

Бўлмачалар Фибрилляциясида Антиагрегантларни Қўллашнинг Хусусиятлари

Мавлонов Н. Х.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Резюме: Мақолада бўлмачалар фибрилляцияси ва юрак ишемик касаллиги бўлган тери орқали коронар аралашувлар бажариладиган оғир тоифали беморларда антиромботик давонинг етакчи клиник тавсияларининг шарҳи келтирилган. Асосан иккита эксперт жамиятининг тавсияларининг ўхшаш ва фарқли томонлари солиштирилган, шунингдек бугунги кунда долзарб бўлган антиромботик давонинг мавжуд далилларга асосланган ҳолда келтирилган. Икки компонентли ва уч компонентли давонинг хусусиятлари тавсифланган.

Калит сўзлар: бўлмачалар фибрилляцияси, тери орқали коронар аралашувлар, антиагрегантлар, антикоагулянтлар.

Кириш

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) – ўлимнинг энг кўп учрайдиган сабаби ҳисобланади, бўлмачалар фибрилляцияси (БФ) эса - энг кўп учрайдиган ритм бузилишидир [1]. Ушбу ҳолатларнинг кўшилиб келиши ёш ўтиши билан жуда ҳам кўп учрамоқда. ЮИК касаллиги бўлган беморларда БФ нинг аниқланиш частотаси 17 дан 50% гача ташкил қилади [2, 3]. Олиб борилган кенг қўламли рандомизацияланган тадқиқотларда БФ кузатилган пациентларда ЮИК нинг аниқланиш частотаси 17–20% атрофида бўлган [4,5]. Биринчи марта БФ ташхисланган пациентлар киритилган Gloria AF халқаро кузатув дастурининг маълумотларига кўра [6], 20,3% ида қўшилиб келган ЮИК бўлган, 10,6% да эса анамнезида ўтказилган миокард инфаркти бўлган.

Мақсад

Сўнгги йилларда ўтказилган тадқиқотлар ва етакчи жамиятларнинг тавсияларига асосланган ҳолда БФ ва ЮИК бўлган беморларда даволаш позицияларини таҳлил қилиш.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси.

2015-2016 йй. давомида Курск шаҳрида ўтказилган РЕКУЛ-ФП Россия регистрида [7, 18] (БФ билан 896 пациент киритилган), БФ ва ЮИК нинг қўшилиб келиши 52,3% ида, БФ билан анамнезида ўтказилган МИ - 22,7% пациентда аниқланган.

Тери орқали аралашувлар (ТОА) ўтказиладиган пациентларда, БФ нинг аниқланиш частотаси 21% ни ташкил қилади, бунда 5 дан 15% гача БФ бўлган пациентларда бутун ҳаёти давомида стентларни имплантация қилиниши билан ТОА талаб қилинади [1, 2, 10].

БФ бўлган беморларда ТОА нинг натижалари, синусли ритм бўлган беморларга нисбатан анча паст. Шундай қилиб 2002 йилдан 2011 йиллар давомида ТОА бажарилган 3,2 млн америкалик пациентларнинг натижалари таҳлил қилинганда, БФ бўлган беморларда, БФ бўлмаган беморларга қараганда ёшга боғлиқ ўлим кўрсаткичи деярли икки бараварга кўп бўлган [11, 16]. Кўпчилик ҳолларда бу БФ кузатилган пациентларда яққол ифодаланган юрак қон – томир коморбидлигининг мавжудлиги билан тавсифланиб, бу регистрли тадқиқотлар натижалари билан тасдиқланган [6, 9]. Юрак қон-томир патологиялари (БФ, артериал гипертензия (АГ) ЮИК ва сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ)) билан касалланган 3690

нафар пациентлар натижаларини умумлаштирган амбулатор-поликлиник регистрли РЕКВАЗА тадқиқотининг натижаларига асосланиб [12, 24], уларнинг 14,4% ида БФ қайд қилинган. Барча беморлар кекса ёшли беморлардан иборат бўлган (эркакларнинг ўртача ёши 67,8, аёлларда-74,6 ёшни ташкил этган) ва беморларнинг барчасида қўшилиб келган кардиоваскуляр патология аниқланган. Шу билан бирга БФ нинг АГ+ЮИК+СЮЕ билан қўшилиб келиши 93,2% пациентларда аниқланган, текширилган беморларнинг 21,1% ида БФ 2-тип қандли диабет билан асоциирланган. БФ билан касалланган беморларда ташхисларнинг ўртача сони $3,9 \pm 0,3$ ни ташкил қилиб, бу БФ сиз пациентларга нисбатан- $2,3 \pm 0,1$ аҳамиятли бўлган ($p < 0,001$). Бошқа бир Россия регистри РЕКУЛ-ФП [5, 7, 18] БФ нинг АГ, ЮИК ва СЮЕ билан - 99,3% ҳолатларда қўшилиб келишини тасдиқлайди.

Маълумки, БФ билан касалланган беморлар тромбоземболик асоратлар (ТЭА), жумладан эмболик инсульт ривожланишининг юқори хавфига эга. Инсульт хавфи коморбид юрак қонтомир патологиялари сонининг ошишига параллел равишда ошиб боради. Бу БФ бўлган беморларда $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ (Gloria AF дастурига кўра пациентларнинг 86,1% да инсультнинг ривожланиш хавфига эга бўлган) шкаласи бўйича юқори балл кузатилганлиги тасдиқлаган [3, 6, 8]. Ташкил этилган РЕКУЛ-ФП регистрининг 96,3% пациентларида [7, 24] тромбоземболик асоратлар ривожланишининг юқори хавфи қайд этилган. РЕКВАЗА регистрининг маълумотларига кўра, БФ бўлган беморларда $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ шкаласи бўйича баллар жуда юқори бўлиб $4,62 \pm 1,57$ ни ташкил этган [12, 23]. Тромбоземболик асоратлар, шунингдек авваламбор эмболик инсультнинг ривожланишининг юқори хавфи муносабати билан, БФ кузатилган пациентлар перорал антикоагулянтларнинг (ОАК) узоқ муддатли (умрбод) тайинланишига мухтож бўлишади.

Бошқа томондан – стентнинг тромбози хавфи сабабли профилактик мақсадда ТОА га бажарилган пациент, ацетилсалицил кислотаси (АСК) ва тромбоцитларнинг P2Y12-рецепторининг ингибиторидан иборат икки компонентли антитромбоцитар давони бир неча ой давомида (клиник ҳолатга боғлиқ ҳолда 1 ойдан 12 ва 36 ойгача) қабул қилишга мажбур бўлади [13]. Ўткир коронар синдром (ЎКС) ривожланишида тикагрелор, празугрел қўшилади, ёки уларни қўллашнинг имони бўлмаганда клопидогрелдан фойдаланилади [4]. ЮИК нинг стабил шакллари бўлган пациентларда кўпчилик ҳолатларда - клопидогрел тайинланади [4].

БФ да ТЭА ривожланиш хавфини АСК монотерапияси ёки икки компонентли (АСК-клопидогрел) ва мос равишда антикоагулянтларни алмаштириш орқали бошқаришга уринишлар мувафакқиятли бўлмаган [14, 15, 16]. Ва, аксинча, атеротромботик асоратлар, хусусан ЎКС дан сўнг ва (ёки) сурункали ЮИК да коронар артерияларни стентлашдан сўнг стент тромбозини олдини олиш мақсадида бирга антикоагулянтни қўллаш етарлича самарали эмас. Кўринишидан, бу ЮИК да коронар артерияларда тромб ҳосил бўлиш жараёни БФ да юракнинг чап бўлимларида тромбларнинг ҳосил бўлиш жараёнидан сезиларли фарқ қилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин [17], бу эса БФ сабали юзага келган ТЭА асоратлар хавфини ва стент имплантацияси сабабли юзага келувчи тромботик ҳолатлар хавфини камайтириш учун зарур бўлган турли гуруҳ препаратларини қўллашни талаб қилади. Шундай қилиб БФ бўлган ва ТОА бажарилган пациентда, ОАК ларни дезагрегантлар билан бирга қўлланивчи уч компонентли антитромботик даво (АТД) учун барча асослар мавжуд. Шу билан бирга уч компонентли АТД жиддий, жумладан ҳаётга хавф солувчи қон кетишлар хавфини сезиларли даражада оширади [18]. Ушбу тадқиқотларнинг натижалари, шу турдаги беморларни олиб боришга мўлжалланган замонавий тавсияларни ўзгартиришга асос бўла олади. American Heart Association ва American College of Cardiology (АНА/АСС) нинг 2019 йилда янгиланган тавсияларида [19], юрак ревазуляризацияси бўйича Европа тавсияларида (2018), АТД бўйича ESC келишув ҳужжатларида (2017) [4] ушбу масалалар муҳокама қилинган.

Авваламбор БФ бўлган беморда ТЭА (эмболик инсульт) профилактикаси мақсадида антикоагулянт препаратларнинг заруратини аниқлаш керак. БФ бўлган беморда ЮИК нинг мавжудлиги ТЭА ривожланиш хавфини оширувчи омиллардан бири бўлиб ҳисобланади ва

CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича бир баллга тўғри келади [4, 19]. Эркакларда ЮИК нинг мавжудлиги CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича минимум 1 баллга, аёлларда эса - 2 баллга тўғри келади. Шундай қилиб ТОА бажарилган БФ мавжуд бўлган беморлар CHA2DS 2-VASc шкаласи бўйича эркаклар камда 1 баллга, аёллар эса 2 баллга эга, бу уларда антикоагулянт давони амалга ошириш заруратини белгилайди. Эслатиб ўтиш жоизки, Европанинг БФ бўйича тавсияларида ушбу позиция “хусусиятлар ва устунликка кўра индивидуал кўриб чиқиш зарурати мавжуд” деб ҳисоблашади [21]. Юқорида келтирилган маълумотларга асосланиб БФ билан ЮИК бўлган беморларда юрак қон-томир касалликлари коморбидлигининг юқори частотасини инобатга олган ҳолда антикоагулянтларни тайинлаш зарурати 100% га етиши мумкин.

Иккинчи масала ОАК сифатида қўлланадиган препаратнинг типига тегишли. АНА/АСС нинг амалдаги тавсияларига мувофиқ перорал антикоагулянтларни қабул қилишга қарши кўрсатмалар бўлмаганда қон кетишлар хавфининг пастлиги сабабли ВКА (Витмин К антагонистлари) га устунлик берилади. PIONEER-AF PCI [23] ва REDUAL PCI [24] клиник тадқиқотларнинг натижалари ВКА ва узоқ муддатли АД га нисбатан, ҳам ривароксабан ҳам дабигатранни қўллашга асосланган даволашнинг устунлигини намоиш этган [25, 28].

AUGUSTUS [26] тадқиқоти эса апиксабанны ВКА га қарши қўллаган ҳолда унинг қон кетишлар хавфининг профилактикаси жиҳатидан унинг устунлик қилишини намоиш этган. Ҳаттоки ушбу тадқиқотда ҳам МНО 2 дан паст бўлган ўртача муддат 23% ни ташкил этган. Бундан ташқари худди шу тадқиқотда перорал антикоагулянтларнинг қатта қон кетишлар жиҳатидан ВКА дан хавсизроқ эканлиги кўрсатилган.

Кейинги масала уч компонентли АД нинг давомийлиги билан боғлиқ. У клиник сценарийларга боғлиқ ҳолда жуда қисқа вақтдан (масалан ТОА муваффақиятли яқунлангунча) кўпроқ давомлигача (масалан, 6 ой) ўзгариши мумкин. Айтиб ўтиш жоизки, БФ учун АСС/АНА 2019 й. тавсияларида ҳам ESC 2018 й. тавсияларида ҳам АД ни уч компонентли давога муқобил равишда ишлатиш тавсия қилинган.

Хулоса

БФ ва ЮИК бўлган беморларда орал антикоагулянтларни қабул қилиш фониди ТОА ларни бажаришда тромботик ҳолатларни олдини олиш мақсадида кўшимча антиагрегант давони амалга ошириш зарур. Ушбу тоифадаги беморларни даволашнинг замонавий парадигмаси уч компонентли АД (антикоагулянт+узоқ муддатли АД, асосан клопидогрел ва кам ҳолларда АСК) иложи борича қисқа бўлиши зарур. Бироқ Америкалик ва Европалик экспертлар перорал антикоагулянтлар фониди қачон ва қандай беморларда монотерапияга ўтиш кераклиги ҳақида турлича фикрларга эга. Янги рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг натижалари ҳақидаги маълумотлар иккала экспертлар жамиятининг позицияларининг яқинлашишига олиб келади ва амалий врачлар томонидан асосларга эга бўлган оптимал схемаларни қўлланилишига олиб келади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Piepoli Mf, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The sixth Joint Task force of the Euro- pean society of Cardiology and Other societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & rehabilitation (eACPr). Eur Heart J, 2016; 37 (29): 2315–2381.
2. Michniewicz E, Mlodawska E, Lopatowska P, Tomaszuk-Kazberuk A, Malyszko J. Patients with atrial fibrillation and coronary artery disease– double trouble. Adv Med Sci 2018; 63: 30–35.
3. Capodanno D, Huber K, Mehran R, Lip GYH, Faxon DP, Granger CB, Vranckx P, Lopes RD, Montalescot G, Cannon CP, Ten Berg J, Gersh BJ, Bhatt DL, Angiolillo DJ. Management of

- An- tithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation Patients Undergoing PCI: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2019 Jul 9; 74(1): 83–99. DOI: 10.1016/j.jacc.2019.05.016.
4. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2018; 39: 213–260.
 5. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association practical guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2018; 39: 1330–1393.
 6. Huisman MV, et al. The Changing Landscape for stroke Prevention in Af: findings from the GLORIA-AF registry Phase 2. *J Am Coll Cardiol*, 2017; 69 (7): 777–785.
 7. Polshakova I. L., Povetkin S. V. Drug Therapy Structure and Clinical Characteristics of Patients with Atrial Fibrillation According to Data
 8. Мавлонов, Намоз Халимович. "Рахматова Дилбар Бахриддиновна Распространенность основных хронических неинфекционных заболеваний в связи с моделируемыми факторами риска среди населения пожилого и старческого возраста." *Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина»* 6 (2021): 46.
 9. Мавлонов, Н. Х. "Частота Основных Неинфекционных Заболеваний У Пожилого И Старческого Населения." *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SYSTEMS AND MEDICAL SCIENCES* 1.6 (2022): 264-272.
 10. Х., М. Н. (2022). Немедикаментозные Методы Лечения Артериальной Гипертензии В Сравнительная Аспекте. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(6), 326-334.
 11. Halimovich M. N., Iskandarovna J. H. Risk Factors for Noncommunicable Diseases and Prospects for Prevention. (Literature Review) // *Journal of Pharmaceutical Negative Results*. – 2022. – С. 4206-4210.
 12. Мавлонов, Н. Х. "ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ ВА ЮРАК РИТМИНИНГ ҲАЁТГА ХАВФ СОЛУВЧИ БУЗИЛИШЛАРИ." *BARQARORLIK VA YETAKCHI TADQIQOTLAR ONLAYN ILMIY JURNALI* 3.4 (2023): 184-187.
 13. Мавлонов, Намоз Халимович. "Изменения Основных Показателей Гемостаза При Гипертонической Болезни." *Central Asian Journal of Medical and Natural Science* 3.6 (2022): 335-338.
 14. Khalimovich, M. N. (2023). ACUTE CORONARY SYNDROME AND ITS MODERN PRESSING PROBLEMS. *EUROPEAN JOURNAL OF MODERN MEDICINE AND PRACTICE*, 3(6), 17–21.
 15. МАВЛОНОВ, НАМОЗ ХАЛИМОВИЧ. "ХНА ЛЕКАРСТВЕННОЕ И КОСМЕТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО." *Биология и интегративная медицина* 6 (2017): 54-68.
 16. Мавлонов, НАМОЗ ХАЛИМОВИЧ, and ДИЛБАР БАХРИДДИНОВНА Рахматова. "Инструменты моделирования-основа выс
 17. Халимович, Мавлонов Намоз и Яхьева Хилола Шарифовна. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА». *БАРКАРОРЛИК ВА ЕТАКЧИ ТАДКИКТЛАР ОНЛАЙН ИЛМИЙ ЖУРНАЛИ* 2.11 (2022): 63-69.шего образования." *Биология и интегративная медицина* 47.S1 (2021): 120-124.
 18. Халимович, Мавлонов Намоз и Джураева Хафиза Искандаровна. «Факторы риска неинфекционных заболеваний и перспективы профилактики. (Обзор литературы)». *Журнал фармацевтических отрицательных результатов* (2022): 4206-4210.

19. Мавлонов, Н. Х. "COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ОЗИҚЛАНИШИ БИЛАН БОҒЛИҚ МУАММОЛАРИ." *ТАЛИМ ВА РИВОЙЛАНИШ ТАХЛИЛИ ОНЛАЙН ИЛМИЙ ЖУРНАЛИ* 2.12 (2022): 64-67.
20. Мавлонов, Намоз Халимович. "Problem of rheumatoid arthritis and strategy of his treatment." *Биология и интегративная медицина* 6 (2017): 37-47.
21. Мавлонов, Намоз Халимович. "Рахматова Дилбар Бахриддиновна." *Инструменты моделирования-основа высшего образования. Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина. 2021г. S-специальный выпуск С.-120-124.*
22. Аслонова, Ш. Ж. Косимов, У. У. Мавлонов, Н. Х., & Мусаева, Р. Х. (2015). Применение моксонидина и метформина при метаболическом синдроме. *Наука молодых–Eruditio Juvenium*, (3), 29-39.
23. Мавлонов, Н. Х. (2020). Распространенность основных хронических неинфекционных заболеваний в связи с модифицируемыми факторами риска среди населения пожилого и старческого возраста. *Биология и интегративная медицина*, (6 (46)), 123-139.
24. Мавлонов, Н. Х. У. Б. Каримов, and Д. А. Эргашбоева. "«ВАЖНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТАРИИ» ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В ИЗМЕНЕННЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА." *Новый день в медицине* 4 (2019): 174-176.
25. Мавлонов, Н. Х., Усманов, Б. У., Мамасалиев, Н. С., Каримов, У. Б., & Эргашбоева, Д. А. (2019). ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ У ЖЕНЩИН НЕ ДОЛЖНО ОТЛИЧАТЬСЯ ОТ ПРОФИЛАКТИКИ МУЖЧИН: ФОКУС НА РЕГИСТРАЦИОННО-НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ. *Новый день в медицине*, (3), 154-157.
26. Мавлонов Н. Х., Мамасалиев Н. С., Мамасалиев З. Н. Превентивные подходы к раннему выявлению и профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 4.
27. Мамасалиев, Н. С., Усмонов, Б. У., Шокирова, С. М., & Мавлонов, Н. Х. (2019). DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF THROMBOCYOPENIC PURPLE AND THROMBOCYTOPATHY DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTBIRTH. *Новый день в медицине*, (4), 46-48.
28. Мавлонов, Н. Х. "Распространенность хронических неинфекционных заболеваний среди неорганизованного населения пожилого и старческого возраста." *Новый день в медицине* 4 (2020): 657-663.
29. Халимович, М.Н. (2023). ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ЕГО СОВРЕМЕННЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ. *ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ*, 3 (6), 17–21.
Получено с <http://www.inovatus.es/index.php/ejmmp/article/view/1813>.