожланиши бошланишидан кейин яқин суткалар давомида коронарография ўтказилиши кагъиян кўрсатилган [6].

Бизнинг натижаларимизга мувофиқ тромболитис ўтказилган беморлар кузатувнинг биринчи ойидаёқ тери орқали коронар аралашувга ва кейинги коронар артериялари стентланишига кўпроқ муҳтож бўлдилар (ТЛТ гуруҳидаги 13,2% бемор ТОКА гуруҳидаги 0% беморга қарши, $P = 0,0002$). Бундан ташқари, гуруҳлардаги бир йиллик оқибатларни такқослаганда ТЛТ гуруҳидаги такрорий ўткир миокард инфаркти (ўМИ) тезланишининг устунлиги кўзга ташланади (7,5% ТОКА гуруҳидаги 1% га қарши, $P = 0,03$). Қайд этиш лозимки, номаълум сабабларга кўра рўй берган ўлим фақатгина ТЛТ гуруҳида кузатилди ($P = 0,005$). Бунда мия қон айланишининг ўткир бузилиши, қон кетишлар, шунингдек, госпитализациясиз/ТОКА сиз юрак-қон томир касаллигининг ўткирлашуви каби ҳодисалар муносабатида эса уларнинг учраши

тезланиши гуруҳлар ўртасида деярли фарқланмади. Албатта ТОКА ўтказилган беморлар гуруҳида терапияга юқори мойилликни ҳисобга олиш зарур, бу эса касалликнинг ижобий кечишига ёрдам берувчи муҳим омил ҳисобланади.

ХУЛОСАЛАР

ST элевацияли ўКС да клиник тавсияларда кўзда тутилган оптимал муддатларда ТОКА бажарилиши имконияти бўлмаган ҳолларда, шубҳасиз, медикаментоз тромболитис реперфузион терапиянинг алмаштириб бўлмайдиган таркибий қисми бўлиб қолади. Бирок, ST элевацияли ўКС ривожланиши бошланишидан яқин суткалар давомида албатта диагностик ва зарурат туғилганда даволаш коронар аралашувини бажариш мақсадга мувофиқдир.

АДАБИЁТЛАР

1. Нифонтов Е.М., Галагудза М.М., Трусов И.С. Тромболитис – чрескожное коронарное вмешательство при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST: смена акцентов // Медицинский совет. – 2016. – № 5. – С. 20–25, <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-05-20-25>.
2. Мамутов Р. Ш., Уринов О., Бекбулатова И. Р., Анарбаева М. Р., Абидова Д. Э / Клинико-эпидемиологическое изучение острого коронарного синдрома/острого инфаркта миокарда по данным регистра в одном из районов г. Ташкента // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (3): 10-17.
3. Староверов И.И., Шахнович Р.М., Гиляров М.Ю., Комаров А.Л., Константинова Е.В., Панченко Е.П., Явелов И.С. Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST). Евразийский кардиологический журнал. 2020; (1):4-77. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2020-1-4-77>.
4. Фадеев, П.А. Инфарктмиокарда: моногр. / П.А. Фадеев. - М.: МириОбразование, 2015. - 296с.
5. Voersma E. Primary Coronary Angioplasty vs. Thrombolysis Group. Does time matter? A pooled analysis of randomized clinical trials comparing primary percutaneous coronary intervention and in-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction pa-

- tients. *European Heart Journal*. 2006; 27(7):779–788. doi:10.1093/eurheartj/ehi810.
6. Byrne R. A. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*. 2023. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.
 7. O’Gara P. T., Kushner F. G., Ascheim D. D. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of American College Cardiology*. 2013;61(4):78–140. doi:10.1161/cir.0b013e-31828478ac.
 8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *MedCare*. 1986 Jan;24(1):67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007. PMID: 3945130.
 9. Steg P. G., James S. K., Atar D. et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment. *European Heart Journal*. 2012;33(20):2569- 2619. doi:10.21236/ada427523.
 10. Windecker S, Kolh P, Alfonso F et al. 2014 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization. *EuroIntervention*, 2015, 10(9): 1024-1094.

УДК: 615.252.453-015

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДРЕЗИСТЕНТОСТИ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА (обзор)

Киреев В.В., Суяров А.А., Хатамов Х.М.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

ХУЛОСА

Ушбу мақолада периферик қонда глюкокортикоидларга сезгирликни аниқлаш усулларини методологик асосга қараб танқидий таҳлил қилинган. Ҳозиргача глюкокортикоидларда сезгирликни аниқлашнинг барча мавжуд усуллари бир нечта мутахассисларнинг иштирокисини этилишини талаб қилиб, бажарилишининг мураккаблиги ва кўп меҳнат талаб қилиши билан ажралиб туриши кўрсатилган; шу билан бирга унга мураккаб юқори технологияли қимматбаҳо ускуналар ва реагентларга эҳтиёж; олинган маълумотларни талқин қилишнинг қийинлиги ва сезгирлик/резистентликнинг градиациясининг йўқлиги; мавжуд бўлган барча тизимли глюкокортикоидларга сезгирликни бир вақтнинг ўзида аниқлашнинг иложи йўқлиги; усулни қўллашнинг универсаллигининг мавжуд эмаслиги, яъни методологиянинг фақат биргина касалликда (нефротик синдром, бронхиал астма, тизимли қизил югурук ва бошқалар) шилатилиши билан чегараланиб қолган.

Калим сўзлар: глюкокортикоидқаршилиқ, ревматоид артрит, тизимли қизил югурук, бронхиал астма, миастения.

В настоящее время ежегодно около 200–250 млн. человек во всем мире принимают различные глюкокортикоиды по поводу различных аутоиммунных ревматических заболеваний и бронхиальной астмы, причем во многих случаях они являются препаратами выбора. С появлением данной группы препаратов прежде не излечимые или даже смертельные заболевания (СКВ, системные васкулиты) перестали

SUMMARY

This review provides a critical analysis of the methods for determining sensitivity to glucocorticoids in peripheral blood, depending on the methodological basis. It is shown that up to now practically all existing methods for determining sensitivity in glucocorticoids are characterized by complexity and laboriousness of implementation, requiring the participation of several specialists; necessity. the presence of complex high-tech expensive equipment and reagents to it; the difficulty of interpreting the data obtained and the lack of sensitivity/resistance gradation; impossibility of simultaneous determination of sensitivity to all available systemic glucocorticoids; lack of universality of application, i.e. attachment of the technique to a single disease (nephrotic syndrome, bronchial asthma, system lupus erythematousum, etc.)

Keywords: glucocorticoid resistance, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, bronchial asthma, myasthenia gravis.

представлять собой угрозу для жизни пациента. За прошедшие 65 лет с начала применения глюкокортикоидов в клинической практике накоплен огромный опыт их применения, но и отмечено достаточно много фактов, свидетельствующих о наличии у пациентов резистентности к тем или иным глюкокортикоидам. Причем отмечена как первичная резистентность, выявляющаяся сразу при приеме глюкокортикоидов, и