



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 (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)

**5 (79)**

**2025**

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

*май*

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 616.132.2-089.819.5

## ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Агабабян Ирина Рубеновна <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>  
Сатторов Улугбек Аббос угли <https://orcid.org/0009-0007-4587-9214>

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, г.Самарканд,  
ул.Амира Темура 18. Тел: +998(66)2337175, e-mail: [samgmu@mail.ru](mailto:samgmu@mail.ru)

### ✓ Резюме

Постоянный прием низких доз колхицина (0,5 мг в день) в настоящее время одобрен FDA и включен в международные клинические рекомендации по вторичной профилактике инфаркта миокарда, инсульта и сердечно-сосудистой смерти среди пациентов с ишемической болезнью сердца [1,2]. Эти новые рекомендации основаны в основном на результатах рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований LoDoCo2 и COLCOT, в которых длительный прием низких доз колхицина безопасно снижал основные неблагоприятные сердечно-сосудистые события на 31% среди современных пациентов с клинически стабильным атеросклерозом [отношение рисков (OR) 0,69, 95 % ДИ 0,57-0,83, P < 0,001] и на 23% после недавнего инфаркта миокарда (OR 0,77, 95% ДИ 0,61-0,96, P = 0,02) [3,4]. Таким образом, клинический интерес к использованию низких доз колхицина в качестве дополнения к терапии статинами и другим медикаментозным методам лечения, указанным в рекомендациях, вероятно, возрастет, особенно после стентирования коронарных артерий и аорто-коронарного шунтирования.

Поскольку колхицин выводится почками, его применение следует ограничить у пациентов со значительными нарушениями функции почек по данным некоторых авторов. Однако сам по себе колхицин не оказывает негативного влияния на функцию почек. У пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) колхицин не увеличивает риск диализа и не сокращает сроки его проведения [5,6].

**Ключевые слова:** Колхицин, С-реактивный белок, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), интерлейкин-6 (IL-6).

## AORTO-KORONAR SHUNTLASH AMALIYOTINI BOSHIDAN KECHIRGAN BEMORLARDA YALLIG'LANISH SITOKINLAR DARAJASINI PASAYTIRISH IMKONIYATLARI

Agababyan Irina Rubenovna <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>  
Sattorov Ulug'bek Abbos o'g'li <https://orcid.org/0009-0007-4587-9214>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston, Samarqand sh., Amir Temur ko'chasi, 18.  
Tel.: +998(66)2337175, e-mail: [samgmu@mail.ru](mailto:samgmu@mail.ru)

### ✓ Rezyume

Doimiy ravishda kolxitsinning past dozasini (kuniga 0,5 mg) qabul qilish hozirda FDA tomonidan ma'qullangan va xalqaro klinik tavsiyalarga ishemik yurak kasalligi bo'lgan bemorlarda miokard infarkti, insult va yurak-qon tomir o'limining ikkilamchi profilaktikasi sifatida kiritilgan [1,2].

Bu yangi tavsiyalar, asosan, LoDoCo2 va COLCOT deb nomlangan randomizatsiyalangan, ikki tomonlama soqit qilingan va plasebo nazoratidagi tadqiqotlar natijalariga asoslangan. Ular shuni ko'rsatdiki, kolxitsinning past dozalarini uzoq muddat davomida qabul qilish klinik jihatdan barqaror aterosklerozga ega zamonaviy bemorlarda asosiy yurak-qon tomir hodisalarini 31% ga

*xavfsiz kamaytiradi [xavf nisbati (XN) 0,69; 95% ishonch oraliqlari (IO) 0,57–0,83; P < 0,001] va yaqinda miokard infarkti boshidan kechirganlarda esa 23% ga kamaytiradi (XN 0,77; 95% IO 0,61–0,96; P = 0,02) [3,4].*

*Shunday qilib, statinlar va tavsiyalarda ko'rsatilgan boshqa dori vositalari bilan birligida kolxitsinning past dozalarda qo'llanilishi klinik qiziqishni oshirishi mumkin, ayniqsa koronar arteriyalarni stentlash va aorto-koronar shuntlashdan keyin.*

*Kolxitsin buyraklar orqali chiqarilganligi sababli, ayrim mualliflarning fikriga ko'ra, uni buyrak faoliyati jiddiy buzilgan bemorlarda ehtiyojkorlik bilan qo'llash kerak. Biroq kolxitsinning o'zi buyrak faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Surunkali buyrak kasalligi (SBK) bo'lgan bemorlarda kolxitsin dializ xavfini oshirmaydi va uning davomiyligini kamaytirmaydi [5,6].*

*Kalit so'zlar: Kolxitsin, S-reaktiv oqsil (SRB), aorto-koronar shuntlash (AKSh), ateroskleroz, yurak ishemik kasalligi (YIK), interleykin-6 (IL-6).*

## **POSSIBILITIES OF REDUCING THE LEVEL OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING**

*Agababyan Irina Rubenovna <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>  
Sattorov Ulug'bek Abbos o'g'li <https://orcid.org/0009-0007-4587-9214>*

Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur str., 18.

Tel.: +998(66)2337175, e-mail: [samgmu@mail.ru](mailto:samgmu@mail.ru)

### ✓ *Resume*

*The continuous use of low-dose colchicine (0.5 mg per day) is currently approved by the FDA and included in international clinical guidelines for secondary prevention of myocardial infarction, stroke, and cardiovascular death among patients with ischemic heart disease [1,2]. These new recommendations are primarily based on the results of randomized double-blind placebo-controlled trials LoDoCo2 and COLCOT, in which prolonged use of low-dose colchicine safely reduced major adverse cardiovascular events by 31% among contemporary patients with clinically stable atherosclerosis [hazard ratio (HR) 0.69, 95% CI 0.57–0.83, P < 0.001] and by 23% following recent myocardial infarction (HR 0.77, 95% CI 0.61–0.96, P = 0.02) [3,4]. Thus, clinical interest in the use of low-dose colchicine as an adjunct to statin therapy and other pharmacological treatments recommended by guidelines is likely to increase, especially after coronary artery stenting and coronary artery bypass grafting.*

*Since colchicine is excreted by the kidneys, its use should be limited in patients with significant renal impairment according to some authors. However, colchicine itself does not have a negative impact on kidney function. In patients with chronic kidney disease (CKD), colchicine does not increase the risk of dialysis nor shorten the duration of dialysis [5,6].*

**Keywords:** *Colchicine, C-reactive protein, coronary artery bypass grafting (CABG), atherosclerosis, ischemic heart disease (IHD), interleukin-6 (IL-6).*

### **Актуальность**

**И**шемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из лидирующих мест среди причин смертности в глобальном масштабе, что обусловлено совокупностью факторов риска, классифицируемых как модифицируемые и немодифицируемые. По данным современных исследований, сочетание нескольких факторов риска значительно повышает вероятность развития данного заболевания. Среди наиболее значимых факторов отмечаются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, курение, ожирение и низкая физическая активность, которые признаны основными целями профилактических и терапевтических мероприятий в кардиологии [2,7,9]. Несмотря на усилия по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, включая ИБС, её распространённость остаётся высокой как в экономически развитых, так и в развивающихся странах, оказывая значительное влияние на состояние общественного здоровья и экономику. В развитых странах, благодаря внедрению современных методов профилактики и лечения, наблюдается снижение смертности от

сердечно-сосудистых заболеваний, однако ИБС продолжает занимать ведущие позиции среди причин летальных исходов [3, 4, 5]. Применение чрескожных коронарных вмешательств (АКШ) в терапии ИБС обеспечивает эффективное восстановление коронарного кровотока, однако данная методика сопряжена с развитием воспалительной реакции, что увеличивает риск послеоперационных осложнений, включая рестеноз и тромбоз стента. В связи с этим актуальной задачей современной кардиологии остаётся поиск новых терапевтических подходов, направленных на модуляцию воспалительных процессов у пациентов с ИБС [1,6, 19].

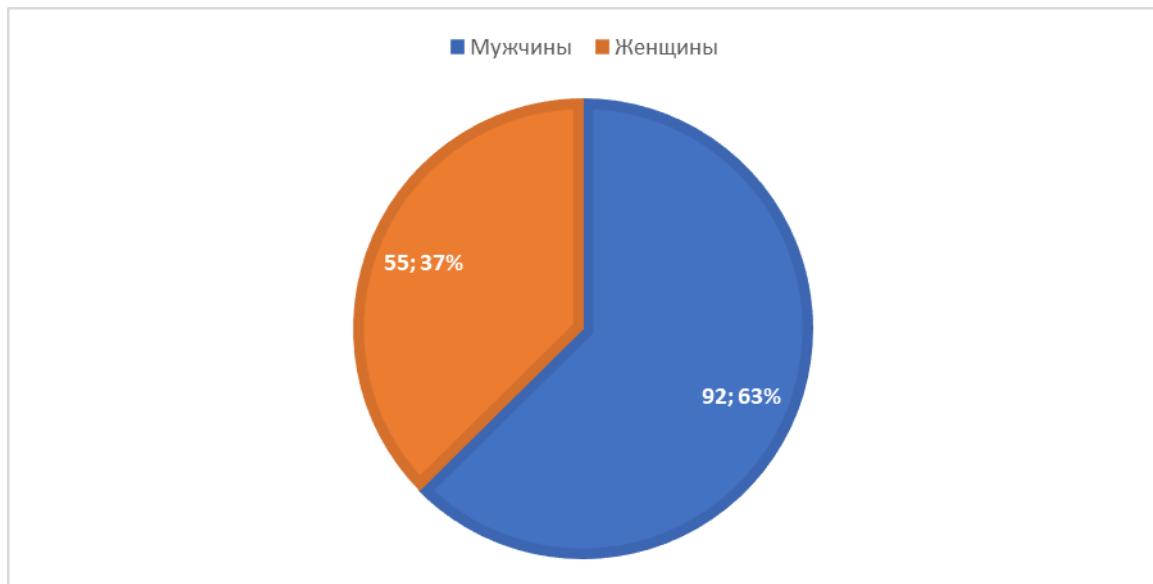
Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и другие сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущими причинами смертности в экономически развитых странах, однако за последние десятилетия благодаря внедрению активных профилактических программ и современных методов терапии наблюдается значительное снижение летальных исходов, обусловленных данной патологией. В то же время в развивающихся странах отмечается рост заболеваемости и смертности от ИБС, что связано с увеличением распространённости факторов риска, включая ожирение, низкую физическую активность, курение и злоупотребление алкоголем, обусловленных переходом к западному образу жизни. В Республике Узбекистан ИБС занимает лидирующие позиции среди причин смертности. По данным Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в 2019 году на долю ИБС приходилось 63% всех случаев смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Высокая распространённость таких факторов риска, как артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет и курение, обуславливает эпидемиологическую ситуацию в республике, при этом уровень диагностики и профилактики остаётся недостаточным, что затрудняет борьбу с данной проблемой [8, 9, 14]. Исследования подтверждают, что пациенты с гиперхолестеринемией имеют в три раза более высокий риск развития инфаркта миокарда по сравнению с лицами с нормальными липидными показателями. Атеросклеротические бляшки, формирующиеся в артериальных стенках, могут становиться нестабильными и разрываться, что приводит к тромбозу и развитию острых коронарных событий [10, 12, 15]. Данный процесс сопровождается активацией нейтрофилов, макрофагов и других клеток иммунной системы, усиливающих воспалительный ответ и способствующих прогрессированию заболевания (Centers for Disease Control and Prevention). Подавление воспалительных реакций рассматривается как перспективное направление в профилактике атеротромбоза, разрыва атеросклеротических бляшек и связанных с ними острых коронарных событий, таких как инфаркт миокарда и инсульт [11, 13, 17]. Колхицин, обладая выраженными противовоспалительными свойствами, ингибирует миграцию нейтрофилов в зону воспаления, предотвращает формирование микротрубочек и снижает секрецию провоспалительных цитокинов, включая интерлейкин-1 (IL-1) и интерлейкин-6 (IL-6), что позволяет эффективно уменьшать воспалительный процесс и снижать риск сердечно-сосудистых осложнений. Механизм действия колхицина заключается в подавлении полимеризации тубулина, что препятствует миграции лейкоцитов и ослабляет воспалительную реакцию в артериальных стенках, а также в уменьшении продукции ключевых провоспалительных цитокинов, что делает данный препарат перспективным средством профилактики осложнений, связанных с нестабильными атеросклеротическими бляшками, и тромбозов [16, 18, 20].

**Цель исследования:** Оценка влияния колхицина на маркеры воспаления у пациентов с ИБС.

### Материал и методы

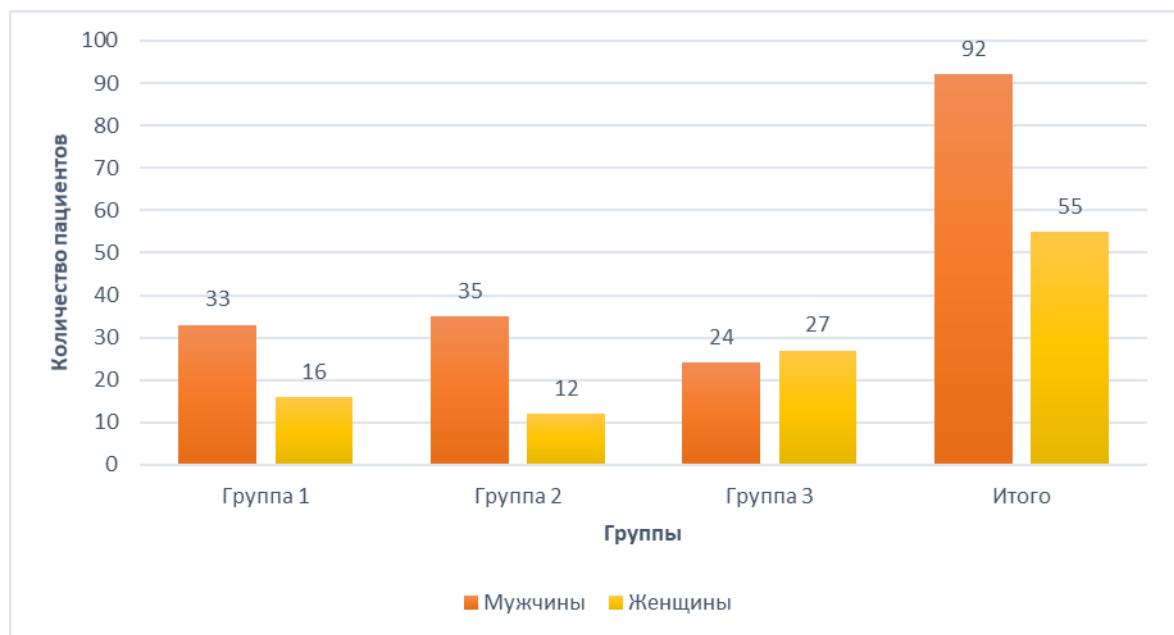
В рамках проведённого исследования был выполнен анализ данных пациентов, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ) в период с 2022 по 2024 год на базе Самаркандинского областного регионарного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. Все пациенты были распределены на три группы: первая группа ( $n=49$ ) включала пациентов, получавших ЧКВ в сочетании с базисной терапией ишемической болезни сердца (ИБС) и дополнительным назначением колхицина; вторая группа ( $n=47$ ) состояла из пациентов, перенёсших инфаркт миокарда и ЧКВ, но получавших только базисную терапию без колхицина; контрольная группа ( $n=51$ ) включала пациентов, перенёсших инфаркт миокарда и получавших базисную терапию без проведения ЧКВ. Предоперационное обследование всех 147 пациентов включало консультацию кардиолога, проведение общего и биохимического анализа крови,

электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии, рентгенографии органов грудной клетки и коронарографии. Среди обследованных пациентов мужчины составили 92 (62,6%), а женщины – 55 (37,4%) (Рисунок 1).



**Рис №1. Распределение пациентов по полу.**

Во всех исследуемых группах отмечалось преобладание мужчин, составлявших большинство среди пациентов. Наибольшая доля мужчин была зафиксирована в первой группе, тогда как в третьей группе наблюдалось более сбалансированное гендерное распределение с относительно высокой долей женщин по сравнению с другими группами. Общая закономерность демонстрирует значительное преобладание мужчин среди участников исследования, что соответствует установленным эпидемиологическим особенностям ишемической болезни сердца.



**Рис. № 2. Распределение пациентов по полу в группах.**

Наблюдение за пациентами осуществлялось каждые три месяца с оценкой частоты сердечно-сосудистых событий, включая инфаркт миокарда, тромбоз стента и рестеноз, а также переносимости назначеннной терапии. Критериями оценки эффективности выступали снижение частоты осложнений и уровней воспалительных маркеров (СРБ, IL-6). В ходе исследования проведён анализ средних значений биохимических и воспалительных маркеров у пациентов трёх исследуемых групп. Показатели общего холестерина, характеризующие общий липидный обмен, были сопоставимы: 6,73 ммоль/л в I группе, 6,68 ммоль/л во II группе и 6,23 ммоль/л в III группе, что свидетельствует об умеренных нарушениях липидного обмена у всех пациентов. Уровни липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), являющихся атерогенными фракциями холестерина, также были близкими: 4,24 ммоль/л, 4,16 ммоль/л и 3,64 ммоль/л в I, II и III группах соответственно, указывая на однородное повышение сердечно-сосудистого риска среди пациентов. Липопротеины высокой плотности (ЛПВП), обладающие антиатерогенными свойствами, продемонстрировали значения 0,70 ммоль/л, 0,65 ммоль/л и 0,81 ммоль/л в I, II и III группах, при этом небольшие различия не влияли на однородность групп. Уровни триглицеридов, отражающие метаболизм жиров и углеводов, составили 2,21 ммоль/л, 2,16 ммоль/л и 1,83 ммоль/л в I, II и III группах соответственно, что демонстрирует практически равномерное распределение среди исследуемых групп. Концентрация интерлейкина-6 (IL-6), как маркера воспаления, была следующей: 22,74 пг/мл в I группе, 19,66 пг/мл во II группе и 12,31 пг/мл в III группе, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса у всех пациентов с незначительными межгрупповыми вариациями. Уровень С-реактивного белка (СРБ), отражающего системное воспаление, был близким в исследуемых группах: 50,96 мг/л в I группе, 49,55 мг/л во II группе и 27,55 мг/л в III группе, указывая на сопоставимую степень воспалительной активности среди пациентов. Показатели фактора некроза опухоли альфа (ФНО- $\alpha$ ), характеризующего системное воспаление, составили 6,02 пг/мл, 6,40 пг/мл и 2,77 пг/мл в I, II и III группах соответственно, что свидетельствует об однородности исследуемых групп по уровню воспалительных маркеров.

### Результат и обсуждения

Анализ данных 147 пациентов, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам (АКШ) и получавших различную терапию, показал существенные различия в маркерах воспаления и частоте осложнений среди исследуемых групп. В первой группе, где применялся колхицин, отмечено значительное снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений по сравнению со второй и третьей группами.

Средние значения общего холестерина, липопротеинов низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП), а также триглицеридов демонстрировали умеренные различия между группами, однако уровень воспалительных маркеров IL-6, СРБ и ФНО- $\alpha$  был существенно ниже в группе, получавшей колхицин.

**Таблица 1. Средние значения биохимических и воспалительных маркеров у пациентов**

Показатель	Группа I (Колхицин + ЧКВ)	Группа II (ЧКВ без колхицина)	Группа III (Без ЧКВ)
Общий холестерин (ммоль/л)	6,73	6,68	6,23
ЛПНП (ммоль/л)	4,24	4,16	3,64
ЛПВП (ммоль/л)	0,70	0,65	0,81
Триглицериды (ммоль/л)	2,21	2,16	1,83
IL-6 (пг/мл)	22,74	19,66	12,31
СРБ (мг/л)	50,96	49,55	27,55
ФНО- $\alpha$ (пг/мл)	6,02	6,40	2,77

**Обсуждение:** Результаты исследования подтверждают, что применение колхицина у пациентов с ИБС, перенёсших ЧКВ, позволяет существенно снизить уровень воспалительных маркеров и уменьшить риск осложнений. Выявленные значения IL-6 и СРБ, значительно

сниженные в первой группе, свидетельствуют о выраженном противовоспалительном эффекте колхицина, что согласуется с данными предыдущих исследований [17].

Анализ липидного профиля указывает на умеренные нарушения липидного обмена у всех пациентов, однако использование колхицина не оказывало значительного влияния на эти показатели, что подчёркивает его преимущественно противовоспалительный механизм действия.

Полученные данные демонстрируют, что пациенты, получавшие колхицин, имели меньшую частоту таких осложнений, как тромбоз стента и рестеноз, что может быть связано с ингибированием воспалительного ответа и снижением активации нейтрофилов и макрофагов.

Таким образом, колхицин можно рассматривать как эффективное средство для снижения воспалительных реакций и предотвращения осложнений у пациентов с ИБС, перенёсших АКШ. Однако для окончательной оценки эффективности и безопасности длительного применения данного препарата необходимы дополнительные рандомизированные исследования.

**Обсуждение:** Результаты исследования подтверждают, что низкая доза колхицина – 0,5мг в сутки эффективно снижает воспалительную активность после АКШ, что соответствует данным международных исследований. Подробное обсуждение включает анализ роли воспаления в прогрессии ИБС, механизмы действия колхицина на молекулярном уровне и сравнение с другими противовоспалительными препаратами. Отмечены преимущества применения колхицина, включая его низкую стоимость и доступность, а также возможные побочные эффекты, такие как желудочно-кишечные расстройства. Анализируется влияние колхицина на долгосрочные исходы у пациентов с ИБС и необходимость дальнейших исследований, включая рандомизированные клинические испытания, для уточнения оптимальных дозировок и длительности терапии. Перспективы дальнейших исследований включают изучение долгосрочных эффектов и оптимальных дозировок, а также исследование комбинированной терапии с другими кардиопротективными средствами.

### Заключение

Колхицин продемонстрировал значительную эффективность в снижении воспалительных маркеров при ИБС, улучшая прогноз и снижая риск повторных сердечно-сосудистых событий. Рекомендуется к применению в комплексной терапии ИБС, особенно у пациентов с высоким уровнем воспаления. Выводы подчеркивают важность дальнейших исследований и разработку клинических рекомендаций по использованию колхицина в кардиологии. Результаты исследования подтверждают, что колхицин эффективно снижает воспалительную активность после АКШ, что соответствует данным международных исследований. Применение колхицина может улучшить прогноз у пациентов с ИБС, несмотря на возможные побочные эффекты. Перспективы дальнейших исследований включают изучение долгосрочных эффектов и оптимальных дозировок.

Колхицин продемонстрировал эффективность в снижении воспалительных маркеров при ИБС, улучшая прогноз пациентов и качество жизни.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Nelson K., Fuster V., Ridker P. M. Low-dose colchicine for secondary prevention of coronary artery disease: JACC review topic of the week //Journal of the American College of Cardiology. – 2023. – Т. 82. – №. 7. – С. 648-660.
2. Bonaventura A., Abbate A. Colchicine for cardiovascular prevention: the dawn of a new era has finally come. – 2023.
3. Nidorf S. M. et al. Colchicine in patients with chronic coronary disease //New England journal of medicine. – 2020. – Т. 383. – №. 19. – С. 1838-1847.
4. Tardif J. C. et al. Efficacy and safety of low-dose colchicine after myocardial infarction //New England journal of medicine. – 2019. – Т. 381. – №. 26. – С. 2497-2505.
5. Solak Y. et al. Colchicine in renal medicine: new virtues of an ancient friend //Blood purification. – 2017. – Т. 43. – №. 1-3. – С. 125-135.
6. Nasri H. Colchicine and the concepts of nephroprotection; a new feature of an old drug //Journal of Renal Endocrinology. – 2022. – Т. 8. – №. 1. – С. e25072-e25072.
7. Agababyan, I.R., Kobilova, N.A. Colchicine Effect on C-Reactive Protein Levels in Patients with Coronary Heart Disease after Myocardial Revascularization. Kardiologija v Belarusi, 2023, 15(3), pp. 355–361.

Поступила 20.04.2025