

BO'LMACHALAR FIBRILLYATSIYASI VA ISHEMIK YURAK KASALLIGI BILAN OG'IRGAN BEMORLARDA ANTITROMBOTSITAR TERAPIYA ASPEKTLARI(SHARH)

O'ktamova Ruxsora O'tkirjonovna

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti Oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrasida assistenti, tayanch doktorant

<https://orcid.org/0009-0001-7195-5125>

Annotatsiya: Ishemik yurak kasalligi yurak-qon tomir kasalliklari orasida eng keng tarqalgan bo'lib, bo'lmachalar fibrillyatsiyasi esa yurak ritmini buzilishining eng ko'p uchraydigan turi hisoblanadi. Ushbu patologiyalar umumiy xavf omillariga ega, bular gipertoniya, qandli diabet, uyqu apnoesi, ortiqcha vazn va chekishni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari, yallig'lanish ham har ikkala kasallikning rivojlanishida muhim rol o'ynaydi. Bo'lmachalar fibrillyatsiyasi bilan og'irgan bemorlarda ishemik yurak kasalligi tarqalish tezligi 17 dan 46,5 foizgacha bo'lsa, ishemik yurak kasalligi bo'lgan bemorlarda bo'lmachalar fibrillyatsiyasi tarqalishi past bo'lib, faqatgina 0,2–5% ni tashkil etadi. Bo'lmachalar fibrillyatsiyasi – o'tkir miokard infarkti bilan og'irgan bemorlarda qisqa muddatli va uzoq muddatli yomon prognozning yaxshi ma'lum bo'lgan faktori bo'lib, bu umumiy o'lim ko'rsatkichining sezilarli darajada oshishiga olib keladi. Yurak ritmining buzilishi yurakdagi operatsiyalardan keyin kam uchramaydi va aortokoronar shuntlash operatsiyasidan keyin taxminan 30–40% bemorlarda yuzaga keladi. Taxminan 5–15% holatlarda bo'lmachalar fibrillyatsiyasida koronar arteriyalarni stentlash zarurati tug'iladi va shu bilan birga, aspirinni, klopidoqrelni yoki tikagrelorni va peroral antikoagulyantni o'z ichiga olgan uch tomonlama terapiya talab qilinadi. Bu juda ehtiyotkorlik bilan muvozanatli antitrombotsitar terapiyani ko'rib chiqishni talab qiladi, chunki qon ketish xavfi yuqori, insult va stent trombozi xavfi va keyingi o'tkir koronar sindrom kuzatilishi mumkin. Peroral antikoagulyantlar va antiagregantlar, ayniqsa uch tomonlama terapiya birgalikda qo'llanilishi jiddiy qon ketishi xavfini sezilarli darajada oshiradi. Bundan tashqari, og'ir qon ketishi o'tkir koronar sindromdan keyin salbiy natijalar xavfini besh baravar oshiradi. Bo'lmachalar fibrillyatsiyasi va ishemik yurak kasalligi mavjudligi prognozni yomonlashtiradi, hatto ehtiyotkorlik bilan davolash olib borilgan bemorlarda ham.

Kalit so'zlar: ishemik yurak kasalligi; bo'lmachalar fibrillyatsiyasi; profilaktika; antitrombotsitar terapiya.

Аннотация: Ишемическая болезнь сердца является наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием, тогда как фибрилляция предсердий – самым частым нарушением ритма сердца. Эти патологии имеют общие факторы риска, такие как гипертония, сахарный диабет, апноэ во сне, ожирение и курение. Более того, воспаление играет немалую роль в развитии обоих заболеваний. Частота ишемической болезни сердца у пациентов с фибрилляцией предсердий составляет от

17 до 46,5%, в то время как распространенность фибрилляции предсердий среди больных ишемической болезнью сердца низка и оценивается всего лишь в 0,2–5%. Фибрилляция предсердий – хорошо известный фактор неблагоприятного краткосрочного и долгосрочного прогноза у пациентов с острым инфарктом миокарда, она связана со значительным увеличением общей летальности. Нарушения ритма сердца не являются редкостью после операций на сердце и возникают примерно у 30–40% больных после аортокоронарного шунтирования. Предполагается, что в 5–15% случаев фибрилляции предсердий когда-либо потребуются стентирование коронарных артерий и, соответственно, тройная терапия аспирином, клопидогрелом или тикагрелором и пероральным антикоагулянтом. Это требует очень тщательного рассмотрения сбалансированной антитромботической терапии, принимая во внимание высокий риск кровотечения, риск развития инсульта и тромбоза стента с последующим острым коронарным синдромом. Совместное назначение пероральных антикоагулянтов с антиагрегантами, а в частности тройной терапии, значительно повышает абсолютный риск серьезного кровотечения. Кроме того, тяжелое кровотечение связано с пятикратным увеличением риска неблагоприятного исхода после острого коронарного синдрома. Наличие фибрилляции предсердий с ишемической болезнью сердца ухудшает прогноз даже у пациентов, проходящих тщательное лечение.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца; фибрилляция предсердий; профилактика; антитромботическая терапия.

Annotatsion: Coronary artery disease (CAD) is the most common cardiovascular disease, while atrial fibrillation (AF) is the most frequent type of cardiac arrhythmia. These pathologies possess common risk factors, such as hypertension, diabetes mellitus, sleep apnea, obesity and smoking. Moreover, inflammation is essential for the development of both diseases. The prevalence of CAD in patients with AF ranges from 17 to 46.5%, while the prevalence of AF in patients with CAD is relatively low and is estimated to be only 0.2–5%. AF is a known factor of unfavorable short-term and long-term prognosis in patients with acute myocardial infarction (AMI) and is associated with a significant increase in overall mortality. Cardiac arrhythmias are not infrequent after cardiac surgery and occur in approximately 30–40% of patients undergoing coronary artery bypass surgery. It is estimated that 5–15% of patients with AF will ever require percutaneous coronary intervention and, subsequently, triple antithrombotic therapy with aspirin, clopidogrel or ticagrelor and oral anticoagulant. This demands a very careful consideration of balanced antithrombotic therapy, taking into account the high risk of bleeding, the risk of stroke and stent thrombosis with subsequent acute coronary syndrome. The concomitant administration of oral anticoagulants with antiplatelet drugs, and, particularly, the triple therapy, significantly increases the absolute risk of serious bleeding. In addition, heavy bleeding is associated with a five-fold increase in the risk of an adverse outcome after acute coronary syndrome. The co-presence of AF and CAD worsens the prognosis even in patients undergoing thorough treatment.

Keywords: *coronary artery disease; atrial fibrillation; prevention; antithrombotic therapy.*

Dolzarbli: Bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi yurakning ritm kasalligi bo‘lib, qon tomirlarida tromblar hosil bo‘lishi xavfini oshiradi. IYK esa yurakning koronar arteriyalarining torayishi yoki bloklanishi bilan bog‘liq bo‘lib, yurakni etarlicha kislorod bilan ta‘minlamaydi, bu esa yurak xujayralarining nobud bo‘lishiga olib kelishi mumkin. Ikkala kasallikning birgalikda mavjudligi bemorning umumiy sog‘lig‘iga katta ta‘sir ko‘rsatadi.

Ishning maqsadi: Bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi va ishemik yurak kasalligi bilan og‘irgan bemorlarda antitrombotsitar terapiya aspektlarini o‘rganish.

Tadqiqot natijalari va tahlili. Ishemik yurak kasalligi (YUIK) eng keng tarqalgan yurak-qon tomir kasalligi hisoblanadi [1], bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi (FP) esa yurak ritmini buzilishining eng ko‘p uchraydigan turi [2]. Ayollarda stenokardiya rivojlanish tezligi 45–64 yoshdagi davrda 5–7% dan 65–84 yoshgacha 10–12% ga ortadi. Erkaklarda stenokardiya 45–64 yoshda 4–7% holatda uchraydi va 65–84 yoshda 12–14% ga oshadi [3]. 2013-yilda YUIK butun dunyoda o‘limning asosiy sababi bo‘ldi. IYK dan o‘lim 1990-yilda 5,74 million kishidan (dunyo aholisining 12%) 2013-yilda 8,14 million kishiga (16,8%) oshdi [4]. Bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi ning tarqalishi umumiy hisobda 2% ni tashkil qiladi va yosh o‘tishi bilan ortadi: 50 yoshdan kichik shaxslarda 0,14%, 60–70 yoshdagi shaxslarda 4%, 80 yoshdan kattalarga esa 14% [2, 5]. YUIK va FP umumiy xavf omillariga ega, bular gipertoniya, qand kasalligi, uyqu apnoesi, ortiqcha vazn va chekishni o‘z ichiga oladi. Bundan tashqari, yallig‘lanish ham har ikkala kasallikning rivojlanishida muhim rol o‘ynaydi [6]. Ishemik yurak kasalligi (YUIK) ning bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi (FP) bilan og‘irgan bemorlardagi rivojlanish tezligi 17% dan 46,5% gacha [7]. Katta tadqiqotlar, masalan, ROCKET-AF [8] va RELY [9],da YUIK 17% bemorlarda bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi bilan aniqlangan. I.C. Van Gelder va boshqalar olib borgan ishda, doimiy bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi shakli bilan og‘irgan bemorlarda YUIK tarqalishining 18% ni tashkil etgan [10]. S. Kravlev va boshqalar o‘tkazgan tadqiqotda, bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi bilan og‘irgan bemorlarning 13% koronarografiyadan o‘tkazilganda, koronar arteriyalarning gemodinamik jihatdan muhim stenozlari aniqlangan va doimiy aritmiyaning tarqalishi ikkala guruhda – YUIK bilan va YUIKsiz – deyarli bir xil bo‘lgan (mos ravishda 30% va 27%) [11]. O‘z navbatida, YUIK bilan og‘irgan bemorlar orasida bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi ning tarqalishi faqatgina 0,2–5% ni tashkil qiladi [12].

Bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi va miokard infarkti

O‘tkir miokard infarkti (OMI) – bu bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi rivojlanishining aniq xavf omili bo‘lib, bu holat ushbu bemorlar orasida 6–21% holatlarda yuzaga keladi [13]. O‘n bemordan bittasida OMI tarixida bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi allaqachon mavjud. Bundan tashqari, OMI o‘tkazgan har to‘rtinchi bemorda bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi rivojlanadi. 2460 nafar miokard infarkti tarixiga ega bemorlar bo‘yicha o‘tkazilgan tadqiqotda, bo‘lmacha bo‘linmalarining zararlanishi bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi rivojlanishining xavf

omili sifatida, yosh, jins, chap qorinchadan chiqarilish fraksiyasi, chap bo‘lmacha hajmi, reperfusion vaqti yoki koronar qon aylanishi TIMI shkalasi bo'yicha aralashuvdan so'ng, har qanday omildan mustaqil ravishda aniqlangan [14].

Bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi – O'tkir miokard infarkti bilan og'rigan bemorlardagi qisqa va uzoq muddatli salbiy prognoz faktori

Bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi – bu o'tkir miokard infarkti (OMI) bilan og'rigan bemorlarda qisqa va uzoq muddatli salbiy prognozning muhim faktori hisoblanadi. U umumiy o'lim ko'rsatkichining sezilarli darajada oshishiga olib keladi. OMI va bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi tarixiga ega bemorlarda o'lim darajasi aritmiyasiz bemorlarga nisbatan yuqoriroq. Yangi aniqlangan yuqori atrial aritmiyalarning yarmi birinchi oydan keyin OMI o'tkazgan bemorlarda rivojlanadi. Bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi bilan bog'liq xavf turlicha bo'lishi mumkin – masalan, bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi 30 kun ichida rivojlanadigan bemorlarda o'lim xavfi ikki baravar yuqori, aritmiyasiz bemorlarga nisbatan. 6000 dan ortiq OMI bemorlari ishtirok etgan katta tadqiqotda, birinchi marta rivojlangan bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi miokard infarktining keng tarqalgan va o'limga olib keladigan asoratlari ekanligi tasdiqlangan. Ushbu aritmiya shuningdek, bemorlarda o'lim xavfini oshiradi va 30 kun ichida qayta kasalxonaga yotqizish ehtimolini oshiradi. Bundan tashqari, OMI va bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi bilan og'rigan bemorlarda kasalxonaga yotqizish davomida o'tkir miyaning qon aylanishi buzilishining ikki baravar oshish xavfi mavjud. Ushbu natijalar GRACE tadqiqoti bilan ham tasdiqlanadi, unda ko'rsatilganidek, bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi birinchi marta rivojlanadigan bemorlarda o'tkir koronar sindrom bilan og'riganlar orasida o'lim xavfi kasalxonada 3 baravar yuqori ekanligi aniqlangan. Shuningdek, bu bemorlar deyarli ikki baravar ko'proq yurak yetishmovchiligi va uch baravar ko'proq kardiogen shok kabi asoratlarni boshdan kechirishadi.

Bitta markazda o'tkazilgan katta tadqiqotda, OMI bilan og'rigan 2980 bemor orasida turli bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi shakllarining o'lim ko'rsatkichlari taqqoslanganida, faqat doimiy va birinchi marta rivojlangan shakllarda qisqa va uzoq muddatli o'lim darajasi aritmiyasiz bemorlarga nisbatan sezilarli darajada yuqori bo'lgani aniqlangan. Dokumentatsiyalangan paroksizmal bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi shakli bo'lgan bemorlarda esa 30 kunlik o'lim ko'rsatkichi (7,3%) aritmiya mavjud bo'lgan guruhlarda eng past bo'lib, fibrillyatsiyasiz guruhga yaqin edi (5,2%). 10 yil davomida o'lim ko'rsatkichlari yuqori bo'lib, turli guruhlar o'rtasida sezilarli farqni ko'rsatmagan. Ba'zi hollarda bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi (FP) bilan og'rigan bemorlarda tromboembolik OMI rivojlanishi qayd etilgan [18]. Ushbu aritmiya tizimli yallig'lanish belgilari bilan bog'liq bo'lib, bu trombotik holatning rivojlanishiga hissa qo'shishi va oxir-oqibat OMI ga olib kelishi mumkin. Tizimli yallig'lanish aritmiyaning o'zidan yoki aterosklerozning klassik xavf omillarining mavjudligidan kelib chiqishi mumkin, bu omillar odatda FP bilan ham bog'liq. Bundan tashqari, FP bilan OMI rivojlanishining boshqa mexanizmlari ham mavjud. Masalan, yuqori tezlikda yurakning qarindosh qisqarishi bilan bog'liq bo'lgan aritmiyaning epizodlari OMI II turini rivojlantirishi mumkin, bu holat kislorodga bo'lgan ehtiyoj va miokardning qon ta'minoti o'rtasidagi nomutanosiblik bilan tavsiflanadi va odatda ST segmentining

ko'tarilishi bilan namoyon bo'lmaydi. Katta tasodifiy tadqiqotda ROCKET-AF, rivaroksaban bilan davolanish guruhi uchun OMI 101 bemorda, warfarin bilan davolanish guruhi uchun esa 126 bemorda rivojlangan (har yil 0,9% va 1,1% mos ravishda) [8]. RE-LY tadqiqotida miokard infarktining rivojlanishining pastroq tezligi qayd etilgan: warfarin qabul qilgan bemorlarda yiliga 0,53%, dafigatran 110 mg (kuniga 2 marta) qabul qilgan bemorlarda yiliga 0,72% [8].

REFERENCES:

1. Бокерия Л.А., Ярбеков Р.Р., Сигаев И.Ю., Чигогидзе Н.А., Мерзляков В.Ю., Керен М.А. Сравнение отдаленных результатов коронарного шунтирования и чрескожного коронарного вмешательства с использованием стентов с лекарственным покрытием у больных с многососудистым поражением коронарных артерий и сахарным диабетом. Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2014; 15 (5): 37–45. [Bockeria L.A., Yarbekov R.R., Sigaev I.Yu., Chigogidze N.A., Merzlyakov V.Yu., Keren M.A. The long-term results of coronary artery bypass grafting vs. PCI with drug eluting stent in patients with diabetes and multivessel coronary artery disease. Serdechno-Sosudistyie Zabolevaniya. Byulleten' Nauchnogo Tsentra Serdechno-Sosudistoy Khirurgii imeni A.N. Bakuleva (Cardiovascular Diseases. Bulletin of Bakoulev Center for Cardiovascular Surgery). 2014; 15 (5): 37–45 (in Russ.).]
2. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D., Ahlsson A., Atar D., Casadei B. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur. Heart J. 2016; 37 (38): 2893–962. DOI: 10.1093/eurheartj/ ehv210
3. Morbidity and mortality: 2012 chart book on cardiovascular, lung, and blood diseases. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2012.
4. Naghavi M., Wang H., Lozano R., Davis A., Liang X., Zhou M. et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015; 385 (9963): 117–71. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2
5. Бокерия Л.А., Шенгелия Л.Д. Лечение фибрилляции предсердий. Часть II. Современные реалии и завтрашние перспективы. Анналы аритмологии. 2014; 11 (2): 76–86. DOI: 10.15275/annaritmol.2014.2.2 [Bockeria L.A., Shengelia L.D. Treatment of atrial fibrillation. Part II. Current realities and future prospects. Annaly Aritmologii (Annals of Arrhythmology). 2014; 11 (2): 76–86 (in Russ.). DOI: 10.15275/annaritmol. 2014.2.2]
6. Бокерия О.Л., Ахобеков А.А., Шварц В.А., Кудзоева З.Ф. Эффективность приема статинов в первичной профилактике фибрилляции предсердий в раннем послеоперационном периоде изолированного аортокоронарного шунтирования. Вестник Российской академии медицинских наук. 2015; 70 (3): 273–8. DOI: 10.15690/vramn.v70i3.1322 [Bockeria O.L., Akhobekov A.A., Shvartz V.A., Kudzoeva Z.F. Efficacy of statin therapy in the prevention of atrial fibrillation in early postoperative period after coronary artery bypass grafting. Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh

Nauk (Annals of the Russian Academy of Medical Sciences). 2015; 70 (3): 273–8 (in Russ.). DOI: 10.15690/vramn.v70i3.1322]

7. Hohnloser S.H., Crijns H.J., van Eickels M., Gaudin C., Page R.L., Torp-Pedersen C. et al. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.* 2009; 360 (7): 668–78. DOI: 10.1056/NEJMoa0803778

8. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J., Pan G., Singer D.E., Hacke W. et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.* 2011; 365 (10): 883–91. DOI: АННАЛЫ АРИТМОЛОГИИ • 2018 • Т. 15 • № 1 10.1056/NEJMoa1009638

9. Connolly S.J., Ezekowitz M.D., Yusuf S., Eikelboom J., Oldgren J., Parekh A. et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.* 2009; 361 (12): 1139–51. DOI: 10.1056/NEJMoa0905561

10. Van Gelder I.C., Groenveld H.F., Crijns H.J., Tuininga Y.S., Tijssen J.G., Alings A.M. et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.* 2010; 362 (15): 1363–73. DOI: 10.1056/NEJMoa1001337

11. KraleV S., Schneider K., Lang S., Süselbeck T., Borggrefe M. Incidence and severity of coronary artery disease in patients with atrial fibrillation undergoing first-time coronary angiography. *PLoS One.* 2011; 6 (9): e24964. DOI: 10.1371/journal.pone.0024964

12. Otterstad J.E., Kirwan B.A., Lubsen J., De Brouwer S., Fox K.A., Corell P., Poole-Wilson P.A. Incidence and outcome of atrial fibrillation in stable symptomatic coronary disease. *Scand. Cardiovasc. J.* 2006; 40 (3): 152–9. DOI: 10.1080/14017430600746268

13. Schmitt J., Duray G., Gersh B.J., Hohnloser S.H. Atrial fibrillation in acute myocardial infarction: a systematic review of the incidence, clinical features and prognostic implications. *Eur. Heart J.* 2009; 30 (9): 1038–45. DOI: 10.1093/eurheartj/ehn579

14. Jabre P., Jouven X., Adnet F., Thabut G., Bielinski S.J., Weston S.A., Roger V.L. Atrial fibrillation and death after myocardial infarction: a community study. *Circulation.* 2011; 123 (19): 2094–100. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.990192