

АОРТО-КОРОНАР ШУНТЛАШ АМАЛИЁТИНИ БОШИДАН КЕЧИРГАН БЕМОРЛАРДА ЯЛЛИГЛАНИШ ЦИТОКИНЛАР ДАРАЖАСИНИ ПАСАЙТИРИШ ИМКОНИЯТЛАРИ



Агабабян Ирина Рубеновна, Саттаров Улуғбек Аббос ўғли
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

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

Агабабян Ирина Рубеновна, Саттаров Улуғбек Аббос ўғли
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

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

Aghababyan Irina Rubenovna, Sattarov Ulugbek Abbos ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: irina.agababyan17@mail.com

Резюме. Доимий равишда колхициннинг паст дозасини (кунига 0,5 мг) қабул қилиш ҳозирда ФДА томонидан маъқулланган ва халқаро клиник тавсияларига кўра юрак ишемик касаллиги бўлган беморларда миокард инфаркти, инсульт ва юрак-қон томир ўлимининг иккиламчи профилактикаси сифатида киритилган [1,2]. Бу янги тавсиялар, асосан, ЛоДоСо2 ва СОЛСОТнинг тадқиқотлари рандомизацияланган, икки томонлама соқит қилинган ва плацебо назоратидаги тадқиқотлар натижаларига асосланган. Улар шуни кўрсатдики, колхициннинг паст дозаларини узоқ муддат давомида қабул қилиш клиник жиҳатдан барқарор атеросклерозга эга замонавий беморларда асосий юрак-қон томир ҳодисаларини 31% га хавфсиз камайтиради хавф нисбати (ХН) 0,69; 95% ишонч оралиқлари (ИО) 0,57–0,83; $P < 0,001$] ва яқинда миокард инфарктини бошидан кечирганларда эса 23%га камайтганини кўришимиз мумкин (ХН 0,77; 95% ИО 0,61–0,96; $P = 0,02$) [3,4]. Шундай қилиб, статинлар ва тавсияларда кўрсатилган бошқа дори воситалари билан биргаликда колхицинни паст дозаларда қўлланилиши клиник қизиқишни ошириши мумкин, айниқса коронар артерияларни стентлаш ва аорто-коронар шунтлаш (АКШ)дан кейин клиник қизиқишни ошириши мумкин. Колхицин буйраклар орқали чиқарилганлиги сабабли, айрим муаллифларнинг фикрига кўра, уни буйрак фаолияти жиддий бузилган беморларда эҳтиёткорлик билан қўллаш керак. Бироқ колхициннинг ўзи буйрак фаолиятига салбий таъсир кўрсатмайди. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) бўлган беморларда колхицин диализ хавфини оширмайди ва унинг давомийлигини камайтирмайди [5,6].

Калит сўзлар: Колхицин, С-реактив оқсил (СРО), аорто-коронар шунтлаш (АКШ), атеросклероз, юрак ишемик касаллиги (ЮИК), интерлейкин-6 (ИЛ-6).

Abstract. 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).

Долзарблиги. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бутун дунёда ўлим сабаблари орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб келмоқда, бу модификацияланадиган ва модификацияланмайдиган деб таснифланган хавф омиллари мажмуаси билан боғлиқ. Замонавий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бир нечта хавф омилларининг комбинацияси ушбу касалликнинг ривожланиш еҳтимолини сезиларли даражада оширади. Энг муҳим омиллар орасида артериал гипертензия, гиперхолестеринемия, қандли диабет, чекиш, семизлик ва кам ҳаракатлилик қайд этилиб, улар кардиология соҳасида профилактика ва даволаш чора-тадбирларининг асосий мақсадлари сифатида эътироф этилиб келинмоқда [2,7]. Юрак-қон томир касалликлари, шу жумладан ЮИКдан ўлим ҳолатларинини камайтириш бўйича бир қанча саъй-ҳаракатларга қарамай, унинг тарқалиши иқтисодий ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда ҳамон юқориликча қолмоқда, аҳоли саломатлиги ва иқтисодиётга ўзининг сезиларли таъсирини кўрсатмоқда. Ривожланган мамлакатларда замонавий профилактика ва даволаш усуллари жорий этилиши туфайли юрак-қон томир касалликларидан ўлим ҳолатлари камайгани кузатишимиз мумкин, аммо ЮИК ўлим сабаблари орасида етакчи ўринни эгаллаб келмоқда [3,4,5]. ЮИКни даволашда тери орқали коронар аралашувларни (ТКА) қўллаш коронар қон оқимининг самарали тикланишини таъминлайди, аммо бу усул яллиғланиш реакциясининг ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, операциядан кейинги асоратлар, шу жумладан стентнинг рестенози ва тромбози хавфини оширади. Шу боис замонавий кардиологиянинг долзарб вазифаси ЮИК билан оғриган беморларда яллиғланиш жараёнларини модуляция қилишга қаратилган янги терапевтик ёндашувларни излаш бўлиб қолмоқда [1,7].

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва бошқа юрак-қон томир касалликлари иқтисодий ривожланган мамлакатларда ўлимнинг етакчи сабабларидан бири бўлиб қолмоқда, аммо сўнгги ўн йилликларда фаол профилактика дастурлари ва замонавий даволаш усуллари жорий этилиши бу патологик ҳол туфайли ўлим ҳолатларининг сезиларли даражада камайиши кузатилмоқда. Шу билан бирга, ривожланаётган мамлакатларда ЮИК билан касалланиш ва ўлимнинг кўпайиши кузатилмоқда, бу Ғарб турмуш тарзига ўтиш билан боғлиқ бўлиб хавф омиллари, шу жумладан семизлик, кам жисмоний фаоллик, чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишнинг кўпайиши билан боғлиқ.

Ўзбекистон Республикасида ЮИК ўлим сабаблари орасида етакчи ўринни эгаллайди. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги маълумотларига кўра, 2019-йилда юрак-

қон томир касалликларидан ўлим ҳолатларининг 63% ЮИК улушига тўғри келди. Артериал гипертензия, дислипидемия, қандли диабет ва чекиш каби хавф омилларининг юқори даражада тарқалганлиги республикадаги эпидемиологик вазиятни белгилаб бермоқда, шу билан бирга диагностика ва профилактика даражаси етарли емас, бу эса ушбу муаммога қарши курашишни қийинлаштирмоқда [6, 7]. Тадқиқотлар шуни тасдиқлайдики, гиперхолестеринемия билан оғриган беморларда липид кўрсаткичлари нормал бўлган одамларга қараганда миокард инфаркти ривожланиш хавфи уч барабар юқори. Артерия деворларида ҳосил бўлган атеросклеротик пиллакчалар беқарор бўлиб, ёрилиб кетиши мумкин, бу эса тромбоз ва ўткир коронар ҳодисаларнинг ривожланишига олиб келади [3,4]. Бу жараён нейтрофиллар, макрофаглар ва иммунитет тизимининг бошқа ҳужайраларининг фаоллашиши билан бирга келади, бу яллиғланиш жавобини кучайтиради ва касалликнинг ривожланишига ҳисса қўшади (Centers for Disease Control and Prevention). Яллиғланиш реакцияларини бостириш атеротромбоз, атеросклеротик пиллакчалар ёрилиши ва улар билан боғлиқ ўткир коронар ҳодисалар, масалан, миокард инфаркти ва инсултнинг олдини олишда истикболли йўналиш сифатида қаралмоқда [1,3]. Колхицин яққол яллиғланишга қарши хусусиятларга эга бўлиб, яллиғланиш зонасига нейтрофиллар миграциясини тўхтатади, микронайчалар шаклланишини олдини олади ва яллиғланиш олди ситокинлари, шу жумладан интерлейкин-1 (ИЛ-1) ва интерлейкин-6 (ИЛ-6) секрециясини пасайтиради, бу эса яллиғланиш жараёнини самарали камайтириш ва юрак-қон томир асоратлари хавфини камайтириш имконини беради. Колхициннинг таъсир механизми тубулин полимеризациясини бостиришдан иборат бўлиб, бу лейкоцитлар миграциясига тўсқинлик қилади ва артериал деворларда яллиғланиш реакциясини сусайтиради, шунингдек, асосий яллиғланишга қарши ситокинлар ишлаб чиқарилишини камайтиради, бу эса ушбу препаратни беқарор атеросклеротик пиллакчалар ва тромбозлар билан боғлиқ асоратларни олдини олишнинг истикболли воситасига айлантиради [7].

Мақсад: ЮИК билан оғриган беморларда колхициннинг яллиғланиш маркерларига таъсирини баҳолаш.

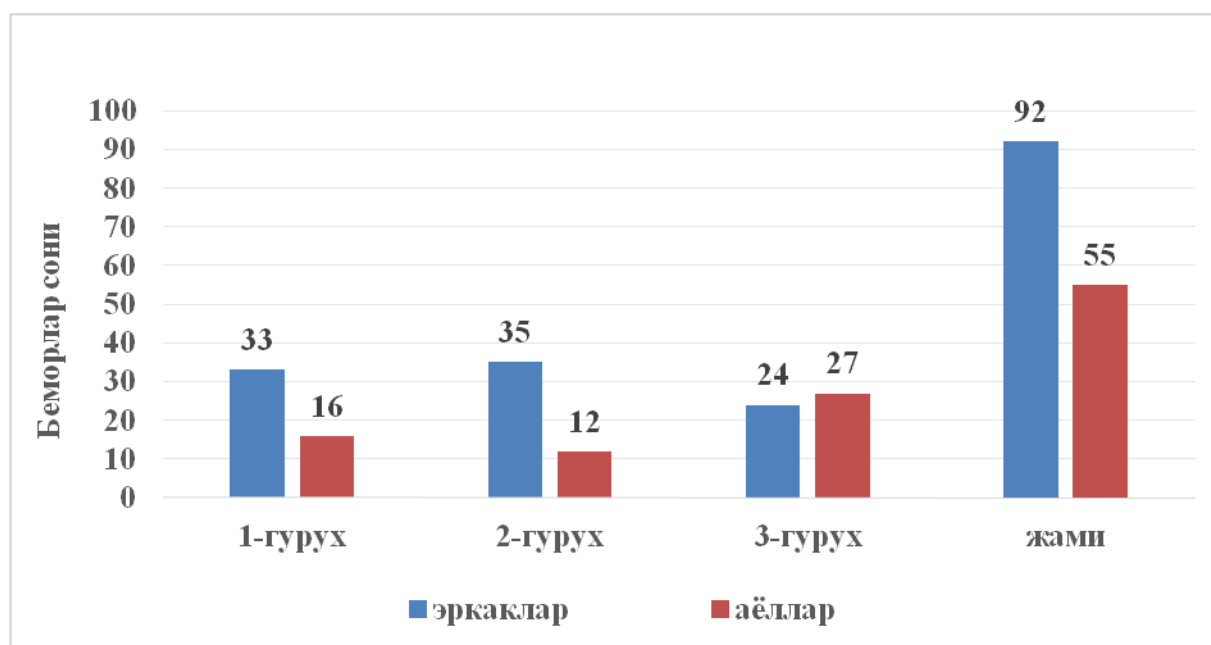
Материаллар ва усуллар: Тадқиқот доирасида Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд вилояти минтақавий филиали (РИКИАТМСВМФ) базасида 2022-йилдан 2024-йилгача бўлган даврда аорто-коронар шунтлаш операцияси (АКШ) ўтказилган беморларнинг маълумотлари таҳлил қилинди. Барча беморлар

уч гуруҳга бўлинган: биринчи гуруҳ (n=49) ЮИК базис терапияси ва колхицинни қўшимча тайинлаш билан биргаликда АКШ амалиёти ўтказган беморларни ўз ичига олган; иккинчи гуруҳ (n=47) миокард инфаркти ва АКШ амалиёти ўтказилган, аммо фақат колхицинсиз базис терапия олган беморлардан иборат; назорат гуруҳи (n=51) миокард инфаркти ўтказган ва АКШ амалиёти бажарилмаган базис терапия олган беморларни ўз ичига олган. Барча 147 нафар беморни операциядан олдин текшириш кардиолог маслаҳати, умумий ва биокимёвий қон таҳлили, электрокардиография (ЭКГ), Эхокардиография (ЭхоКГ), кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва коронарографияни ўз ичига олган. Текширилган беморлар орасида эркаклар 92 (62,6%), аёллар еса 55 (37,4%) нафарни ташкил етди.

Барча ўрганилган гуруҳларда беморлар орасида кўпчилиكنи ташкил этган эркаклар устунлик килди. Эркакларнинг энг катта улуши биринчи гуруҳда қайд этилган бўлса, учинчи гуруҳда бошқа гуруҳларга нисбатан аёлларнинг нисбатан юқори улуши билан янада мувозанатли гендер тақсимои кузатилди. Умумий қонуният тадқиқот иштирокчилари орасида эркакларнинг сезиларли устунлигини кўрсатади, бу юрак ишемик касаллигининг аниқланган епидемиологик хусусиятларига мос келади.

Беморларни кузатиш ҳар уч ойда юрак-қон томир ҳодисалари частотасини, шу жумладан миокард инфаркти, стент тромбози ва рестенозини, шунингдек, тайинланган терапияни кўтара олишни баҳолаш билан амалга оширилди. Самарадорликни баҳолаш мезонлари асоратлар частотаси ва яллиғланиш маркерлари (СРО, ИЛ-6) даражасининг пасайиши эди. Тадқиқот давомида учта тадқиқот гуруҳидаги беморларда

биокимёвий ва яллиғланиш маркерларининг ўртача қийматлари таҳлил қилинди. Умумий липид алмашинувини тавсифловчи умумий холестерин кўрсаткичлари таққосланди: I гуруҳда 6,73 ммол/л, II гуруҳда 6,68 ммол/л ва III гуруҳда 6,23 ммол/л, бу барча беморларда липид алмашинувининг ўртача бузилишларини кўрсатади. Холестериннинг атероген фраксиялари бўлган паст зичликдаги липопротеинлар (ПЗЛП) даражаси ҳам бир-бирига якин бўлиб, I, II ва III гуруҳларда мос равишда 4,24 ммол/л, 4,16 ммол/л ва 3,64 ммол/л ни ташкил этди, бу эса беморлар орасида юрак-қон томир хавфининг бир хил даражада ошишини кўрсатади. Антиатероген хусусиятларга эга бўлган юқори зичликдаги липопротеинлар (ЮЗЛП) I, II ва III гуруҳларда 0,70 ммол/л, 0,65 ммол/л ва 0,81 ммол/л қийматларини кўрсатди, кичик фарқлар гуруҳларнинг бир хиллигига таъсир қилмади. Ёғлар ва углеводлар метаболизмини акс этирувчи триглицеридлар даражаси I, II ва III гуруҳларда мос равишда 2,21 ммол/л, 2,16 ммол/л ва 1,83 ммол/л ни ташкил этди, бу ўрганилаётган гуруҳлар орасида деярли бир хил тақсимланишини кўрсатади. Яллиғланиш маркери сифатида интерлейкин-6 (ИЛ-6) концентрацияси қуйидагича бўлди: I гуруҳда 22,74 пг/мл, II гуруҳда 19,66 пг/мл ва III гуруҳда 12,31 пг/мл, бу барча беморларда сезиларсиз гуруҳлараро ўзгаришлар билан яллиғланиш жараёни мавжудлигини кўрсатади. Тизимли яллиғланишни акс еттирувчи С-реактив оксил (СРО) даражаси ўрганилган гуруҳларда якин эди: I гуруҳда 50,96 мг/л, II гуруҳда 49,55 мг/л ва III гуруҳда 27,55 мг/л, бу беморлар ўртасида яллиғланиш фаоллигининг таққосланадиган даражасини кўрсатади.



Расм 1. Беморларни жинс бўйича гуруҳларга тақсимлаш

Жадвал 1. Беморларда биокимёвий ва яллиғланиш белгиларининг ўртача қийматлари

Кўрсаткич	I гуруҳ (колхицин + ТКА)	II гуруҳ (колхицинсиз ТКА)	III гуруҳ (ТКАсиз)
Умумий холестерин (ммол/л)	6,73	6,68	6,23
ПЗЛП (ммол/л)	4,24	4,16	3,64
ЙЗЛП (ммол/л)	0,70	0,65	0,81
Триглицеридлар	2,21	2,16	1,83
ИЛ-6 (пг/мл)	22,74	19,66	12,31
СРО (мг/л)	50,96	49,55	27,55
ФНО-α (пг/мл)	6,02	6,40	2,77

Тизимли яллиғланишни тавсифловчи алфа ўсма некрози омили (ТНФ-α) кўрсаткичлари I, II ва III гуруҳларда мос равишда 6,02 пг/мл, 6,40 пг/мл ва 2,77 пг/мл ни ташкил этди, бу яллиғланиш маркерлари даражаси бўйича ўрганилаётган гуруҳларнинг бир хиллигини кўрсатади.

Натижалар. Аорто-коронар шунтлаш (АКШ) амалиёти ўтказилган ва турли хил терапия олган 147 нафар беморнинг маълумотларини таҳлил қилиш тадқиқот гуруҳлари ўртасида яллиғланиш белгилари ва асоратлар частотасида сезиларли фарқларни кўрсатди. Колхицин қўлланилган биринчи гуруҳда иккинчи ва учинчи гуруҳларга нисбатан юрак-кон томир асоратлари частотасининг сезиларли даражада пасайиши қайд этилди.

Умумий холестерин, паст зичликдаги липопротеинлар (ПЗЛП) ва юқори зичликдаги липопротеинлар (ЮЗЛП), шунингдек, триглицеридларнинг ўртача қийматлари гуруҳлар ўртасида ўртача фарқларни кўрсатди, аммо ИЛ-6, СРО ва ТНФ-α яллиғланиш маркерлари даражаси колхицин қабул қилган гуруҳда сезиларли даражада паст эди.

Муҳокама. Тадқиқот натижалари АКШ амалиёти ўтказган ЮИК билан оғриган беморларда колхицинни қўллаш яллиғланиш белгилари даражасини сезиларли даражада пасайтириши ва асоратлар хавфини камайтиришини тасдиқлайди. Биринчи гуруҳда сезиларли даражада пасайган ИЛ-6 ва СРОнинг аниқланган қийматлари колхициннинг яққол яллиғланишга қарши таъсирдан далолат беради, бу эса олдинги тадқиқотлар маълумотларига мос келади [17].

Липид профилининг таҳлили барча беморларда липид алмашинувининг ўртача бузилишларини кўрсатади, аммо колхицинни қўллаш бу кўрсаткичларга сезиларли таъсир кўрсатмади, бу унинг асосан яллиғланишга қарши таъсир механизмини таъкидлайди.

Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, колхицин қабул қилган беморларда стент тромбо-

зи ва рестеноз каби асоратлар камроқ учраган, бу яллиғланиш жавобининг ингибирланиши ва нейтрофиллар ҳамда макрофаглар фаоллашувининг пасайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, колхицинни АКШ амалиёти ўтказган ЮИК билан оғриган беморларда яллиғланиш реакцияларини камайтириш ва асоратларни олдини олиш учун самарали восита сифатида кўриб чиқиш мумкин. Бироқ, ушбу препаратни узоқ вақт давомида қўллашнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини яқуний баҳолаш учун қўшимча рандомизацияланган тадқиқотлар ўтказиш зарур.

Хулоса. Тадқиқот натижалари АКШ амалиёти ўтказган ЮИК билан оғриган беморларда колхицинни қўллаш яллиғланиш белгилари даражасини сезиларли даражада пасайтириши ва асоратлар хавфини камайтиришини тасдиқлайди. Биринчи гуруҳда сезиларли даражада пасайган ИЛ-6 ва СРОнинг аниқланган қийматлари колхициннинг яққол яллиғланишга қарши таъсирдан далолат беради, бу эса олдинги тадқиқотлар маълумотларига мос келади [17].

Липид профилининг таҳлили барча беморларда липид алмашинувининг ўртача бузилишларини кўрсатади, аммо колхицинни қўллаш бу кўрсаткичларга сезиларли таъсир кўрсатмади, бу унинг асосан яллиғланишга қарши таъсир механизмини таъкидлайди.

Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, колхицин қабул қилган беморларда стент тромбози ва рестеноз каби асоратлар камроқ учраган, бу яллиғланиш жавобининг ингибирланиши ва нейтрофиллар ҳамда макрофаглар фаоллашувининг пасайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, колхицинни АКШ амалиёти ўтказган ЮИК билан оғриган беморларда яллиғланиш реакцияларини камайтириш ва асоратларни олдини олиш учун самарали восита сифатида кўриб чиқиш мумкин. Бироқ, ушбу препаратни узоқ вақт давомида қўллашнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини яқуний баҳолаш учун қўшимча рандомизацияланган тадқиқотлар ўтказиш зарур.

Адабиётлар:

1. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р., Исмоилова Ю. А. Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью // Вестник врача. – 2021. – №. 3. – С. 100.
2. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р. Связь заболевания пародонта с острым коронарным синдромом (литературный обзор) // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4. – С. 252.
3. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
4. Ризаев Ж. А., Мусаев У. Ю. Влияние условий внешней среды на степень пораженности населения стоматологическими заболеваниями // Врач-аспирант. – 2009. – Т. 10. – №. 37. – С. 885-889.
5. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
6. Ризаев Ж. А., Гафуров Г. А. Влияние общесоматической патологии на стоматологическое здоровье // Пародонтология. – 2017. – Т. 22. – №. 1. – С. 11-14.
7. Ризаев Ж. А., Рузимуротова Ю. Ш., Тураева С. Т. Влияние социально-гигиенических факторов труда и быта на здоровье медицинских сестер // Scientific progress. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 922-926.
8. Ризаев Ж. А. и др. Использование светодиодного излучения в стоматологии (обзор литературы) // Stomatologiya. – 2017. – №. 4. – С. 73-75.
9. Ризаев Ж. А., Абдуллаев А. С., Кубаев А. С. Перспективы лечения невритов в комплексе с этилметилгидроксипиридина сукцинат и комбилипен // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. – 2022. – С. 20-24.
10. Ярмухамедова Н. А., Ризаев Ж. А. Изучение Краткосрочной Адаптации К Физическим Нагрузкам У Спортсменов Со Вторичными Иммунодефицитами // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 128-132.
11. 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.
12. Bonaventura A., Abbate A. Colchicine for cardiovascular prevention: the dawn of a new era has finally come. – 2023.
13. Nidorf S. M. et al. Colchicine in patients with chronic coronary disease // New England journal of medicine. – 2020. – Т. 383. – №. 19. – С. 1838-1847.

14. 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.
15. Solak Y. et al. Colchicine in renal medicine: new virtues of an ancient friend // Blood purification. – 2017. – Т. 43. – №. 1-3. – С. 125-135.
16. 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.
17. Agababayan, 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.

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

Агабабян И.Р., Самтаров У.А.

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 (ОР) 0,69, 95 % ДИ 0,57-0,83, $P < 0,001$] и на 23% после недавнего инфаркта миокарда (ОР 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).