



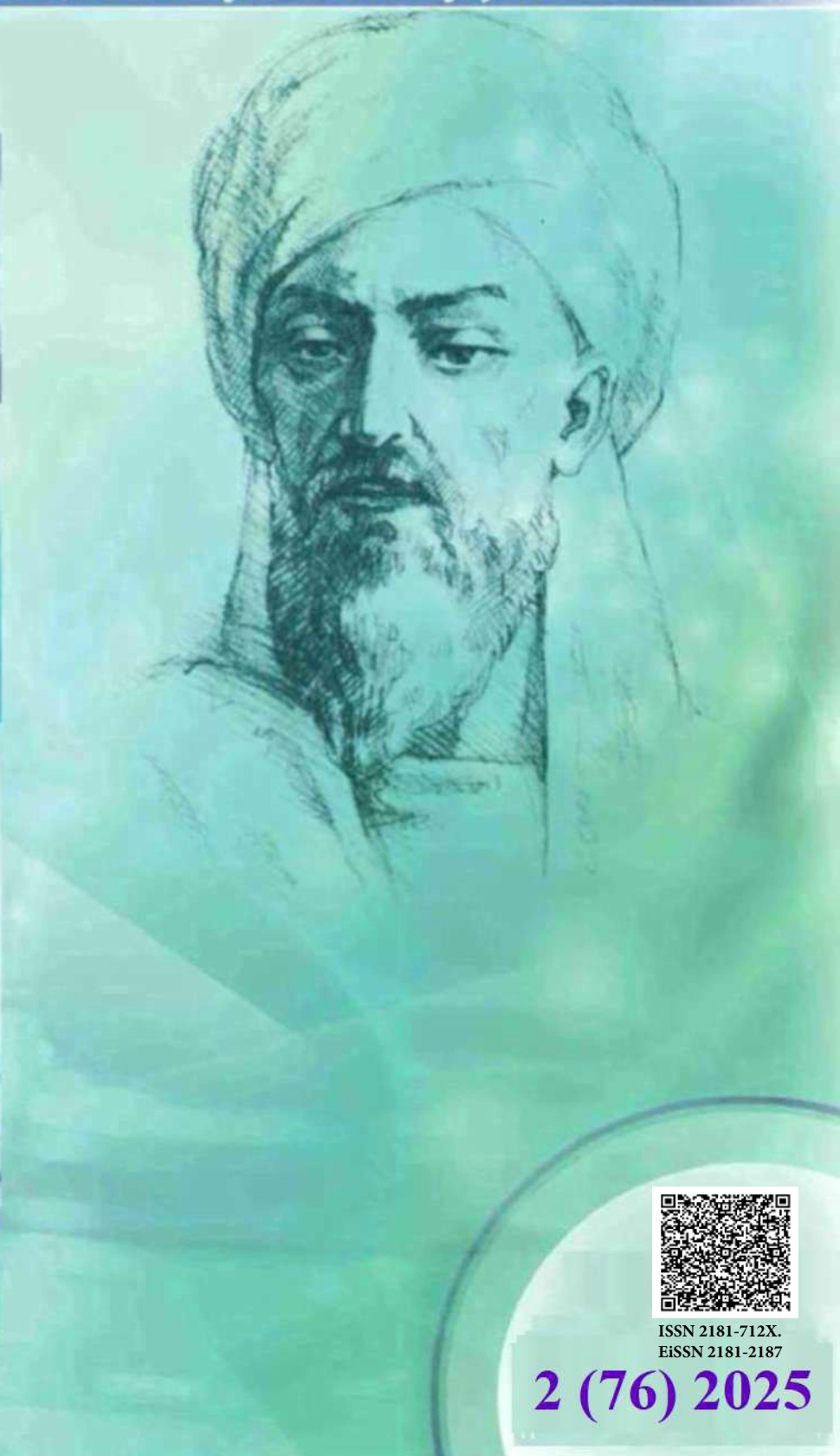
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (76) 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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

2 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 616.151.5 + 615.273.5 + 616.13-089

КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАРГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АНТИТРОМБОТИК ТЕРАПИЯНИ ТАНЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС АСПЕКТЛАРИ

Ахмедов А.Т. <https://orcid.org/0000-0002-0644-5487> e-mail: axmedov.ahad@bsmi.uz

Ахроров Ж.Х. <https://orcid.org/0009-0002-7513-4233> e-mail: monotibhealth@inbox.ru

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий
кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва унинг коморбид ҳолатлар (қандли диабет ва сурункали буйрак етишмовчилиги) билан боғлиқ ҳолатда анти тромботик терапияни индивидуал танлаш муҳим аҳамиятга эга. Тадқиқотда 81 нафар бемор таҳлил қилинди. Улар икки хил стент тури (Эверолимус ва Зотаролимус қопламали) ва анти тромботик терапия бўйича баҳоланди. Тадқиқот натижалари Зотаролимус қопламали стент қўлланган беморларда фибриноген ва Д-димер миқдорининг сезиларли пасайганлигини кўрсатди. Шунингдек, гемодинамик кўрсаткичлар танланган даво усуллариининг ўзаро фарқини клиник таҳлили келтирилган тақдим этган.

Калит сўзлар: юрак ишемик касаллиги, қандли диабет, буйрак етишмовчилиги, стент, гемодинамика, анти тромботик терапия, тана масса индекси, фибриноген, Д-димер, ҳаёт сифати.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УЧЕТОМ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ахмедов А.Т. <https://orcid.org/0000-0002-0644-5487> e-mail: axmedov.ahad@bsmi.uz

Ахроров Ж.Х. <https://orcid.org/0009-0002-7513-4233> e-mail: monotibhealth@inbox.ru

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

✓ Резюме

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сопутствующие коморбидные состояния (сахарный диабет и хроническая почечная недостаточность) требуют индивидуального подхода в выборе анти тромботической терапии. В исследовании были проанализированы 81 пациент, которым были установлены два типа стентов (с покрытием Эверолимус и Зотаролимус) и назначена анти тромботическая терапия. Результаты исследования показали значительное снижение уровней фибриногена и D-димера у пациентов с установленным стентом с покрытием Зотаролимус. Также продемонстрировал улучшение гемодинамические показатели по выбору анти тромботической терапии. Это привело к значительному улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, почечная недостаточность, стент, гемодинамика, анти тромботическая терапия, индекс массы тела, фибриноген, D-димер, качество жизни.

SPECIFIC ASPECTS OF SELECTING ANTITHROMBOTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE CONSIDERING COMORBID CONDITIONS

Akhmedov A.T. <https://orcid.org/0000-0002-0644-5487> e-mail: axmedov.ahad@bsmi.uz

Akhrorov J.Kh. <https://orcid.org/0009-0002-7513-4233> e-mail: monotibhealth@inbox.ru

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

✓ **Resume**

Ischemic heart disease (IHD) and its comorbid conditions (diabetes mellitus and chronic kidney failure) require an individualized approach in selecting antithrombotic therapy. The study analyzed 81 patients who received two types of stents (Everolimus and Zotarolimus-coated) and antithrombotic therapy (Clopidogrel and Zegrel). The results showed a significant decrease in fibrinogen and D-dimer levels in patients treated with the Zotarolimus-coated stent. Additionally, Zegrel demonstrated better hemodynamic outcomes compared to Clopidogrel. This contributed to a substantial improvement in the patients' quality of life.

Keywords: *ischemic heart disease, diabetes mellitus, kidney failure, stent, hemodynamics, antithrombotic therapy, body mass index, fibrinogen, D-dimer, quality of life.*

Долзарблиги

Миокард инфарктининг ривожланишида асосий омил коронар артериядаги қутилмаганда жүзга келган тромбоздир. Жаҳон статистикасига кўра, 45-50 ёшлардаёқ артерияларда атеросклероз белгилари кузатилади. Тромб пайдо бўлиши шикастланган соҳа «қопқоғи» ёрилишидан кейин унинг атрофида медиаторлар (серотонин, АДФ, тромбоцитларни фаоллаштирувчи ва агрегация қилувчи факторлар) йиғилишидан келиб чиқади. Бу моддалар тромбоцитларнинг агрегациясини рағбатлантиради ва натижада коронар артериянинг механик тортилишига олиб келади. Ушбу жараён динамик хусусиятга эга бўлиб, турли шаклларда намоён бўлади. Коронар артериялар тромбозидан ташқари, инфаркт ривожланишига қуйидаги этиологик омиллар ҳам таъсир қилади: қўшимча касалликлар (жумладан, II тип қандли диабет ва бошқа эндокринология патологиялари), анамнездаги артериал гипертензия ва юрак ишемик касаллиги [2,5]. Агар беморда патологик Q тиши билан миокард инфаркти кузатилса, эхтимоллий сабаб коронар артерияларнинг окклюзияси бўлиш эхтимоллиги юқори. Агар миокард инфаркти патологик Q тишисиз бўлса, аксарият ҳолларда бу перфузиянинг спонтан тикланиши билан боғлиқ [8,9].

Гиперлипидемия ҳам муҳим омил бўлиб, беморлар рақибларида ёғ миқдори юқори бўлган маҳсулотларни ортиқча истеъмол қилиш оқибатида ЗПЛП (зичлиги паст липопротеин) ва ЗЮЛП (зичлиги юқори липопротеин) даражасининг ошиши кузатилади [3,6,10]. Бу ҳолат тромбозга олиб келиши мумкин. Шунингдек, алкогольнинг кўп истеъмол қилиниши миокард мушаклари некрозини ривожлантириши, 20 йил тамаки чекиш, жисмоний фаолликнинг пастлиги ва семизлик (хусусан, абдоминал семизлик) инфаркт ривожланишига туртки бўлади. Психоэмоционал стресс ва руҳий зўриқиш миокард инфаркти ривожланишига олиб келади [1,4,7,8,].

Тадқиқот мақсади: юрак ишемик касаллиги коморбид ҳолатлар (қандли диабет, сурункали буйрак етишмовчилиги) бирга келганда анти тромботик терапияни оптималлаштириш.

Метод и усуллар

Замонавий илмий билимларнинг турли тамойилларини ҳисобга олган ҳолда, биз ўз тадқиқот методологиямизни етарли даражада белгиланган вазифа билан ишлаб чиқдик. Умумий илмий ва ўзига хос усуллар асосида режалаштирилган ва олиб борилган тадқиқотлар қўйилган вазифаларни ҳал қилишга қаратилган эди. Ушбу тадқиқот доирасида юрак ишемик касаллиги (ЮИК), ЮИК ва қандли диабет ва ЮИК ва буйрак етишмовчилиги мавжуд 81 нафар беморнинг анамнез клиник, лаборатор-инструментал ва бошқа текширувлар натижалари маълумотлари ўрганилди.

Беморларнинг ёши 29 ёшдан 74 ёшгача бўлиб (ўртача ёши $49,3 \pm 4,8$) беморларнинг барчасида комплекс клиник ва диагностик текширувлари ўтказилди. Тадқиқотдаги барча беморлар қиёсий таҳлил ўтказиш учун иккита асосий гуруҳга ажратилди: I гуруҳ юрак ишемик касаллиги нафар, II гуруҳ юрак ишемик касаллиги ва қандли диабет касаллиги 30 нафар, III гуруҳ юрак ишемик касаллиги ва сурункали буйрак етишмовчилиги 25 нафар бемордан иборат бўлди. Тадқиқот доирасида касалликнинг давомийлиги, оғриқ характери, симптомларнинг хусусияти ва интенсивлиги ҳақидаги маълумотлар таҳлил қилинди. Беморларнинг ёши, касбий фаолияти, оилавий ҳолати ва таълим даражаси ҳам ҳисобга олинди. Шунингдек, лаборатор кўрсаткичлар, жумладан, қоннинг биохимик таҳлил натижалари, коагулограмма ва иммунологик таҳлил кўрсаткичлари ўрганилди.

Тадқиқотдаги гуруҳларнинг барчасида даволаш мақсадида 2 хил стент тури: Эверолимус қопламали ва Зотаролимус қопламали стент тури қўлланилди. Антитромботик терапия мақсадида беморларнинг барчасида 9-12 ой мобайнида 1мг/кг дозада кунига бир маҳал кечки вақт (20:00) да Ацетилсалицил кислота берилди. Шу билан бирга ангиопластикадан кейин беморларнинг бир қисмида тромбоцитлар агрегациясининг ўзига хос ва фаол ингибиторлари (Клопидогрел ва Зугрел) яъний (P2Y12 рецептор блокатори) буюрилди. Клопидогрел 75 мг кунига 1 маҳал, Зугрел (антиагрегант) 10 мгдан кунига 1 маҳал 1 ой давомида ичга қабул қилиш тавсия этилди.

Тадқиқот махсус малиялаштиришга эга эмас эди. Ушбу мақолани нашр этиш билан боғлиқ муаллифлар орасида аниқ ёки нисбий манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмас.

Тадқиқот натижалари ва таҳлиллар

Тадқиқот гуруҳидаги беморлар орасида аёллар 34 нафарни, эркаклар эса 47 нафарни ташкил этди. Эркаклар I гуруҳда 16 (61,5 %) нафар, II гуруҳда 17 (56,7 %) нафар ва III гуруҳда 14 (56,0) эканлиги аниқланди. Аёллар I гуруҳда 10 (38,5 %) нафар, II гуруҳда 13 (43,3 %) нафар ва III гуруҳда 11 (44,0 %) нафар бемордан иборат бўлди. Беморларнинг ёш бўйича тақсимланиши 2-расмда келтирилган. 18-44 ёшли беморлар I гуруҳда 4 (16,0 %) нафар, II гуруҳда 6 (20,0 %) нафар ва III гуруҳда 5 (19,2 %) нафарни ташкил қилди.

Тадқиқотда 45-59 ёшли беморлар I гуруҳда 15 (60,0 %) нафар, II гуруҳда 19 (63,3 %) нафар ва III гуруҳда 12 (46,2 %) нафар эканлиги аниқланди. 60-74 ёшли беморлар эса I гуруҳда 7 (28,0 %) нафар, II гуруҳда 5 (16,7 %) нафар ва III гуруҳда 9 (34,6 %) нафардан иборат бўлди.

ЮИК ривожланишига беморларнинг тана масса индекси (ТМИ) жиддий таъсир кўрсатиши маълум. Ортган ТМИ юрак юкламасини оширади, бу гипертрофия ва ишемик ўзгаришларга олиб келади. Семизлик артериал гипертензияни келтириб чиқаради, бу эса ЮИК ривожланиши учун катта хавф ҳисобланади. Тадқиқот гуруҳидаги беморлар ТМИ кўрсаткичлари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Беморларнинг тана масса индекси (кг/м²) кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар (кг/м ²)	Гуруҳлар					
	I гуруҳ (n=26)		II гуруҳ (n=30)		III гуруҳ (n=25)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<18,5			1	3,33	2	7,69
18,5-24,9	3	11,5	1	3,33	5	19,2
25-30	6	23,1	4	13,3	3	11,5
30-35 (I)	5	19,2	12	40	8	30,8
35-39,9 (II)	9	34,6	7	23,3	6	23,1
40< (III)	3	11,5	5	16,7	2	7,69

ТМИ (<18,5 кг/м²) I гуруҳда ҳеч қандай бемор қайд этилмади, II гуруҳда 1 (3,33 %) нафар беморда, III гуруҳда 2 (7,69 %) нафар бемор аниқланди. ТМИ (18,5-24,9 кг/м², нормал ТМИ) I гуруҳда 3 (11,5 %) нафар беморда, II гуруҳда 1 (3,33 %) нафар бемор ва III гуруҳда 5 (19,2 %) нафар беморда қайд этилди.

ТМИ (25-30 кг/м², ортикча вазн) I гуруҳда 6 (23,1 %) нафар беморда, II гуруҳда 4 (13,3 %) нафар ва III гуруҳда 3 (11,5 %) нафар беморда мавжудлиги кузатилди.

ТМИ (30-35 кг/м², семизлик I даража) I гуруҳда 5 (19,2 %) нафар, II гуруҳда 12 (40,0 %) нафар ва III гуруҳда 8 (30,8 %) нафар беморда қайд этилди. ТМИ (35-39,9 кг/м², семизлик II даража) I гуруҳда 9 (34,6 %) нафар, II гуруҳда 7 (23,3 %) нафар беморда, III гуруҳда эса 6 (23,1 %) нафар беморда аниқланди.

ТМИ (>40 кг/м², семизлик III даража) I гуруҳда 3 (11,5 %) нафар беморда II гуруҳда 5 (16,7 %) нафар ва III гуруҳда 2 (7,69 %) нафар бемордан қайд этилди.

Таҳлилга кўра, семизликнинг юқори даражалари (30 кг/м²дан юқори) II ва III гуруҳларда кўпроқ қайд этилди, бу семизлик ва ЮИК ўртасидаги боғлиқликни тасдиқлайди. I гуруҳда ТМИ кўрсаткичлари нисбатан пастроқ бўлиб, ортикча вазн ва семизликнинг ЮИКга таъсири муҳим аҳамиятга эга эканлигини тасдиқлайди.

Тадқиқот гуруҳидаги беморларда гемодинамик кўрсаткичлар ҳақидаги маълумотлар 3-жадвалда келтирилган. Юрак ишемик касаллига қайд этилган I гуруҳдаги беморлар (n=26)да систолик қон босими (СКБ) ўртача $139,8 \pm 5,6$ мм.сим.уст., диастолик қон босими ўртача $92,6 \pm 4,3$ мм.сим.уст., юрак қисқаришлар сони (ЮҚС) эса ўртача $86,4 \pm 3,5$ мм.сим. устунига тенг эканлиги аниқланди. II гуруҳ (n=30) даги беморларда СКБ ўртача $144,5 \pm 6,6$ мм.сим.уст., ДҚБ ўртача $95,4 \pm 5,8$ мм.сим.уст., ЮҚС ўртача $88,9 \pm 4,1$ мм.сим.уст. га тенг бўлди. III гуруҳ (n=25)да эса СКБ ўртача $154,2 \pm 9,5$ мм.сим.уст., ДҚБ ўртача $96,5 \pm 6,3$ мм.сим.уст. ва ЮҚС ўртача $90,1 \pm 8,4$ мм.сим.устунига тенг эканлиги қайд этилди. III гуруҳдаги беморларда СКБ, ДҚБ ва ЮҚС кўрсаткичлари I ва II гуруҳга нисбатан сезиларли даражада юқори, бу уларда касалликнинг оғирроқ кечаётганлигини кўрсатади. Барча гуруҳларда қон босими ва ЮҚС кўрсаткичларининг нормадан юқори бўлиши ЮИК давомида юрак-томир тизимига юклама ошганлигини билдиради.

Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг барчасида (n=81) амалга оширилган ангиопластика амалиёти давомида 2 хил «доривор қопламали стент» (Drug-Eluting Stents, DES) турларидан фойдаланилди. Биринчи стент, Эверолимус қопламали стент (Everolimus-Eluting Stent, EES) ва иккинчи стент тури эса Зотаролимус (Стент В) қопламали стент қўлланилди. Ўз навбатида анти тромботик терапия мақсадида беморларга Ацетилсалицил кислота, ва тромбоцитлар агрегациясининг ўзига хос ва фаол ингибиторлари (Клопидогрел ва Зугрел) берилди.

I гуруҳдаги беморларда даво таъсирида коагулограмма кўрсаткичларидаги ўзгаришлар 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Юрак ишемик касаллиги қайд этилган беморларда даво динамикасида коагулограмма таҳлили натижалари ($M \pm m$)

Кўрсаткичлар	Даводан олдин	Даводан кейин			
		Стент А		Стент В	
		Клоп.	Зугрел	Клоп.	Зугрел
ПТВ (2-15 сек)	$9,4 \pm 0,84$	$10,5 \pm 0,81$	$11,2 \pm 0,7$	$11,6 \pm 0,9$	$11,3 \pm 0,8$
ПТИ (93-107 %)	$96,0 \pm 3,0$	$98,0 \pm 2,5$	$99,5 \pm 2,0$	$97,8 \pm 2,6$	$98,5 \pm 2,3$
МНО (08-1,3/2,0-3,5)	$1,2 \pm 0,14$	$1,1 \pm 0,18$	$1,1 \pm 0,07$	$0,95 \pm 0,08$	$0,87 \pm 0,05^*$
Фибриноген (2,0-4,0 г/л)	$4,8 \pm 0,33$	$3,9 \pm 0,11^*$	$3,5 \pm 0,27^*$	$3,3 \pm 0,36^*$	$3,0 \pm 0,25^*$
А.Ч.Т.В. (24-42 сек)	$30,0 \pm 2,0$	$28,5 \pm 1,8$	$27,8 \pm 1,5$	$28,9 \pm 1,6$	$28,2 \pm 1,5$
Д-димер (≤ 250 нг/мл)	$295,1 - 20,8$	$260,6 \pm 18,2$	$240,1 \pm 15,4^*$	$195,6 \pm 15,4^*$	$200,7 \pm 17,5^*$

Коагулограммада Фибриноген миқдори ЮИК қайд этилган беморларда даводан олдин юқори (ўртача $4,8 \pm 0,33$ г/л) бўлганлиги. Стент А қўлланилган гуруҳдаги беморларда Клопидогрел таъсирида ўртача $3,9 \pm 0,11$ г/л ($p=0,05$), Зугрел таъсирида эса ўртача $3,5 \pm 0,27$ г/л га ($p=0,05$) етганлиги ва референс кўрсаткичлар чегарасида (2,0-4,0 г/л) эканлиги қайд этилди. Стент В қўлланилган беморларда Фибриноген миқдори Клопидогрел таъсирида ўртача $3,3 \pm 0,36$ г/л ($p=0,05$), Зугрел таъсирида ўртача $3,0 \pm 0,25$ г/л га ($p=0,05$) етганлиги аниқланди. Натижалар таҳлиliga кўра, Стент В қўлланилган беморларда Фибриноген миқдори Стент А га нисбатан кўпроқ пасайди ва нормал даражага етди. Ҳар иккала стент турида ҳам Зугрел таъсирида кўрсаткичлар кўроқ ижобий томонга ўзгарганлиги қайд этилди.

Д-димер кўрсаткичлари даводан олдин юқори (ўртача $295,1 \pm 20,8$ нг/мл) эканлиги аниқланди. Даводан кейинги таҳлилларда Стент А қўлланилган беморларда Клопидогрел таъсирида Д-димер ўртача $260,6 \pm 18,2$ нг/мл га пасайганлиги, Зугрел таъсирида эса Д-димер кўрсаткичи ўртача $240,1 \pm 15,4$ нг/мл га ($p=0,05$) камайганлиги қайд этилди. Стент В қўлланган гуруҳда Клопидогрел таъсирида Д-димер кўрсаткичи ўртача $195,6 \pm 15,4$ нг/мл га ($p=0,05$) пасайганлиги, Зугрел

таъсирида эса Д-димер кўрсаткичи ўртача $200,7 \pm 17,5$ нг/мл га ($p=0,05$) етганлиги аниқланди. Стент В қўлланган гуруҳда Д-димер кўрсаткичи Стент Ага нисбатан сезиларли даражада камайганлиги қайд этилди. Ҳар иккала стент турида ҳам Зугрел таъсирида Д-димер кўрсаткичлари Клопидогрелга қараганда кўпроқ ижобий томонга ўзгарганлиги кузатилди.

ЮИК ва қандли диабет қайд этилган беморларда коагулограмма таҳлили натижалари 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Юрак ишемик касаллиги ва қандли диабет қайд этилган беморларда даво динамикасида коагулограмма таҳлили натижалари ($M \pm m$)

Кўрсаткичлар	Даводан олдин	Даводан кейин			
		Стент А		Стент В	
		Клоп.	Зугрел	Клоп.	Зугрел
ПТВ (2-15 сек)	$8,5 \pm 0,77$	$9,7 \pm 0,54$	$11,1 \pm 0,65^*$	$10,9 \pm 0,75^*$	$11,5 \pm 0,82^*$
ПТИ (93-107 %)	$101,5 \pm 3,2$	$93,2 \pm 2,9$	$99,4 \pm 2,1$	$96,8 \pm 2,5$	$99,7 \pm 2,8$
МНО (08-1,3/2,0-3,5)	$1,4 \pm 0,12$	$0,95 \pm 0,08^*$	$1,2 \pm 0,06$	$0,96 \pm 0,05^*$	$0,89 \pm 0,04^*$
Фибриноген (2,0-4,0 г/л)	$4,9 \pm 0,45$	$3,7 \pm 0,12^*$	$3,5 \pm 0,22^*$	$3,2 \pm 0,28^*$	$2,9 \pm 0,23^*$
А.Ч.Т.В. (24-42 сек)	$28,6 \pm 1,6$	$35,5 \pm 1,5^*$	$26,7 \pm 1,2$	$34,5 \pm 1,3^*$	$27,5 \pm 1,3$
Д-димер (≤ 250 нг/мл)	$315,4 \pm 29,7$	$265,1 \pm 22,7$	$235,4 \pm 15,4^*$	$190,4 \pm 11,8^*$	$159,6 \pm 15,7^*$

ЮИК ва қандли диабет қайд этилган беморларда даводан олдин Фибриноген миқдори юқори (ўртача $4,9 \pm 0,45$ г/л) бўлганлиги аниқланди. Стент А қўлланган беморларда Клопидогрел таъсирида Фибриноген миқдори ўртача $3,7 \pm 0,12$ г/л ($p=0,05$), Зугрел таъсирида эса $3,5 \pm 0,22$ г/л га ($p=0,05$) пасайганлиги ва референс кўрсаткичлар чегарасида (2,0-4,0 г/л) эканлиги қайд этилди. Стент В қўлланган гуруҳда Клопидогрел таъсирида Фибриноген миқдори ўртача $3,2 \pm 0,28$ г/л ($p=0,05$), Зугрел таъсирида эса ўртача $2,9 \pm 0,23$ г/л га ($p=0,05$) етганлиги аниқланди. Натижалар таҳлилига кўра, Стент В қўлланган беморларда Фибриноген миқдори Стент А қўлланган гуруҳга нисбатан кўпроқ пасайганлиги ва нормал даражага етганлиги қайд этилди. Ҳар икки стент турида ҳам Зугрел таъсирида Фибриноген кўрсаткичлари кўпроқ ижобий томонга ўзгарганлиги кузатилди.

Даводан олдин Д-димер кўрсаткичлари юқори (ўртача $315,4 \pm 29,7$ нг/мл) бўлганлиги қайд этилди. Даводан кейин Стент А қўлланган беморларда Клопидогрел таъсирида Д-димер ўртача $265,1 \pm 22,7$ нг/мл га, Зугрел таъсирида эса $235,4 \pm 15,4$ нг/мл га пасайганлиги аниқланди. Стент В қўлланган гуруҳда Клопидогрел таъсирида Д-димер кўрсаткичи ўртача $190,4 \pm 11,8$ нг/мл га, Зугрел таъсирида эса $159,6 \pm 15,7$ нг/мл га пасайганлиги қайд этилди. Таҳлил натижасига кўра, Стент В қўлланган гуруҳда Д-димер кўрсаткичи Стент А га нисбатан сезиларли даражада камайганлиги аниқланди. Шунингдек, ҳар иккала стент турида ҳам Зугрел таъсирида Д-димер кўрсаткичлари Клопидогрелга нисбатан кўпроқ ижобий томонга ўзгарганлиги қайд этилди.

Тадқиқот натижаларига кўра, Стент В қўлланган гуруҳда ҳам Фибриноген, ҳам Д-димер кўрсаткичлари Стент А қўлланган гуруҳга нисбатан яхшироқ натижалар кўрсатганлиги аниқланди. Зугрел қўлланилган гуруҳларда эса кўрсаткичлар Клопидогрелга нисбатан кўпроқ ўзгарганлиги қайд этилди.

ЮИК ва сурункали буйрак етишмовчилиги қайд этилган беморларда коагулограмма таҳлили натижалари 4-жадвалда келтирилган. ЮИК ва қандли диабет қайд этилган беморларда даводан олдин Фибриноген миқдори юқори (ўртача $5,1 \pm 0,55$ г/л) бўлганлиги аниқланди. Стент А қўлланилган беморларда Клопидогрел таъсирида Фибриноген миқдори ўртача $3,6 \pm 0,18$ г/л

($p=0,05$), Зугрел таъсирида эса $3,4\pm 0,28$ г/л га ($p=0,05$) пасайганлиги ва референс кўрсаткичлар чегарасида (2,0-4,0 г/л) эканлиги қайд этилди.

4-жадвал

Юрак ишемик касаллиги ва сурункали буйрак етишмовчилиги қайд этилган беморларда даво динамикасида коагулограмма таҳлили натижалари ($M\pm m$)

Кўрсаткичлар	Даводан олдин	Даводан кейин			
		Стент А		Стент В	
		Клоп.	Зугрел	Клоп.	Зугрел
ПТВ (2-15 сек)	$7,4\pm 0,65$	$8,2\pm 0,42$	$10,4\pm 0,62^*$	$9,5\pm 0,52^*$	$8,8\pm 0,59$
ПТИ (93-107 %)	$99,8\pm 3,8$	$94,5\pm 2,5$	$98,6\pm 2,5$	$97,5\pm 2,3$	$95,9\pm 2,5$
МНО (08-1,3/2,0-3,5)	$1,5\pm 0,19$	$0,93\pm 0,09^*$	$1,3\pm 0,08$	$0,95\pm 0,06^*$	$0,87\pm 0,03^*$
Фибриноген (2,0-4,0 г/л)	$5,1\pm 0,55$	$3,6\pm 0,18^*$	$3,4\pm 0,28^*$	$3,2\pm 0,25^*$	$2,8\pm 0,27^*$
А.Ч.Т.В. (24-42 сек)	$38,4\pm 1,2$	$30,4\pm 1,2^*$	$26,5\pm 1,8^*$	$32,6\pm 1,8^*$	$25,7\pm 1,5^{**}$
Д-димер (≤ 250 нг/мл)	$294,2\pm 21,6$	$262,1\pm 19,5$	$210,2\pm 14,3^*$	$200,4\pm 11,5^*$	$128,7\pm 10,9^{**}$

Стент В ёрдамида ангиопластика ўтказилган беморларда Клопидогрел таъсирида Фибриноген миқдори ўртача $3,2\pm 0,25$ г/л ($p=0,05$), Зугрел таъсирида эса ўртача $2,8\pm 0,27$ г/л га ($p=0,05$) етганлиги аниқланди. Натижалар таҳлиliga кўра, Стент В қўлланган беморларда Фибриноген миқдори Стент А қўлланган гуруҳга нисбатан кўпроқ пасайганлиги ва нормал даражага етганлиги қайд этилди. Ҳар иккала стент турида ҳам Зугрел таъсирида Фибриноген кўрсаткичлари кўпроқ ижобий томонга ўзгарганлиги кузатилди.

Даводан олдин Д-димер кўрсаткичлари юқори (ўртача $294,2\pm 21,6$ нг/мл) бўлганлиги қайд этилди. Стент А қўлланган беморларда Клопидогрел таъсирида Д-димер ўртача $262,1\pm 19,5$ нг/мл га, Зугрел таъсирида эса $210,2\pm 14,3$ нг/мл га пасайганлиги аниқланди.

Стент В қўлланилган беморларда Клопидогрел таъсирида Д-димер кўрсаткичи ўртача $200,4\pm 11,5$ нг/мл га, Зугрел таъсирида эса $128,7\pm 10,9$ нг/мл га пасайганлиги қайд этилди.

Стент В қўлланилган беморларда коагулограмма кўрсаткичлари (Фибриноген ва Д-димер) Стент А қўлланилган беморларга нисбатан сезиларли даражада камайганлиги ва нормал даражага етганлиги аниқланди. Шунингдек, ҳар иккала стент турида ҳам Зугрел таъсирида кўрсаткичлар кўпроқ ижобий томонга ўзгарганлиги қайд этилди.

Хулоса

1. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва коморбид ҳолатлар (қандли диабет ва сурункали буйрак етишмовчилиги) бўлган беморларда ангиопластикадан кейин қўлланилган стент тури ва анти тромботик терапия ҳаёт сифатини яхшилашда муҳим аҳамиятга эга. Тадқиқот натижаларига кўра, Зотаролимус қопламали стент қўлланган беморларда фибриноген ва Д-димер миқдори Эверолимус қопламали стентга нисбатан сезиларли даражада пасайганлиги аниқланди.

2. Тромбоцитлар агрегациясининг ўзига хос ва фаол ингибиторлари Клопидогрел ва Зугрел даво воситаларининг самарадорлиги солиштирилганда, Зугрел қўлланилган беморларда коагулограмма кўрсаткичларининг яхшиланиши ва Д-димер кўрсаткичларининг пасайиши Клопидогрелга нисбатан фаол натижалар берганлиги қайд этилди.



АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Braunwald E., и соавт. Руководство по заболеваниям сердца и сосудов // Москва. 2018;11:327-345.
2. Американская диабетическая ассоциация. Стандарты медицинской помощи при диабете // Diabetes Care. – Вашингтон. 2023;1:22-34.
3. Бангалор С., Кумар С., и соавт. Краткосрочные и долгосрочные результаты применения стентов с лекарственным покрытием и металлических стентов // JAMA. – Чикаго. 2013;2:180-192.
4. Ваханиан А., Бейерсдорф Ф., и соавт. Рекомендации ESC/EACTS по ведению пациентов с клапанной патологией 2021 года // European Heart Journal. – Лондон. 2021;10:210-228.
5. Виндекер С., Коль П., и соавт. Рекомендации ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда 2014 года // European Heart Journal. – Лондон. 2014;8:112-130.
6. Колхер В., Хо С., и соавт. Выбор стента при сопутствующих заболеваниях: анализ факторов риска и отдаленных результатов // International Journal of Cardiology. – Париж. – 2020;3:200-215.
7. Мехта С.Р., Юсуф С., и соавт. Влияние предлечения клопидогрелом и аспирином, а также последующей долгосрочной терапии у пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство // Lancet. – Лондон. 2001;6:75-88.
8. Нойманн Ф.Й., Соуза-Ува М., и соавт. Рекомендации ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда 2018 года // European Heart Journal. – Лондон. 2018;9:233-247.
9. Патель М.Р., Маури Л., и соавт. Сравнительное исследование эффективности стентов с лекарственным покрытием и металлических стентов у пациентов с диабетом // Journal of the American College of Cardiology. – Нью-Йорк. 2015;3:45-52.
10. Серрюс П.В., Морис М.С., и соавт. Чрескожное коронарное вмешательство против аортокоронарного шунтирования при тяжелых поражениях коронарных артерий // New England Journal of Medicine. – Бостон. 2009;4:150-163.
11. Стоун Дж.В., Каппетейн А.П., Сабик Дж.Ф., и соавт. Пятилетние результаты после ЧКВ или КШ при поражении ствола левой коронарной артерии // New England Journal of Medicine. – Бостон. 2019;5:98-105.

Қабул қилинган сана 20.01.2025