

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ, ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ,
ՄՇԱԿՈՒՅԹԻ ԵՎ ՍՊՈՐՏԻ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ
ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՀԱՄԲԱՐՁՈՒՄՑԱՆ ԿԱՐԵՆ ՄԱՐՏԻԿՎԻ

ԾԱՅՐԱՄԱՍԱՑԻՆ ԵՎ ՊՄԱԿԱԶԵՎ ԱՆՈԹՆԵՐԻ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ
ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՊԱՅԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՕՊՏԻՄԱԼԱՑՈՒՄ
ԵՎ ԿՑԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ԲԱՐԵԼԱՎՈՒՄ

ԺԴ. 00.15 «Վիրաբուժություն» մասնագիտությամբ
Բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի
հայցման ատենախոսության
ՄԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ – 2026 թ.

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ, КУЛЬТУРЫ И СПОРТА РА
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. МХИТАРА ГЕРАЦИ

АМБАРЦУМЯН КАРЕН МАРТИКОВИЧ

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ
КОРОНАРНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ
14.00.15 «ХИРУРГИЯ»

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ЕРЕВАН – 2026 г.

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Ս.Խ. Ավդալբեկյանի անվան զգային Առողջապահության Ինստիտուտի Գիտական Խորհրդի նիստով 2022 թվականի դեկտեմբերի 2-ին (արձանագրություն թիվ 2):

Գիտական ղեկավար՝
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝

բ.գ.դ. Ռ. Լ. Մանվելյան
բ.գ.դ. Ս. Լ. Օրդույան
բ.գ.դ. Տ. Լ. Սուլթանյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ «Աստգիկ» բժշկական կենտրոն

Պաշտպանությունը կայանալու է 2026 թ. Հոկտեմբերի 30-ին ժամը՝ 15:30-ին Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում գործող 027 «Վիրաբուժություն» մասնագիտական խորհրդի նիստում:

Հասցե՝ Երևան, Կոռյունի 2:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 30 սեպտեմբերի 2026 թ.

Մասնագիտական
խորհրդի
գիտական քարտուղար



բ.գ.դ. Ի.Է. Մալխասյան

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета Национального института здравоохранения им. С.Х. Авдалбекяна 2 декабря 2022 г. (протокол №2)

Научный руководитель:

д.м.н. Р.Л. Манвелян

Официальные оппоненты:

д.м.н. С.Л. Ордуян

д.м.н. Т.Л. Султаниян

Ведущая организация : Медицинский центр « Астгик »

Защита диссертации состоится 30 октября 2026 г. В 15:30 на заседании Специализированного совета 027 «Хирургия» при Ереванском Государственном Медицинском Университете им. М. Гераци (адрес: 0025, Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕРГМУ

Автореферат разослан 29 сентября 2026г.

Ученый секретарь
Специализированного
совета



д.м.н. И.Э. Малхасян

Թեմայի արդիականությունը

Ստորին վերջույթների ծայրամասային զարկերակների խցանող հիվանդությունը (ԾԶԽՀ-ի) ներկայումս համարվում է համաշխարհային հանրային առողջապահության լրջագույն մարտահրավերներից մեկը: Միջազգային գրականության տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս որ 2019 թ. ԾԶԽՀ-ի դեպքերի թիվը գերազանցել է 236 միլիոնը, ինչը վկայում է հիվանդության տարածման շարունակական աճի մասին:

ԾԶԽՀ-ն հանդիսանում է ոչ միայն տեղային անոթային պաթոլոգիա, այլ սիստեմային աթերոսկլերոտիկ հիվանդության դրսևորում՝ իր ամբողջ ծանրությամբ ու բարդություններով: ԾԶԽՀ-ն ուղեկցվում է բազմակի անբարենպաստ կլինիկական ելքերով՝ մեծացնելով սրտամկանի ինֆարկտի, իշեմիկ ինսուլտի, վերջույթին սպառնացող իշեմիայի և վերջույթների ամպուտացիայի հավանականությունը: Աթերոսկլերոտիկ հիվանդացության կառուցվածքում այն զբաղեցնում է երրորդ տեղը՝ զիջելով միայն իշեմիկ սրտային հիվանդությանը և ուղեղային իշեմիկ ինսուլտին:

Սրտանոթային աթերոսկլերոտիկ ախտահարումները (ՄԱԱ) համաշխարհային մասշտաբով շարունակում են մնալ մահացության և հաշմանդամության առաջատար պատճառ:

ԾԶԽՀ ունեցող հիվանդների արդյունավետ վարումը պահանջում է ախտորոշման, վիրաբուժական միջամտությունների և պահպանողական թերապիայի հստակեցված, որպես համակարգ գործող մոտեցումներ: Տվյալ ընտրանքի գնահատումն ու վարումը չեն կարող սահմանափակվել միայն ծայրամասային անոթների վիճակով. անհրաժեշտ է նաև կորոնար շրջանառության, ուղեկցող հիվանդությունների, կենսակերպային գործոնների և վերականգնողական հնարավորությունների համակցված գնահատում: Մինևույն ժամանակ, ռեվասկուլյարիզացիան, նույնիսկ որպես հիմնական ընդունված բուժման մեթոդ, չի կարող դիտվել որպես լիովին կանխատեսելի արդյունավետությամբ և բարդություններից զերծ գործընթաց:

Հիվանդների զգալի խմբի շրջանում, անգամ տեխնիկապես հաջող միջամտությունից հետո, չի դիտվում վերջույթի իշեմիկ ախտահարման բավարար հետընթաց: Առանց համապատասխան հսկողության, ռիսկի գործոնների վերահսկման, ուղեկցող հիվանդությունների կանոնավոր մշտադիտարկման և հետվիրահատական շրջանի համակարգված բազմաբաղադրիչ վարման, կյանքի որակի զգալի բարելավումը դառնում է գրեթե անհնար:

Հետազոտության նպատակը

Մույն հետազոտության նպատակն է ծայրամասային և պսակաձև զարկերակների խցանող հիվանդություններով պացիենտների բուժման ընթացակարգերի համալիր գնահատումը և հիվանդների կյանքի որակի բարելավումը:

Հետազոտության խնդիրները

1. Ուսումնասիրել ԾԶԽՀ-ով հիվանդների շրջանում վերջույթի ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշների հետվիրահատական դինամիկան հետազոտության տարբեր փուլերում՝ կիրառելով ստանդարտ և մոդիֆիկացված ընթացակարգերով իրականացված նախավիրահատական և հետվիրահատական վարում
2. Վերլուծել բուժման տարբեր փուլերում ստորին վերջույթի զարկերակների դուպլեքս սկանավորման ցուցանիշների փոփոխությունները՝ ստանդարտ և մոդիֆիկացված ընթացակարգերի կիրառման արդյունքում
3. Գնահատել ԾԶԽՀ-ով հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշների փոփոխությունները բուժման ստանդարտ և մոդիֆիկացված ընթացակարգերի կիրառման դեպքում
4. Ուսումնասիրել բուժման ելքերը՝ ՄԱՀ ցուցանիշները, մահացության մակարդակը ինչպես նաև անբարենպաստ ելքերի ընդհանուր ցուցանիշը՝ ստանդարտ և մոդիֆիկացված ընթացակարգերի կիրառման պարագայում, վերջիններս համեմատելով համաշխարհային միջին ցուցանիշների հետ
5. Կատարել բուժման տարբեր ընթացակարգերի արդյունավետության համեմատական վերլուծություն՝ գնահատելով վերջիններիս ազդեցությունը ԾԶԽՀ-ի ծանրության աստիճանի ցուցանիշների վրա
6. Բացահայտել ԾԶԽՀ-ի բուժման արդյունավետության վրա ազդող կլինիկական և յաթրոգեն գործոնները՝ ստանդարտ և մոդիֆիկացված ընթացակարգերի կիրառման պայմաններում
7. Կառուցել և առաջարկել ԾԶԽՀ-ով հիվանդների վարման օպտիմալացված ալգորիթմ՝ հիմնված կատարված համեմատական վերլուծության արդյունքների վրա:

Գիտական նորություն

1. Կատարված հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա ապացուցվել է ԾԶԽՀ-ի վարման առաջարկված մոդիֆիկացված մեթոդաբանության հավաստիորեն բարձր արդյունավետությունը, որն արտահայտվել է դուպլեքս սկանավորման, կյանքի որակի և վերջույթի ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշների զգալի բարելավմամբ:
2. Առաջին անգամ համակողմանի ուսումնասիրվել է ստանդարտ և մոդիֆիկացված ընթացակարգերով բուժման ելքերի վրա կլինիկական առանձնահատկությունների, ռիսկի գործոնների և բուժման բաղադրիչների ազդեցությունը, ինչպես նաև հայտնաբերվել են հստակ ասոցիատիվ կապեր տվյալ գործոնների և բուժման հեռահար արդյունքների միջև:

Գիտագործնական նշանակություն

1. Մշակվել և առաջարկվել է ԾԶԽՀ-ի ծանրության գնահատման միասնական սանդղակ, որը կարող է ծառայել վիրահատական միջամտության տեսակի ընտրության, ինչպես նաև նախա- և հետինսերվենցիոն վարման օպտիմալ մոտեցման ընտրության հիմք:

2. Հետազոտության արդյունքում ձևավորվել են հետվիրահատական բարդությունների զարգացման ռիսկի խմբերի սահմանման չափանիշներ, որոնք հնարավորություն են տվել կատարել հիվանդների ճշգրիտ դասակարգում և իրականացնել անհատականացված հսկողություն:

3. Հայաստանի ազգաբնակչության ԾԶԽՀ-ով հիվանդների շրջանում սահմանվել են ՄԻՀ զարգացման հետ առավել ասոցիացվող գործոնների հնգյակ՝ դիալիզիդեմիա, զարգերակային գերձնշում, ժառանգական նախատրամադրվածություն, շաքարային դիաբետ, սրտային անբավարարություն, ինչը հիմք է ծառայում նախավիրահատական ԿԱԳ-ի ուղեցույցային ցուցումների ընդլայնման համար:

4. Մշակվել և գործնական կիրառման է հանձնվել ԾԶԽՀ-ով հիվանդների հետվիրահատական վարման տարբերակված ալգորիթմ, որը հիմնված է հիվանդների սոմատիկ վիճակի բազմակողմանի գնահատման վրա և նպաստում է կյանքի որակի զգալի բարձրացմանը, ինչպես նաև բարդությունների հաճախականության էական նվազեցմանը:

Ատենախոսության նախնական փորձաքննություն

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը կայացել է 26.06.2026թ., ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստում: Հեղինակի հրատարակած աշխատություններում հետազոտման արդյունքների ընդգրկման լիարժեքություն ատենախոսության թեմայով հրապարակված են 4 գիտական հոդված, որոնցից 2-ը՝ առանց համահեղինակների, մեկը՝ SCOPUS միջազգային գիտաբազայում ներառված հանդեսում: Առկա է գրանցված հեղինակային իրավունքի գյուտի արտոնագիր: Հոդվածներում լիարժեք ներկայացված են ատենախոսական ուսումնասիրության հիմնական արդյունքները: Նյութերի հավաքագրումը, մշակումը, վերլուծությունը և ստացված եզրակացություններն ամբողջությամբ կատարվել են հայցորդի անձնական գիտական աշխատանքի շրջանակներում: Աշխատանքի արդյունքները ներդրված են և հաջողությամբ կիրառվում են «Բեստ Լայֆ» ԲԿ անոթային վիրաբուժության ծառայությունում:

Ատենախոսության ծավալը և կառուցվածք

Ատենախոսությունը շարադրված է համակարգչային տպագիր տեքստի 148 էջերում: Բովանդակությունն ընդգրկում է՝ ներածությունը, I գլուխը (սկզբնաղբյուրների վերլուծություն), II գլուխը (հետազոտության նյութը և մեթոդները), III գլուխը (սեփական հետազոտությունների արդյունքները), IV գլուխը (ամփոփում), եզրակացությունները, գործնական առաջարկները, հապավումների ցանկը, գրականության ցանկ (147 աղբյուր): Աշխատանքն ընդգրկում է 27 աղյուսակ և 21 գծապատկեր, որոնք ապահովում են տվյալների տեսողական ճշգրիտ ներկայացում:

Հետազոտության նյութերը և մեթոդները

Հետազոտության նյութ են հանդիսացել ԾԶԽՀ ախտորոշմամբ 45-ից բարձր տարիքի հիվանդների կլինիկական տվյալները: Ընդգրկվել են հետազոտության

մեկնարկի պահին, ինչպես նաև նրանց պարբերական (վիրահատությունից 1, 3 և 12 ամիս անց կատարված) այցերի ընթացքում գրանցված հետազոտությունների արդյունքները:

ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԱՇԽՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆՆ ԸՍՏ ԽՄԲԵՐԻ ԵՎ ԵՆԹԱՆՄԲԵՐԻ

Հետազոտության մեջ ընդգրկվել և ուսումնասիրվել է ԾԶԽՀ-ի ախտանիշներով՝ հետազոտության ընդգրկման և բացառման չափանիշներին համապատասխան 114 պացիենտ: Հիվանդները բաժանվել են 2 կլինիկական խմբի:

I խմբի թվով 58 պացիենտների (31(53.4%) տղամարդ, 27(46.6%) կին)) նախա- և հետվիրահատական վարումն իրականացվել է ստանդարտ ընթացակարգով:

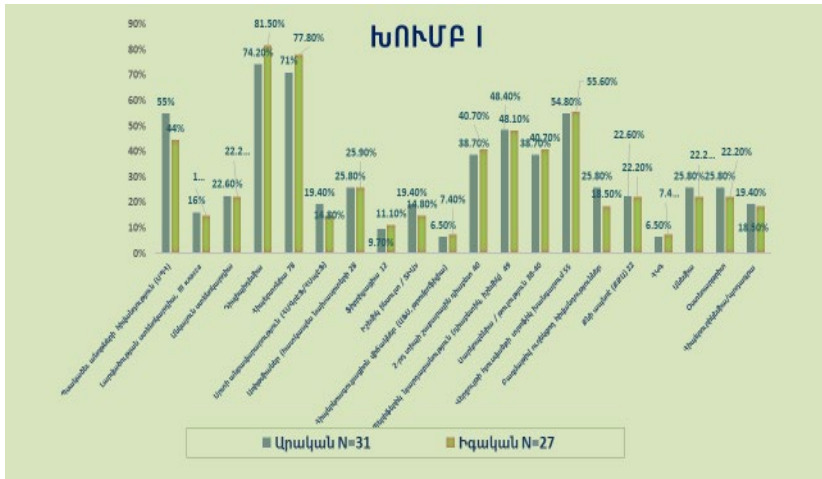
II խմբի թվով 56 պացիենտների (30 (53,6%) տղամարդ, 26 (46,4%) կին)) ում նախա- և հետվիրահատական վարումն իրականացվել է մոդիֆիկացված ընթացակարգով:

Վիրահատական միջամտությունների բնույթից ելնելով՝ հիվանդների խմբերը բաժանվել են երկու ենթախմբի՝

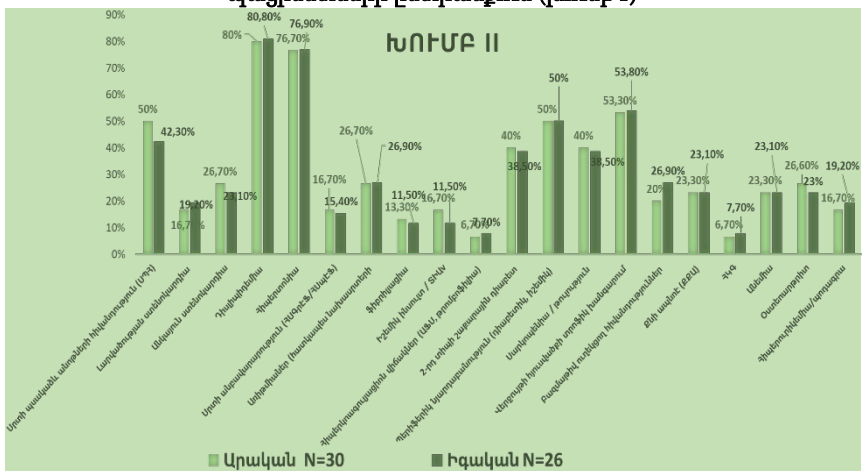
Ա ենթախմբի պացիենտներին (67 հոգի – 58.8%)՝ իրականացվել է ռեվասկուլյարիզացիա առանց ազդրային սեզմենտի վրա միջամտության

Բ ենթախմբի պացիենտներին (47 հոգի – 41.2%)՝ իրականացվել է ազդրային սեզմենտի վրա միջամտության բաղադրիչով ռեվասկուլյարիզացիա:

Ինչպես երևում է գծապատկերներում ներկայացված տվյալներից, մեր կողմից հետազոտված հիվանդների մոտ հայտնաբերված ամենատարածված (դեպքերի ավելի քան 40%-ը) ուղեկցող պաթոլոգիաները հետևյալն էին՝ դիսլիպիդեմիա, զարկերակային գերճնշում, պերիֆերիկ նեյրոպաթիա (դիաբետիկ, իշեմիկ), վերջույթի հյուսվածքների տրոֆիկ խանգարում: 20-40% տարածվածություն ունեցող ախտաբանություններն էին՝ անկայուն ստենոկարդիա, առիթմիաներ, 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետ, սարկոպենիա, քնի օբստրուկտիվ ապնոէ, անեմիա, օստեոարթրիտ: Հարկ է նշել, որ ուսումնասիրության սկզբնական փուլում միջխմբային տարբերություններ նոգոլոգիաների ցուցանիշների միջև չեն հայտնաբերվել:



Գծապատկեր 1ա. Փոխկապակցված հիվանդությունները հետազոտված պացիենտների ընտրանքում (խումբ 1)



Գծապատկեր 1բ. Փոխկապակցված հիվանդությունները հետազոտված պացիենտների ընտրանքում (խումբ 2)

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈՂՆԵՐ

Բացի անամնեստիկ տվյալների հավաքագրումից և ուղեկցող հիվանդությունների ախտորոշումից, նաև բոլոր հիվանդների մոտ կատարվել է արյան (ընդհանուր, կենսաքիմիական, մակարդեղություն) և մեզի հետազոտություն:

Ֆունկցիոնալ դասակարգումը կիրառվել է կլինիկական պատկերն ու վերջույթի ֆունկցիան գնահատելու համար՝ հիմնվելով հոգնածության/ցավի առաջացման վրա:

Բուժումից առաջ և հետո կյանքի որակը գնահատվել է MOS SF-36 ինքնավերլուծական գործիքով:

Բոլոր պացիենտներին կատարվել է ստորին վերջույթների զարկերակների գերձայնային դոպլեքս սկանավորում՝ արյան հոսքի, ՄԳ-ի, AVI-ի և API-ի գրանցմամբ:

Վիճակագրական վերլուծություն

Խմբերի միջև տարբերությունները գնահատվել են Սթյուդենտի և chi-square թեստերով: Նշանակության շեմը ընտրվել էր որպես $p < 0.05$ (CI 95%): Վիճակագրական մշակումը իրականացվել է SPSS 23 ծրագրային փաթեթի միջոցով:

ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԵՐ

ԽՈՒՄԲ I

Առաջին կլինիկական խմբի պացիենտների նախամիջամտական հետազոտումը, վիրահատական միջամտության եղանակը և հետվիրահատական վարումը կատարվում էր համաձայն ՀՀ ԱՆ –ի կողմից մշակված ուղեցույցի:

ԽՈՒՄԲ II

Երկրորդ կլինիկական խմբի պացիենտների վարումը բացի ուղեցույցի վրա հիմնված բուժական մոտեցումներից ներառում էր հետևյալ բաղադրիչները.

1. Նախափնտերվեցիոն հետազոտման ժամանակ գնահատվում է սումատիկ ծանրաբեռնվածությունը: Պսակաձև անոթների ախտահարման հետ ասոցացված 3 և ավելի գործոնների առկայության դեպքում հետազոտման գործողությունների մեջ ներառվում էր ԿԱԳ-ը:

2. Նախավիրահատական ԿԱԳ-ի ժամանակ պսակաձև անոթների կրիտիկական ախտահարումը հայտնաբերելուց և ստենոտավորելուց անմիջապես հետո, անհրաժեշտության դեպքում կատարվել է բաց/համակցված/ վիրահատական միջամտություն՝ անզգայացումն ապահովելով համապատասխան նյարդի բլոկի միջոցով:

3. Կատարված վիրահատության արդյունավետությունը գնահատվել է մշակված համալիր սանդղակի համաձայն: 5 միավորից բարձր գնահատված պացիենտների հետվիրահատական վարումը իրականացվել է ներյոմետաբոլիկ և էնդոթելիոպաշտպան թերապիայի ներառմամբ:

Բուժման հավելյալ բաղադրիչների կիրառման ժամանակացույց:

1-ին փուլ – Տնտրությունը 3 ամիս.

Ցիլոստազոլ 100 մգ օրական կամ Պենտոքսիֆիլին 400 մգ օրական 3 անգամ, եթե ցիլոստազոլը հակացուցված է:

Նուկլեո ֆորտե ամպ մ/մ, 6-օրյա կուրս, այնուհետև ընդունում per os՝ օրական 2 անգամ 1 կապսուլա - 20 օր:

Վիտամին C 500-1000 մգ/օր:

2-րդ փուլ – Տնողությունը 2.5-3 ամիս.

Սելեն 100-200 մկգ/օր;

Ալֆա-լիպոային թթու 600 մգ/օր 1.5-2 ամիս;

Կոենզիմ Q10 100-200 մգ/օր;

Հիդրօքսոկոբալամին (B12) 100 մգ per os օրական 2 ամիս;

3-րդ փուլ – Տնողությունը 3 ամիս.

Նուրկեո ֆորտե ամպ մ/մ, 6-օրյա կուրս, այնուհետև ընդունում per os՝ օրական 2 անգամ 1 կապսուլա - 20 օր

Վիտամին C 500-1000 մգ/օր:

4-րդ փուլ – Տնողությունը 2.5-3 ամիս.

Սելեն 100-200 մկգ/օր 2.5-3 ամիս;

Ալֆա-լիպոային թթու 600 մգ/օր 1.5-2 ամիս;

Կոենզիմ Q10 100-200 մգ/օր:

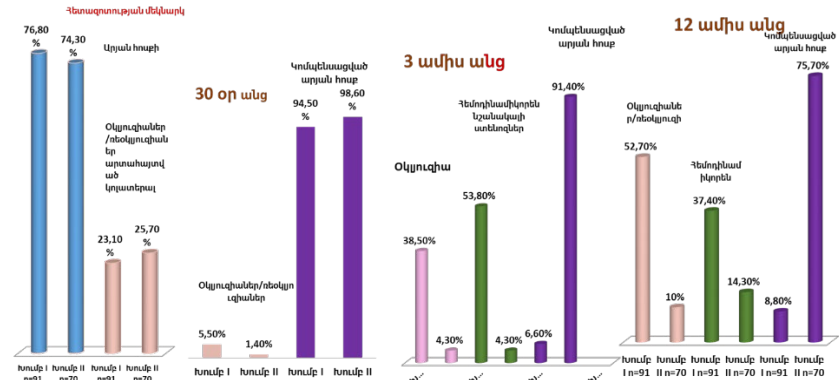
Սեփական արդյունքներ

Արյան հոսքի խանգարումների արտահայտվածության խմբային համեմատությունն ըստ դուպլեքս սքանավորման արդյունքների Ա ենթախմբում

161 զարկերակի դուպլեքս սկանավորման արդյունքներում հետազոտության սկզբին արյան հոսքը հիմնականում բացակայում էր: Կոմպենսացված արյան հոսք ունեցող զարկերակների թիվը երկու կլինիկական խմբերի վիրահատությունից 3 և 12 ամիս անց նվազել է: Ինչ վերաբերում է ստենոզներին՝ դիտվել է ստենոզների հաճախականության աճ՝ առաջին խմբի դեպքում առավել արտահայտված: Արձանագրվել են նաև հեմոդինամիկորեն նշանակալի ստենոզներ՝ զարգացած կոլատերալ ցանցերով:

Ուշագրավ է այն փաստը, որ առաջին կլինիկական խմբում ներառված հիվանդների շրջանում վիրահատությունից 12 ամիս անց կոմպենսացված արյան հոսքի հաճախականության բարձրացումն ավելի արտահայտված է, քան երկրորդ խմբում: Միաժամանակ, երկրորդ կլինիկական խմբի հիվանդների շրջանում դիտվել է հեմոդինամիկորեն նշանակալի ստենոզների (23%-ով) և զարգացած կոլատերալ ցանցով օկլյուզիաների (43%-ով) ավելի էական նվազում:

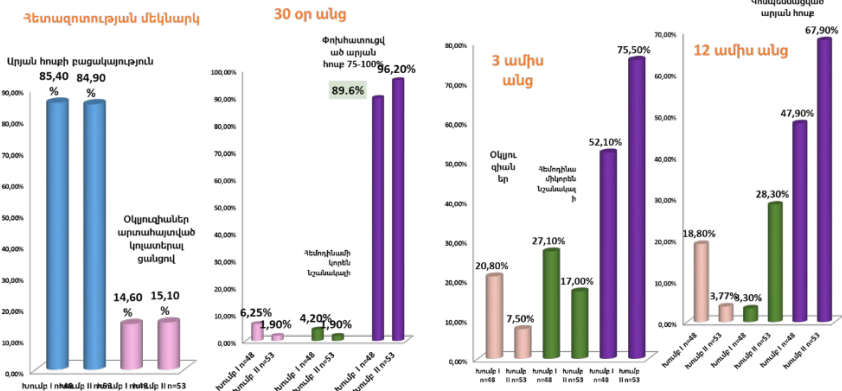
Այսպիսով, ժամանակի ընթացքում երկու խմբերում էլ ախտահարված զարկերակների անցանելիության հստակ նվազման պատկերը պահանջում է հետվիրահատական հսկողության ընթացքում լրացուցիչ միջամտությունների ներդրում:



Գծապատկեր 2ա. Դուպլեքս սրանափորման արդյունքների Ա ենթախմբում

Դուպլեքս սրանափորման արդյունքների Բ ենթախմբում դիտվող պատկերը այլ էր:

Արյան հոսքի խանգարումների արտահայտվածության խմբային համեմատությունն ըստ դուպլեքս սրանափորման արդյունքների Ա ենթախմբում: Միջամտությունից 3 ամիս անց փոխհատուցված արյան հոսք ունեցող զարկերակների թիվը նվազել է մինչև 64%, իսկ կրկնակի խցանման հաճախականությունը աճել է մինչև 14 %: Բացի այդ, 22 % դեպքերում հայտնաբերվել են կոլատերալ ցանցերով ուղեկցվող հեմոդինամիկորեն նշանակալի ռեստենոզներ:



Գծապատկեր 2բ. Դուպլեքս սրանափորման արդյունքների Բ ենթախմբում

ՄԲԳ-ի ցուցանիշները

ՄԲԳ-ի ցուցանիշները գրանցվել են հետազոտության մեկնարկի պահին, ինչպես նաև վիրահատությունից 3 և 12 ամիս անց (գծ.3):

Առաջին կլինիկական խումբ՝

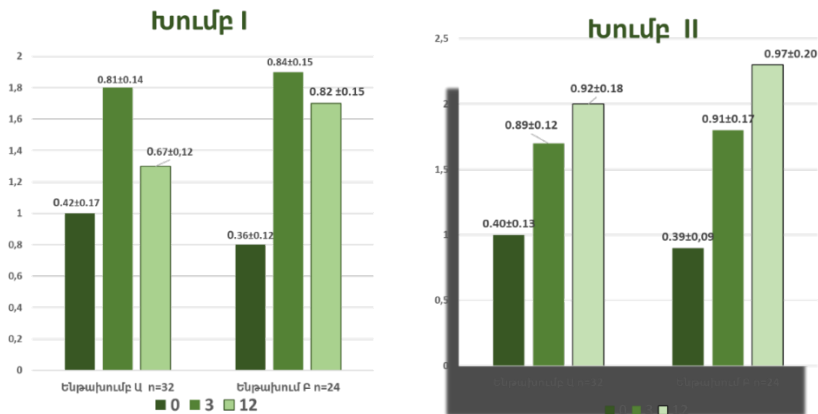
- *Ա ենթախմբում՝* 3 ամսում գրանցվել է ՍԲԳ-ի զգալի աճ (ի համեմատ ելակետի), 12 ամսում՝ նշանակալի անկում (ի համեմատ 3 ամսվա), սակայն ելակետային ցուցանիշից դեռ բարձր:
- *Բ ենթախմբում՝* 3 ամսում դիտվել է զգալի աճ (ընդդեմ ելակետի), 12 ամսում կար աննշան փոփոխություն (համեմատ 3 ամսվա), սակայն ունեինք ելակետից կրկին բարձր ցուցանիշ:

Երկրորդ կլինիկական խումբ՝

- *Ա ենթախմբում՝* 3 ամսում գրանցվել էր ՍԲԳ աճ, 12 ամսում փոփոխությունները աննշան էին համեմատած 3 ամսվա տվյալների հետ, սակայն ելակետից զգալիորեն բարձր:
- *Բ ենթախմբում՝* 3 ամսում տիրվել էր վիճակագրորեն նշանակալի դրական դինամիկա, 12 ամսում ոչ նշանակալի բարձրացում ի համեմատ 3 ամսվա, բայց ելակետից կրկին նշանակալի աճ:

AVI-ի ցուցանիշները

AVI-ի ցուցանիշները նույնպես գրանցվել են հետազոտության մեկնարկի պահին, և հետվիրահատական 3 և 12 ամիսներին (գծ.4):



Գծապատկեր 3. ՍԲԳ-ի ցուցանիշները

Առաջին կլինիկական խումբ՝

Ա ենթախմբում՝ 3 ամսում նկատվել էր ցուցանիշի զգալի բարելավում (նվազում)՝ համեմատած ելակետային մակարդակի հետ, իսկ 12 ամսում ցուցանիշի բարելավումը ենթարկվել է հետադարձ զարգացման գրանցելով մակարդակի նշանակալի բարձրացում՝ համեմատած երեք ամսվա արդյունքի հետ:

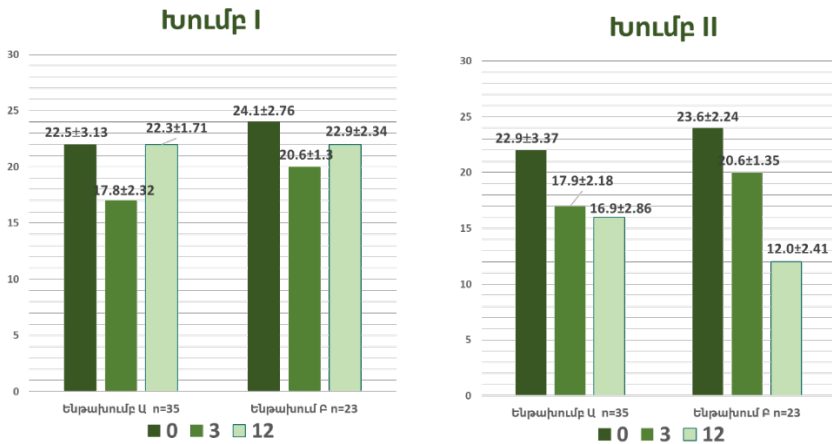
Բ ենթախմբում՝ 3 ամսում դիտվել էր հավաստի նվազում՝ համեմատած ելակետային մակարդակի հետ: Տասներկու ամիս անց տվյալ ենթախմբում արձանագրվել է AVI-ի մակարդակի վիճակագրորեն հավաստի բարձրացում՝ համեմատած երեք ամսվա արդյունքի հետ: Բ ենթախմբում տասներկու ամիս անց

գրանցված ցուցանիշը, Ա ենթախմբի նմանությամբ, տասներկու ամիս անց գրանցված ցուցանիշը վիճակագրորեն նշանակալի տարբերություն չի ցուցաբերել ելակետային մակարդակի համեմատ:

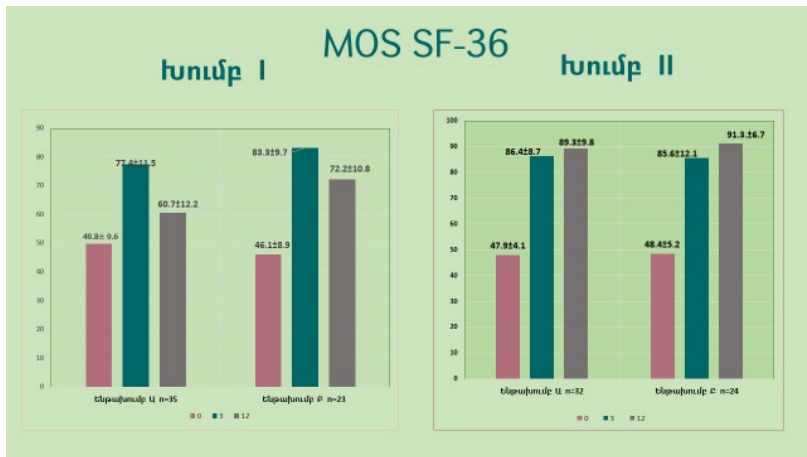
Երկրորդ կլինիկական խումբ

Ա ենթախմբում գրանցվել էր՝ 3 ամսում նույնպես գրանցվել է այս ցուցանիշի նվազում՝ համեմատած ելակետային մակարդակի հետ: Տասներկու ամիս անց այս կլինիկական խմբում AVI –ի փոփոխությունը՝ համեմատած 3 ամսվա արդյունքի հետ, աննշան էր, ինչը վկայում է տվյալ ցուցանիշի բարելավման կայուն արդյունքի մասին: Ի տարբերություն առաջին խմբի պացիենտների, ելակետային ցուցանիշի համեմատ, տասներկու ամիս անց գրանցված ցուցանիշը զգալիորեն ցածր էր :

Բ ենթախմբում՝ 3 ամսում դիտվել է վիճակագրորեն նշանակալի դրական դինամիկա՝ թերապիան սկսելուց երեք ամիս անց: Միջամտությունից տասներկու ամիս անց Բ ենթախմբի ցուցանիշները բնութագրվել են նշանակալի նվազմամբ՝ համեմատած երեք ամսվա տվյալների հետ: 12 անց, Ա նթախմբի նմանությամբ, AVI–ի ցուցանիշը զգալի նվազում է գրանցել ելակետային մակարդակի համեմատությամբ՝ պահպանելով բարելավման շարունակական միտումը:



Գծապատկեր 4. AVI-ի ցուցանիշները



Գծապատկեր 5. Կյանքի որակի MOS SF-36 ցուցանիշները

Կյանքի որակի MOS SF-36 ցուցանիշները

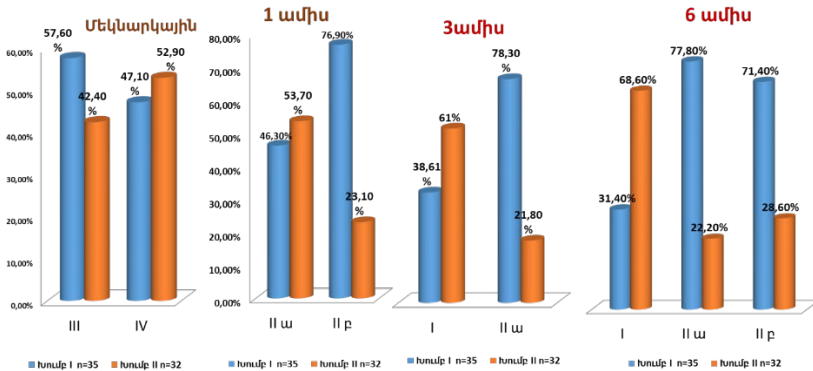
Ինչպես երևում է գծապատկեր 5-ում ներկայացված տվյալներից, միջամտությունից 3 ամիս անց դիտվել է բարելավման միտում: Սակայն, վիրահատությունից 12 ամիս անց բացահայտվել է առաջին կլինիկական խմբում դիտված տեղաշարժերի հետընթաց:

Միաժամանակ, երկրորդ խմբի հիվանդների շրջանում ցուցանիշի վատթարացում չի նկատվել: Ընդհակառակը, վիրահատությունից 12 ամիս պահպանվել է SF-36 ցուցանիշի վստահելի նվազման միտում (բարելավում):

Դինամիկ փոփոխությունների միջենթախմբային համեմատությունը ցույց տվեց, որ կյանքի որակի ցուցանիշների տեղաշարժերը ավելի ցայտուն էին երկու խմբերի Բ ենթախմբերում, ինչը հաստատում է մոդիֆիկացված թերապիայի ավելի արտահայտված բուժական ազդեցությունը:

Վերջույթների ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշների տեղաշարժերը (գծ.6):

Ա ենթախումբ Ներկայացված տվյալները վկայում են, որ վիրահատությունից անմիջապես հետո գրանցված ցուցանիշների համեմատական վերլուծության արդյունքում նախավիրահատական և հետվիրահատական վարման և ախտահարված վերջույթի ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշների միջև փոխկապակցվածության վիճակագրորեն հաստատված ապացույցներ չեն հայտնաբերվել: Մինչդեռ թերապիայի մեկնարկից 1, 3 և 12 ամիս անց իշեմիայի ծանրության ցուցանիշների (ըստ Ֆոնտեյնի դասակարգման) և վարման ընթացակարգի համեմատական վերլուծության արդյունքը բարձր հավանականությամբ հերքեց գրոյական վարկածը միջխմբային համամասնական բաշխվածության մասին դրսևորելով որոշակի կատեգորիաների միջև արտահայտված փոխկապակցվածության ապացույցներ:



Գծապատկեր 6. Վերջույթների ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշների տեղաշարժերը

Բ ենթախումբ Սույն պարամետրերի համեմատությունը թերապիայի մեկնարկից 1 ամիս անց չի հայտնաբերել վիճակագրորեն նշանակալի կապ հետ-վիրահատական վարման և ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշների միջև: Վիրահատությունից 3 և 12 ամիս անց՝ Ա ենթախմբի նմանությամբ, իշեմիայի ծանրության ցուցանիշների, ըստ Ֆոնտեյնի դասակարգման և վարման ընթացակարգի համեմատական վերլուծության արդյունքը բարձր հավա-նականությամբ հերքել է գրոյական վարկածը՝ դրսևորելով տվյալների կա-տեգորիաների միջև արտահայտված փոխկապակցվածության ապացույցներ: Առաջին կլինիկական խմբում խոշոր անդամահատումների տոկոսը հիվան-դաների ընդհանուր թվի նկատմամբ կազմել է 5,2%, իսկ երկրորդում մեծ անդամահատում չի գրանցվել: Խմբերի միջև տարբերությունները վիճակագրորեն նշանակալի չեն եղել: *Միջամտությունից 1 տարի անց կլինիկական խմբերում հիվանդների բուժման արդյունքների (մահացության ել անդամահատման ցուցանիշների) գնահատում*

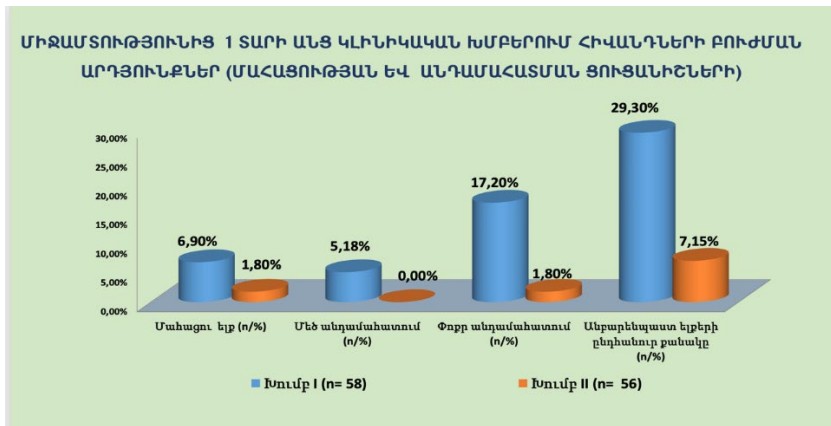
Փոքր անդամահատումների թիվը առաջին կլինիկական խմբում կազմել է 17,2%, իսկ երկրորդում՝ 1,8%: Այս ցուցանիշի միջխմբային տարբերությունը հավաստի էր, ինչը կարող է բացատրվել երկրորդ խմբում վերջույթների պահպանման զգալիորեն բարձր ցուցանիշով: Միևնույն ժամանակ, հարկ է նշել, որ տարբեր հետազոտություններում հաղորդված և աշխատանքում ամփոփված անդամա-հատումների ընդհանուր հաճախականությունը կազմում է մոտավորապես 30%: Անբարենպաստ ելքերի ընդհանուր թիվը առաջին կլինիկական խմբում կազմել է 29,3%, իսկ երկրորդ խմբում՝ 7,15%: Այս ցուցանիշի միջխմբային տարբերությունը նույնպես նշանակալի էր :

Վերոնշյալ արդյունքները ցույց են տալիս, որ երկրորդ խմբի պացիենտների շրջանում գրանցվել են անբարենպաստ ելքերի և անդամահատման հաճախականության վիճակագրորեն նշանակալի ավելի ցածր ցուցանիշներ՝

համեմատած ինչպես առաջին խմբի, այնպես էլ համաշխարհային միջին տվյալների հետ (25%) (գծ.7):

Հայաստանի ազգաբնակչության ՕԶԽՀ-ով հիվանդների շրջանում պսակաձև զարկերակների ատերոսկլերոտիկ ախտահարման զարգացման վրա կլինիկական գործոնների ազդեցության վերլուծություն

Մեր կողմից կատարված համեմատական վերլուծությունն արձանագրեց առաջին կլինիկական խմբի պացիենտների պսակաձև զարկերակների հիվանդության և հետևյալ տվյալների կատեգորիաների միջև վիճակագրորեն նշանակալի ասոցիացիայի ապացույցներ՝ ժառանգական նախատրամադրվածության, շողացող առիթմիայի, սրտային անբավարարության, զարկերակային գերճնշման, դիալիպիդեմիայի, երկրորդ տիպի շաքարային դիաբետի:



Գծապատկեր 7 . Միջամտությունից 1 տարի անց կլինիկական խմբերում հիվանդների բուժման արդյունքների գնահատման տվյալները

Ավելի թույլ, սակայն վիճակագրորեն զգալի կապեր են հայտնաբերվել պսակաձև զարկերակների հիվանդության և տարիքի, մարմնի զանգվածի ինդեքսի, ծխախոտամոլության, սարկոպենիայի, նախկինում տարած կաթվածի կամ տրանզիտոր իշեմիկ գրոհի, քնի օբստրուկտիվ ապնոէի, հիպերկոագուլյացիոն վիճակների, ինչպես նաև քրոնիկ երիկամային հիվանդությունների տվյալների կատեգորիաների միջև: Սրտի փականային հիվանդության և բազմաթիվ ուղեկցող հիվանդությունների ցուցանիշներում չի գրանցվել վիճակագրորեն հավաստի կապ պսակաձև զարկերակների հիվանդության առաջացման հետ:

Երկրորդ կլինիկական խմբում պսակաձև զարկերակների հիվանդության և մասնակիցների կլինիկական տվյալների համեմատությունը նույնպես բացահայտեց տվյալների մի քանի կատեգորիաների փոխկապակցվածություն: Կատարված համեմատական վերլուծությունն արձանագրեց պսակաձև անոթների և հետևյալ կատեգորիաների միջև վիճակագրորեն նշանակալի կապ՝

ժառանգական նախատրամադրվածություն, զարկերակային գերճնշում, սրտային անբավարարություն, շողացող առիթմիա, 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետ, դիսլիպիդեմիա: Ավելի թույլ, սակայն վիճակագրորեն նշանակալի կապեր են հայտնաբերվել պսակաձև զարկերակների հիվանդության և տարիքի, մարմնի զանգվածի ինդեքսի, ծխախոտամոլության, սարկոպենիայի, նախկինում տարած կաթվածի կամ տրանզիտոր իշեմիկ գրոհի, քնի օբստրուկտիվ ապնոէի, հիպերկոագուլյացիոն վիճակների, ինչպես նաև քրոնիկ երիկամային հիվանդությունների տվյալների կատեգորիաների միջև:

Բուժման արդյունավետության և պացիենտների կլինիկական բնութագրիչների միջև փոխկապակցվածությունը:

Առաջին կլինիկական խմբում բուժման արդյունքի և մասնակիցների կլինիկական տվյալների համեմատությունը բացահայտեց տվյալների մի քանի կատեգորիաների փոխկապակցվածությունը՝ բուժման արդյունավետության ցուցանիշների հետ: Համեմատական վերլուծությունն արձանագրեց բարձր ՄՁԻ-ի, 55-ից բարձր տարիքի, ժառանգական նախատրամադրվածության, շարունակվող ծխախոտամոլության, պսակաձև զարկերակների հիվանդության, զարկերակային գերճնշման, սրտային անբավարարության, սրտի փականային հիվանդության, նախկինում տարած կաթվածի կամ տրանզիտոր իշեմիկ գրոհի, քնի օբստրուկտիվ ապնոէի, երկրորդ տիպի շաքարային դիաբետի, բազմաթիվ ուղեկցող հիվանդությունների, պերիֆերիկ նեյրոպաթիայի տվյալների կատեգորիաների և բուժման թույլ արդյունքի միջև ասոցիատիվ կապի ազդեցիկ ապացույցներ: Այլ արտահայտված կախվածություն է հայտնաբերվել բուժման արդյունքի և հիպերկոագուլյացիոն վիճակների, վերջույթի իշեմիայի 4-րդ աստիճանի, սարկոպենիայի, դիսլիպիդեմիայի, վերջույթի հյուսվածքի տրոֆիկ խանգարման, քրոնիկ երիկամային հիվանդությունների կատեգորիաների միջև: Լարվածության ստենոկարդիայի III դասի, անկայուն ստենոկարդիայի և շողա-ցող առիթմիայի ցուցանիշներում չի գրանցվել հավաստի կապ կատարված բուժման արդյունքի հետ: Առավել արտահայտված կապակցվածությունը տվյալ խմբի հիվանդների մոտ արձանագրվել է վերջույթի հյուսվածքի տրոֆիկ խանգարման (15՝ ակնկալվող 6-ի փոխարեն), պերիֆերիկ նեյրոպաթիայի (15՝ ակնկալվող 10-ի փոխարեն), ՔՕԱ-ի (14՝ ակնկալվող 7-ի) և սարկոպենիայի (15՝ ակնկալվող 8-ի փոխարեն) բուժման անբավարար արդյունքի միջև:

Յաթրոգեն գործոններ՝ Առաջին կլինիկական խմբի պացիենտների բուժման գերազանց արդյունքի փոխկապակցվածություն է հայտնաբերվել ինվազիվ միջամտության տեսակի, ծխելը դադարեցնողների ինչպես նաև անամնեզում բարիատրիկ վիրահատության ցուցանիշների հետ: Պացիենտների տվյալ խմբում չի գրանցվել հավաստի կապ անեմիայի նախաինվազիվ, հետինվազիվ բուժման և կայքիումական անցուղիների պաշարիչների կիրառման արդյունք-ների միջև:

Երկրորդ կլինիկական խմբում բուժման արդյունքի և մասնակիցների կլինիկական տվյալների համեմատությունը նույնպես բացահայտեց տվյալների մի քանի կատեգորիաների հիպոթետիկ անհամապատասխանությունը՝ բուժման

արդյունքի ցուցանիշին: Տվյալ կլինիկական խմբում բուժման արդյունավետության վրա ազդող գործոնների քանակը էապես ցածր էր: Մեր կողմից կատարված համեմատական վերլուծությունն արձանագրեց անամնեզում՝ կաթվածի կամ տրանզիտոր իշեմիկ գրոհի, բարձր ՄՁՑ-ի, շարունակվող ծխախոտամոլության, պսակաձև զարկերակների հիվանդության, դիսլիպիդեմիայի, քրոնիկ երիկամային հիվանդությունների և բուժման թույլ արդյունքի միջև փոխկապվածության հավաստի ապացույցներ: Ժառանգական նախատրամադրվածության, տարիքի, լարվածության ստենոկարդիայի III դասի, անկայուն ստենոկարդիայի, զարկերակային հիպերտենզիայի, սրտային անբավարարության, սրտի փականային հիվանդության, շողացող առիթմիայի, վերջույթի իշեմիայի աստիճանի, քնի օբստրուկտիվ ապնոէի, 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետի, բազմաթիվ ուղեկցող հիվանդությունների, պերիֆերիկ ներյոպաթիայի, հիպերկոագուլյացիոն վիճակների, սարկոպենիայի, դիսլիպիդեմիայի և վերջույթի հյուսվածքի տրոֆիկ խանգարման ցուցանիշներում չի գրանցվել հավաստի կապ կատարված բուժման արդյունքի հետ:

Յաթրոգեն գործոններ՝ Իրականացված բուժման արդյունքի փոխկապակցվածություն է հայտնաբերվել ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշի հետ: Պացիենտների տվյալ խմբում չի գրանցվել հավաստի կապ ինվազիվ միջամտության տեսակի, անեմիայի նախա- և հետինվազիվ բուժման, կալցիումական անցուղիների պաշարիչների և անամնեզում՝ բարիատրիկ վիրահատության արդյունքների միջև:

Մոդիֆիկացված եղանակով վարած հիվանդների ճնշող մեծամասնության մոտ արձանագրվել է միջամտության «լավից գերազանց» արդյունքներ: Տվյալ պացիենտների ընտրանքում վիրահատության արդյունավետությունը փոխկապակցված էր պսակաձև զարկերակային հիվանդության, քրոնիկ երիկամային հիվանդությունների, դիսլիպիդեմիայի, բարձր ՄՁՑ, նախկինում տարած կաթված կամ տրանզիտոր իշեմիկ գրոհների և ծխելու դադարեցման գործոնների հետ:

Ամփոփելով՝ ՕԶԽՀ-ի բուժման գործընթացի և կլինիկական կամ յատրոգեն գործոնների միջև փոխկապակցվածությունն ավելի արտահայտված է ստանդարտ հետվիրահատական վարման, քան մոդիֆիկացված ընթացակարգով վարման դեպքում: Ուշագրավ է այն փաստը, որ բուժման դրական արդյունքի և ծխելը դադարեցնելու միջև արտահայտված կորելացիոն կախվածություն 2 կլինիկական խմբերում: Հիվանդների տարբեր կլինիկական խմբերի մոտ վերջույթի ակտիվության վերականգնման կլինիկական բնութագրերի և բուժման արդյունքների chi-square համեմատական վերլուծությունը ցույց տվեց, որ նշված փոխկապակցվածությունն ավելի արտահայտված է ստանդարտ քան մոդիֆիկացված ընթացակարգով վարման դեպքում:

Ստացված տվյալները նաև թույլ են տալիս եզրակացնել պացիենտների տվյալ ընտրանքի վարման առաջարկված մեթոդաբանության կիրառմամբ համեմատաբար բարձր արդյունավետության մասին: Ստորև ներկայացված է 3-րդ և 4-րդ աստիճանի իշեմիա ունեցող հիվանդների կլինիկական խմբում

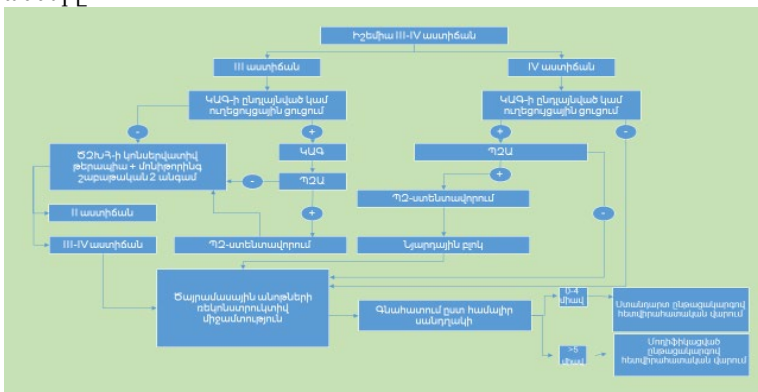
նախաինտերվենցիոն ԿԱԳ-ի ցուցման, վիրահատական և հետվիրահատական վարման ընթացակարգերի ընտրման ալգորիթմը:

ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

1. ԾԶԽՀ-ով հետազոտված հիվանդների շրջանում միջամտությունից 1, 3 և 12 ամիս անց երկու կլինիկական խմբերում արձանագրվել էր վերջույթի ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշի (ըստ Ֆոնտեյնի) հավաստի բարձրացում: Ի տարբերություն մոդիֆիկացված ընթացակարգով բուժված պացիենտների 12 ամիս երկու կլինիկական ենթախմբերում ստանդարտ ընթացակարգով վարման ենթարկված պացիենտների շրջանում արձանագրվել էր ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշի հավաստի նվազում:
2. ԾԶԽՀ-ով պացիենտների շրջանում միջամտությունից 3 և 12 ամիս անց կոմպենսացված արյան հոսքի ցուցանիշի նվազումը, ինչպես նաև կրկնակի խցանման և հեմոդինամիկորեն նշանակալի ստենոզների հաճախականության բարձրացումը, ասոցիացվել է ստանդարտ ընթացակարգով բուժման հետ:
3. Հետազոտված հիվանդների շրջանում, ելակետային ցուցանիշների համեմատությամբ, կյանքի որակի ցուցանիշների փոփոխությունները թերապիայի մեկնարկից 1 և 3 ամիս անց կրել են հավաստի բնույթ: 12 ամիս անց ստանդարտ ընթացակարգով բուժվող պացիենտների շրջանում նշված ցուցանիշների արձանագրված բարելավումը ենթարկվել է հավաստի հետադարձ զարգացման, մինչդեռ մոդիֆիկացված ընթացակարգով բուժվող պացիենտների շրջանում նման վատթարացում չի գրանցվել:
4. ԾԶԽՀ-ով հետազոտված հիվանդների շրջանում ՍԱՀ հետ կապված հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները ինչպես նաև անբարենպաստ ելքերի ընդհանուր ցուցանիշը մոդիֆիկացված ընթացակարգի կիրառման պարագայում, զգալիորեն ցածր են համապատասխան միջին միջազգային ցուցանիշների համեմատ:
5. Ուսումնասիրված ցուցանիշներում 1 ամսվա արժեքների միջև չի գրանցվել հավաստի միջխմբային տարբերություն: 3 և 12 ամիս անց մոդիֆիկացված ընթացակարգով բուժվող պացիենտների շրջանում արձանագրվել է անոթների դուալիքս սկանավորման արդյունքների ինչպես նաև վերջույթի ֆունկցիոնալ ակտիվության, և կյանքի որակի ցուցանիշների ավելի ցայտուն բարելավում:
6. Հայտնաբերվել է հստակ ասոցիատիվ փոխկապվածություն ԾԶԽՀ-ի բուժման արդյունքների և որոշակի կլինիկական ու յաթրոգեն գործոնների միջև, ինչպես նաև սահմանվել են ՄԻՀ զարգացման հետ առավել ասոցիացվող գործոնների հնգյակ ինչը հիմք կծառայի նախավիրահատական ԿԱԳ-ի ցուցումների ընդլայնման համար:
7. Համեմատական վերլուծության արդյունքների հիման վրա մշակվել է ԾԶԽՀ-ով պացիենտների արդյունավետ և օպտիմալացված վարման ալգորիթմ:

ԳՈՐԾԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Առաջարկվում է ընտրել ԾՁԽՀ-ով պացիենտների վարման ընթացակարգ՝ համաձայն հիմնական և համակցված հիվանդությունների արտահայտվածության վրա հիմնված համալիր ալգորիթմի:
2. ԾՁԽՀ-ով հիվանդների նախնական օբյեկտիվ գնման, ինչպես նաև հետագա դինամիկ դիտարկման ընթացքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել պացիենտների սոմատիկ ծանրաբեռնվածությունը, հատկապես պսակաձև զարկերակների ախտահարման հետ ասոցիացված գործոնների առկայությունը: Վերջիններիս հետ ասոցիացված գործոններից 3 և ավելի առկայության դեպքում նախաինտերվենցիոն հետազոտման ծրագրում ներառել ԿԱԳ:
3. Նախաինտերվենցիոն ԿԱԳ-ի ժամանակ պսակաձև անոթների կրիտիկական ախտահարման հայտնաբերման և ստենտավորման պարագայում, անհրաժեշտության դեպքում, խորհուրդ է տրվում կատարել անոթային ռեկոնստրուկտիվ միջամտություն՝ անզգայացումն ապահովելով համապատասխան նյարդի բլոկի միջոցով:
4. Կատարված վիրահատության արդյունավետությունը նպատակահարմար է գնահատել մշակված համալիր սանդղակի համաձայն, որն, ի տարբերություն իր առանձին բաղադրիչների, ներառում է ցուցանիշների ավելի ամբողջական գնահատում՝ հաշվի առնելով դուպլեքս սկանավորման արդյունքները, վերջույթի ֆունկցիոնալ ակտիվությունը, MOS SF-36 հարցաթերթիկի տվյալները և ասոցիացված ռիսկերի գնահատման արդյունքները: 5 միավորից բարձր գնահատված պացիենտների հետվիրահատական վարումը իրականացնել ներյոմետաբոլիկ և էնդոթելիոպաշտպան թերապիայի ներառմամբ:
5. Գործնական առաջարկների հիման վրա մշակվել է և պատրաստվում է հրատարակման մեթոդական ուղեցույց, որը, բացի նախաինտերվենցիոն հետազոտման գործողություններից, կներառի նաև միջամտության անհետաձգելի կատարման և հետվիրահատական համապատասխան վարման եղանակների և պայմանները:



Գծապատկեր 8. ԾՁԽՀ-ով պացիենտների արդյունավետ վարման ալգորիթմ

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՀՐԱՊԱՐԱԿՎԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

1. Hambardzumyan K.M., To the Issue of Hybrid Revascularization in Cases of Longer Arterial Occlusive Diseases of Lower Limbs. Հայաստանի բժշկագիտություն T. LXIII, N3 Երևան 2023, Էջ 3-8, UDK 616-007.272+616.7 DOI:10.54503/0514-7484-2023-63.3-3
2. К.М. Амбарцумян, К вопросу о выявлении периферических заболеваний у пациентов с ишемической болезнью сердца. Հայաստանի բժշկագիտություն T. LXV, N1 Երևան 2025, Էջ 101-105, УДК 616.12-005.5, DOI:10.54503/0514-7484-2025-65.1-101
3. Համբարձումյան Կ.Մ., Մանվելյան Ռ. Լ., Ծայրամասային զարկերակների խցանող հիվանդության վարման ստանդարտ եվ մոդիֆիկացված մոտեցումների համեմատական գնահատում դուպլեքս սկանավորման արդյունքների հիման վրա: Բժշկություն, գիտություն և կրթություն գիտատեղեկատվական հանդես Հ.3 դետեմբեր 2025, DOI: 110.54235/27382737-2025.v5., n3-07, Էջ 43-52
4. Hambardzumyan K.M., Manvelyan R.L., Changes in lower limb functional activity and treatment outcomes in patients with peripheral arterial disease following the application of standard and modified treatment protocols. A comparative analysis. Georgian Med News. 2026 Jan;(370):153-159. PMID: 41804145

РЕЗЮМЕ
АМБАРЦУМЯН КАРЕН МАРТИКОВИЧ
Оптимизация ведения и улучшение качества жизни пациентов
с сочетанными поражениями
коронарных и периферических артерий

Настоящая работа посвящена оптимизации ведения пациентов с комбинированными поражениями периферических и коронарных сосудов и улучшению качества жизни. Изучение этих аспектов является одной из актуальных проблем современной кардиологии и общественного здравоохранения. Основой работы послужили результаты обследований, проведенных в начале исследования 114 пациентов, а также во время их периодических осмотров (через 1, 3 и 12 месяцев после операции).

Исследования включают результаты изучения клинических и социально-демографических характеристик, прединтервенционных обследований, эффективности применения различных подходов оперативного вмешательства и послеоперационного лечения. В частности, изучались наличие сопутствующих заболеваний, результаты оценки функциональной активности конечностей по классификации Фонтейна, дуплексного сканирования артерий нижних конечностей с регистрацией кровотока и лодыжечно-плечевого индекса, соотношения артериального давления и объема, индекса пульсовой скорости кровотока в артерии а также уровня качества жизни по шкале самооценки MOS SF-36. Разделение пациентов на клинические группы проводилось в зависимости от выбранного метода лечения: 1) предоперационное ведение, хирургическое вмешательство и послеоперационное лечение по стандартной процедуре в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Республики Армения; 2) модифицированный подход к предоперационному ведению, хирургическому вмешательству и послеоперационному лечению. Предложенная модификация направлена на ускорение достижения терапевтических результатов и обеспечение их долгосрочной стабильности. На основе полученных данных был разработан алгоритм эффективного ведения пациентов с хроническими заболеваниями периферических артерий.

SUMMARY
HAMBARDZUMYAN KAREN MARTIK
Optimization of Management and Improvement of Quality of Life for Patients
with Concomitant Coronary and Peripheral Artery Disease

This study is devoted to optimizing the management of patients with combined lesions of the peripheral and coronary arterial vessels and to improving their quality of life. The investigation of these issues represents an important and clinically relevant problem in contemporary cardiology and public health, given the complex clinical course and multifactorial nature of cardiovascular disease in patients with concomitant peripheral and coronary vascular involvement.

The study was based on the results of comprehensive examinations performed at the beginning of the study in 114 patients, as well as on the findings obtained during scheduled follow-up examinations conducted at 1, 3 and 12 months after surgical intervention.

The study included an assessment of the patients' clinical and socio-demographic characteristics, pre-intervention examination findings, the effectiveness of different approaches to surgical intervention, and post-intervention treatment outcomes. Particular attention was given to the presence of concomitant diseases and to the assessment of the functional status of the lower extremities according to the Fontaine classification. The study also included duplex ultrasonography of the arteries of the lower extremities with assessment of blood-flow parameters and determination of the ankle-brachial index, arterial velocity pulse index, arterial pressure-volume index as well as evaluation of patients' quality of life using the MOS SF-36 health-related quality-of-life questionnaire. Depending on the treatment strategy selected, the patients were divided into two clinical groups. The first group included patients who received preoperative management, surgical intervention, and postoperative treatment according to the standard protocol in accordance with the recommendations of the Ministry of Health of the Republic of Armenia. The second group consisted of patients managed according to a modified approach incorporating modifications to the preoperative management, surgical intervention, and postoperative treatment.

The proposed modification was aimed at accelerating the achievement of therapeutic outcomes and ensuring their long-term stability. Comparative assessment of the clinical, functional, and quality-of-life outcomes obtained during follow-up provided the basis for evaluating the effectiveness of the proposed management approach. Based on the results obtained, an algorithm for the effective management of patients with chronic peripheral arterial disease was developed.