

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ХУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРИНИ БЕРУВЧИ DSc.26.04.2018.Tib.64.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ЮЛДОШЕВ НАБИЖОН ПИРИМОВИЧ

**ABSORB БИОСЎРИЛУВЧАН КАРКАСЛАРНИНГ ДОРИ ҚОПЛАМЛИ
ИККИНЧИ ГЕНЕРАЦИЯ СТЕНТЛАРИ БИЛАН КЛИНИК-
АНГИОГРАФИК ҚИЁСИЙ САМАРАДОРЛИГИ**

14.00.06 – Кардиология

**Тиббиёт фанлари бўйича докторлик (DSc) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ-2018

Докторлик диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской диссертации

Content of the abstract of doctoral dissertation

Юлдошев Набижон Пиримович

Absorb биосўрилувчан каркасларнинг дори қопламли иккинчи
генерация стентлари билан клиник-ангиографик қиёсий
самарадорлиги 3

Юлдошев Набижон Пиримович

Клинико-ангиографическая сравнительная эффективность
биоразтворимых каркасов Absorb со стентами с лекарственным
покрытием второй генерации 33

Yuldoshev Nabijon Pirimovich

Clinic and angiographic comparative efficiency of the bioresorbable
vascular scaffolds Absorb with drug-eluting stents of the second
generation 63

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 68

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ХУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРИНИ БЕРУВЧИ DSc.26.04.2018.Tib.64.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ЮЛДОШЕВ НАБИЖОН ПИРИМОВИЧ

**ABSORB БИОСЎРИЛУВЧАН КАРКАСЛАРНИНГ ДОРИ ҚОПЛАМЛИ
ИККИНЧИ ГЕНЕРАЦИЯ СТЕНТЛАРИ БИЛАН КЛИНИК-
АНГИОГРАФИК ҚИЁСИЙ САМАРАДОРЛИГИ**

14.00.06 – Кардиология

**Тиббиёт фанлари бўйича докторлик (DSc) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ-2018

Тиббиёт фанлари бўйича докторлик (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий Аттестация Комиссиясида В2018.1.DSc/Tib294 рақам билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз тилларида (хулоса)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.cardiocenter.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим портали (www.ziyounet.uz)да жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:	Курбанов Равшанбек Давлетович, тиббиёт фанлари доктори, академик
	Роберт Гил Джулиан тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Бабунашвили Автандил Михайлович тиббиёт фанлари доктори, профессор (Россия Федерацияси)
	Камилова Умида Кабировна тиббиёт фанлари доктори, профессор
	Кенжаев Мажид Латипович тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	«Россия Академияси Томск миллий тадқиқот тиббиёт маркази» «Кардиология илмий текшириш институти» федерал давлат бюджет илмий муассасаси (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.26.04.2018..Tib.64.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «_____» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100007, Тошкент шаҳри,, Мирзо Улуғбек тумани Осиё кўчаси 4-уй. Тел./Факс (99871) 237-38-16, e-mail: scardio@cardiology_uzb, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100007, Тошкент, Осиё кўчаси, 4-уй. Тел./Факс (99871)237-38-16.

Диссертация автореферати 2018 йил «_____» _____ тарқатилди.

(2018 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Т.А.Абдуллаев

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Г.А.Хамидуллаева

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.Б.Шек

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари
доктори

КИРИШ (докторлик диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК)ни даволаш ва профилактика бўйича охирги йиллардаги эришилган ютуқларига қарамасдан, у мамлакатлар аҳолиси касалланиш ва ўлим структурасида етакчи ўринни эгаллаши билан тавсифланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра «ҳар йили юрак қон томир касалликларидан (ЮҚТК) 17,7 млн., шунингдек юрак ишемик касаллигидан 7 млн.дан ортиқ киши ва касаллик намоён бўлган вақтдан бошлаб 3 йил ичида ўртача 10-12% беморлар ҳаётдан кўз юмади». ЮИК билан касалланишнинг энг муҳим жиҳати бу унинг инсон ҳаётининг энг фаол даврида, яъни 35-60 ёшларда учраши ва госпитализация учун кўпроқ сабаб бўлиши, ҳаёт сифати (ҲС)нинг ёмонлашуви ва ҳаётга лаёқатлилигининг чекланиши, ўлим даражасининг юқорилиги билан тавсифланади. Охирги тавсияномалар (2014, 2017) ва статистик маълумотларга кўра «ўлимга олиб келувчи ҳолатларнинг 54%и юрак қон-томир касалликларидандир¹». Касалхонадан ташқари учраган тўсатдан ўлим ҳолатининг 75%ини тож томирлар касалликлари ташкил этади.

Жаҳонда ЮИК бор беморларни ташхислаш, эрта аниқлашда янгича ёндашувлар ва даволаш тактикасининг натижалари бўйича юқори самарадорликка эришиш мақсадида қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. ЮИК билан касалланган беморларни эндоваскуляр усуллар билан даволашни мақбуллаштириш, ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида даволаш усуллари мукамаллаштириш муҳим аҳамият касб этади. Охирги вақтларда олим ва клиницистларнинг диққати қон томирларда реканализация функциясини таъминловчи, томир ўзанини эластиклик хусусиятини тикловчи мосламалардан фойдаланиладиган кичик инвазив хирургия усулларига қаратилмоқда ва ЮИК билан касалланган беморларни даволашда ҳар хил турдаги стентлардан фойдаланиш самарадорлиги ва хавфсизлигини ўрганиш, ёндашувни оптималлаштириш ҳозирги кунда долзарб масалалардан бири ҳисобланади.

Мамлакатимизда аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатишни тубдан яхшилаш қаратилган кенг қамровли тадбирлар амалга оширилмоқда. Ўзбекистон Республикасининг 2017-2021 йилларга мўлжалланган бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида «соғлиқни сақлаш соҳасини, энг аввало, аҳолига тиббий ва ижтимоий-тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини оширишга қаратилган дастлабки бўғини, тез ва шошилишчи тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, аҳолининг соғлом турмуш тарзини шакллантириш, аҳоли касалланиш кўрсаткичларини

¹ ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularisation. European Heart Journal (2014) 35, 2541–2619; ESC Guidelines for the Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation (Management of) 2017. European Heart Journal, 2018; 39, Is.2, 119–177.

пасайтиришни таъминлаш ва аҳоли ҳаёт давомийлигини узайтириш»² каби вазифалар белгилаб берилган. Бу борада кардиология соҳасини изчил ривожлантириш юрак-қон томир касалликларини олдини олиш, ҳавф омилларини эрта аниқлаш ва касалликни даволашда юқори технологияли эндоваскуляр усулларни самарадорликни ошириш, шу жумладан ЮИКни эрта ташхислаш, касаллик клиник кечишини прогнозлаш, эндоваскуляр даволаш чораларини оптималлаштириш ва бунинг натижасида касалланиш, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш, бемор ҳаёт сифати ва прогнозини яхшилаш муҳим аҳамиятга эга.

Ўзбекистон Республикаси Президентнинг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чоратadbирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда соҳага оид бошқа қонун ҳужжатларида белгиланган вазифаларни амалга оширишга диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Ушбу диссертация тадқиқоти республика V «Тиббиёт ва фармакология» - фан ва технологияларни такомиллаштиришнинг устувор йўналишларига мос равишда бажарилган.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи³. ЮИК билан касалланган беморларда даволашнинг эндоваскуляр усулларни қўллаш самарадорлигини ўрганиш бўйича илмий тадқиқотлар дунёнинг етакчи илмий марказлари ва олий ўқув муассасаларида, жумладан: Kings College (Англия), Center for Cardiovascular Research Charité (Германия), Centro Cardiologico MONZINO (Италия), Institut Cardiovasculaire Paris Sud, La Clinique Saint-Hilaire (Франция), California Hospital Medical Center, Columbia University Medical Center, New York-Presbyterian Hospital (США), Kyoto University Hospital, Teikyo University Hospital (Япония), Geneva University Hospitals (Швейцария), Department of Hemodynamics, Institute of Cardiology, Jagiellonian University Medical College (Польша), В.А. Алмазов номидаги Миллий тиббиёт текшириш маркази, Россия кардиологик илмий-ишлаб чиқариш комплекси, академик Е.Н.Мешалкин номидаги миллий тиббий текшириш маркази, Россия Академияси Томск миллий тадқиқот тиббиёт маркази Кардиология илмий текшириш институти (Россия Федерацияси) олиб борилди.

ЮИКни даволашнинг эндоваскуляр усулларини қўллашнинг самарадорлиги юзасидан илмий тадқиқотлар натижасида бир қатор,

² 2017 - 2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси

³ Диссертация мавзуси бўйича чет эл илмий тадқиқотлари мунозараси: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, www.who.int, www.nhlbi.nih.gov, www.heart.org, www.acc.org, www.medscape.com, www.idf.org, www.instituteofdiabetes.com.au, www.scardio.ru, www.almazovcentre.ru, www.medgenetics.ru, abbottvascular.com

жумладан, қуйидаги илмий натижалар олинган: клиник-ангиографик кўрсаткичлар бўйича касаллик кечиши, прогнози ва беморлар ҳаёт сифати яхшиланиши исботланган (Center for Cardiovascular Research Charité, California Hospital Medical Center, New York-Presbyterian Hospital, Jagiellonian University Medical College, В.А.Алмазов номидаги миллий тиббиёт текшириш маркази, Россия кардиологик илмий-ишлаб чиқариш комплекси, Россия Академияси Томск миллий тадқиқот тиббиёт маркази Кардиология илмий текшириш институти); прогноз ва олис натижалар баҳоланганда юрак ремоделланиш кўрсаткичларининг ва юрак қон томир асоратларнинг камайиши, касаллик клиник кечиши яхшиланиши асосланган (La Clinique Saint-Hilaire, Kyoto University Hospital, Columbia University Medical Center, академик Е.Н.Мешалкин номидаги миллий тиббий текшириш маркази); касаллик клиник турлари, функционал-ангиографик мезонларни ҳисобга олган ҳолда беморларни олиб бориш ва даволаш стандартларини қўллаш тактикаси такомиллаштирилган (Centro Cardiologico MONZINO, Geneva University Hospitals, Россия кардиологик илмий-ишлаб чиқариш комплекси).

Ҳозирги вақтда дунёда ЮИКни эрта ташхислашни мақбуллаштириш, прогностик омилларни аниқлаш ва даволаш самардорлигини ошириш бўйича бир қатор, устувор йўналишларда тадқиқотлар амалга оширилмоқда, жумладан: касаллик диагностикасида эндоваскуляр усулларнинг прогностик аҳамиятини эрта аниқлаш, даволашда ҳар хил кўринишдаги стентларни қўллаш бўйича даволаш тамойилларини ишлаб чиқиш, интервенцион аралашувдан кейин касалликнинг кечиши ва асоратларини прогнозлаш, яқин ва узоқ муддатдаги самардорликни ошириш ва бунинг натижасида касаллик клиник кечишини ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш, тромбоз ва рестеноз ривожланишининг патогенетик механизмларида иштирок этувчи омилларни аниқлаш орқали асоратларни камайтириш, касаллик клиник кечиши ва прогнозини яхшилашни такомиллаштириш устувор йўналишларида тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. ЮИКда патогенетик механизмларни ўрганиш ва даволаш чора-тадбирларни оптималлаштиришга кўплаб олимларнинг илмий ишлари бағишланган (Colombo A. 2013; Бузиашвили Ю.И. ва ҳаммуал., 2016; Шляхто Е.И. 2017). Ангиографик текширишда тож томирларда атеросклеротик жараённинг тарқалиш хажми ва томир диаметри торайиш даражаси ноҳуш прогнознинг мустақил белгилари сифатида кўрилади (Chevalier B., 2014; Акчурин Р.С., 2014; Ferenc M et al., 2015).

Миокарднинг реваскуляризация жараёнлари механизмлари ўрганилган ва даволашда реваскуляризация усулларини танлаш тамойиллари ишлаб чиқилган. ЮИКда даволаш стратегияси клиник-ангиографик кўрсаткичларни баҳолаган ҳолда даволашга ёндошувни танлаш ва миокард ревакуляризацияси самардорлиги асосланган (Dudek D., 2014; Алекян Б.Г., 2017; Бабунашвили А.М., 2017; Gil J.R., 2018). ЮИКни даволашда миокард

реваскуляризациясида турли кўринишдаги стентларни қўллаш самарадорлиги қиёсий баҳоланган. Миокард реваскуляризациясининг қисқа муддатли ва олис натижаларини ҳисобга олган ҳолда, кардиоваскуляр асоратларни эрта прогнозлаш ва уларни олдини олиш муҳимлиги аниқланган (Осиев А.Г., 2013; Bil J. et al., 2016; Grundeken M., 2017).

Охирги йилларда эришилган ютуқларга қарамай, ЮИКни даволаш бўйича долзарб муаммолар мавжуд. Касалликни медикаментоз даволаш, ангиопластика ва аортокоронар шунтлаш усуллари самарадорлиги бўйича қарама-қаршилиқлар бор. Томир деворида стентнинг доимий равишда туриши томир тармоқланиш даражасида ён тармоқлар ўзанини тўсилишига, томир деворининг вазомотор функцияси ёмонлашувига, стентда тромблар пайдо бўлишига олиб келиши ва истикболли хирургик реваскуляризация ўтказилишига монелик қилиши мумкинлиги кўрсатилган, ҳамда бу муаммонинг ечимида тўлиқ ўз-ўзидан сўрилувчи стентларнинг роли аниқланган (Mattesini A., 2014; J. Kereiakes et al. 2015; Onuma Y., 2016; K Revath et al., 2017) Биосўрилувчан Absorb (BVS) каркаслари самарадорлиги бўйича бир қатор тадқиқотлар натижалари мутлақо бошқача натижаларга эга: ушбу ускуна қўлланилишининг узок босқичларида хавфсизлик масалаларига эътиборни қаратиш кераклиги кўрсатилган (Chevalier B., 2014; Serruys P.W., 2016).

ЮИКни диагностикаси ва даволашда эндоваскуляр усулларни қўллашга бағишланган тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилганда, кардиоваскуляр асоратларни эрта аниқлаш ва олис натижаларни баҳолашда турли хил стентларнинг самарадорлигини ўрганиш бўйича тадқиқотларни давом эттиришни талаб қилади.

Ўзбекистонда ЮИКда эндоваскуляр усулларни қўллаш бўйича М.М.Зуфаров, Б.А.Аляви, Д.А.Алимов ва б. илмий изланишлар олиб бормоқдалар. Аввал ЮИКда ва унинг 2-тур қандли диабет билан бирга кечишида беморлар жинси, касалликнинг клиник шакли, зарарланган томирлар сонига боғлиқ равишда стентлар ўрнатишнинг клиник-функционал ва олис самарадорлиги аниқланган. Бироқ ЮИКда Absorb (BVS) биосўрилувчан каркасларни қўллаш билан миокард реваскуляризацияси амалга ошириш бизнинг республикада ўрганилмаган. ЮИКда биосўрилувчан каркас ва дори қопламали стентларни қўллашнинг клиник-ангиографик самарасининг қиёсий таҳлилинини ўтказиш, уларни татбиқ этишнинг қисқа муддатли ва олис кузатув натижаларини ўрганиш касаллик клиник нохуш кечишини прогнозлаш, касаллик клиник кечишини яхшилаш ва даволашнинг самарали тактикасини аниқлашга имкон беради.

Юқорида баён қилинганларни ҳисобга олиб, республика шароитида ЮИКни, айниқса унинг ўткир турларида миокард реваскуляризациясида Absorb (BVS) биосўрилувчан каркасларни қўллаш самарадорлигини баҳолаш замонавий кардиологиянинг долзарб муаммоси бўлиб ҳисобланади

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий-тадқиқот ишлари режасининг АДСС15.13.5 «ЮИК оғир формалари бор беморларда кўп томирли ва/ёки коронар артерия стволени стентлаш усуларини ишлаб чиқиш ва уни агрессив медикаментоз терапия билан қиёслаш» амалий лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: ЮИКнинг турли шакллари билан касалланган беморларда биосўрилувчан Absorb (BVS) каркас ва иккинчи генерация дори қопламали (DES) стентларни клиник-ангиографик самарадорлигини қиёсий баҳолаш ва даволашга ёндашувни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ЮИКнинг турли шакллари билан касалланган беморларда биосўрилувчан Absorb (BVS) каркас ёки иккинчи генерация дори қопламали (DES) стентлар имплантацияси йўли билан реваскуляризация усулини танлаш учун коронар томирлар рентген-морфологик тавсифини аниқлаш;

BVS ва DES ўрнатилган ЮИКнинг турли шакллари билан касалланган беморларда даволашнинг госпитал босқичи ва кузатувнинг олис даврларида миокард реваскуляризациясининг ангиографик самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш;

BVS ва DES ўрнатилган ЮИКнинг турли шакллари билан касалланган беморларда даволашнинг госпитал босқичи ва кузатувнинг олис даврларида миокард реваскуляризациясининг клиник-функционал самарадорлигини қиёсий таҳлил қилиш;

BVS и DES ўрнатилган беморларда яллиғланиш маркерлари ва тромбоцитлар агрегацияси кўрсаткичлари динамикасини эрта ва олис кузатув даврларида аниқлаш;

BVS и DES ўрнатилган беморларда эрта ва олис кузатув даврларида даволаш тартибига изчил риоя этиш ва ҳаёт сифатини баҳолаш;

кардиоваскуляр асоратларни эрта, ўрта-олис ва олис кузатув даврида аниқлаш орқали биосўрилувчан “Absorb” каркасни қўлланишидаги миокард реваскуляризацияси нохуш предикторларни аниқлаш;

ЮИК билан хасталанган беморларда клиник-ангиографик кўрсаткичлар ва прогностик мезонларни ҳисобга олган ҳолда эндоваскуляр даволашга ёндашувни ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказида стационар шароитда даволанаётган юрак ишемик касаллиги (ЮИК) билан хасталанган 200 нафар бемор танланган.

Тадқиқотнинг предмети биокимёвий текширишлар ўтказиш учун веноз қон ва қон зардобиди.

Тадқиқотнинг усуллари. Мазкур тадқиқотда клиник, биокимёвий, иммунофермент, инструментал, статистик услублар қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ЮИКнинг турли шаклларида биосўрилувчи замонавий Absorb каркаслари ва иккинчи генерация дори қопламли (DES) стентларининг касаллик клиник кечиши, юрак ремоделланиши жараёнларига, ўрта олис ва олис натижалари кўрсаткичларига қиёсий самарадорлиги асосланган;

ЮИКда чап қоринча паст отиш фракциясини касаллик клиник тури, ўтказилган миокард инфаркти сони, ангиографик кўрсаткичлар – тож томирларда атеросклеротик жараённинг тарқалиш хажми ва томир диаметри торайиш даражаси, зарарланган томирлар сони, ҳамда яллиғланиш омили С реактив оқсил билан ўзаро боғлиқлиги исботланган;

ЮИКда қоринчалар экстрасистолиясининг юқори градацияларини касалликнинг клиник турлари (миокард инфаркти, ностабил стенокардия), ҳамда нохуш ангиографик предикторлар – зарарланган томирлар сони, тож диаметри торайиш даражасига боғлиқ эканлиги аниқланган;

ЮИК билан хасталанган беморларда муваффақиятли миокард реваскуляризацияси ўтказилганда даволаш тартибига изчил риоя этиш кўрсаткичи ва ҳаёт сифати кўрсаткичи яхшиланиши, айниқса касалликнинг ўткир шакллари (миокард инфаркти, ностабил стенокардия)да аниқланган;

ЮИКнинг турли шакллари даволашда беморларда клиник-функционал ва ангиографик прогностик мезонларни ҳисобга олган ҳолда эндоваскуляр усулни танлашга қиёсий ёндашув такомиллаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ЮИК билан касалланган беморларда миокард реваскуляризацияси самарадорлигини оширувчи клиник-функционал ва ангиографик мезонлар ишлаб чиқилган;

касалликнинг клиник шакллари ва кечиши, чап қоринча қисқарувчанлик қобилиятини, қондаги яллиғланиш омилларини ҳисобга олган ҳолда дифференциал ёндашув асосида эндоваскуляр усулларни қўллаш механизми такомиллаштирилган;

ЮИК бор беморларда касаллик клиник кечиши ва юрак функционал ҳолатини баҳолашни ҳисобга олган ҳолда биосўрилувчан Absorb каркасини ўрнатиш ва асоратларини олдини олиш чора-тадбирлари такомиллаштирилган;

ЮИК билан касалланган беморларда биосўрилувчан Absorb каркаси ўрнатишни тавсия қилиш учун эрта ва олис даврларда нохуш асоратларни прогноزلанишни баҳолаш усули ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган ёндашув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган тажриба натижалари билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда

махаллий тажрибалар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, ЮИК билан хасталанган беморларда клиник-функционал, юрак ремоделланиши жараёнлари ва нохуш ангиографик кўрсаткичларнинг ўзаро боғлиқлик механизмларини ўрганишга катта ҳисса қўшади, шунингдек ЮИК бор беморларда эндоваскуляр ёндашув учун прогнознинг клиник-ангиографик предикторларини аниқлаш ва даволаш тактикасини ишлаб чиқиш миокард ревакуляризацияси тўғрисидаги назарий ва амалий билимларни такомиллаштириш имконини бериш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ЮИК бор беморларда касалликнинг клиник шакли, кечиши, функционал ва ангиографик кўрсаткичларни ҳисобга олган ҳолда миокард ревакуляризациясини оптималлаштириш услуби ишлаб чиқилган. ЮИКнинг турли шакллари даволашда беморларда клиник-функционал ва ангиографик прогностик мезонларни ҳисобга олган ҳолда эндоваскуляр усулни танлаш беморларда касаллик кечишини яхшилаш, яқин ва олис прогнозни яхшилаш, асоратлар ривожланиши олдини олиш, даволаш муддатларини қисқартириш, госпитализациялар сонини камайтириш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. ЮИК билан хасталанган беморларда миокард ревакуляризациясини амалга оширишга янгича ёндашувлар ва дифференциал даволаш тактикаси тамойилларини ишлаб чиқиш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Юрак ишемик касаллигини даволашда биосўрилувчан Absorb томир каркасини қўллаш» номли услубий қўлланма тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 7 майдаги 8н-д/93-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма ЮИК бор беморларда касаллик клиник кечиши ва юрак функционал ҳолатини баҳолаш ҳисобга олган ҳолда биосўрилувчан Absorb каркасини томир ичига ўрнатиш ва асоратларини олдини олиш чоратadbирларини такомиллаштириш имконини беради;

«Тож артерияларини ангиопластикасини стентлашдан кейин рестенозни прогнозлаш усули» ихтиро учун патент олинган (№IAP 20170385). ЮИК бор беморларда стентлаш амалиётидан сўнг прогнозни баҳолашга имкон беради;

«Юрак ишемик касаллигини даволашда эндоваскуляр усулларнинг замонавий жиҳатлари» номли услубий тавсия тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 7 майдаги 8н-д/93-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма ЮИК бор беморларда касаллик клиник-ангиографик мезонларни ҳисобга олган ҳолда эндоваскуляр даволаш усулларини қўллашни такомиллаштириш имконини беради;

ЮИК бор беморларда клиник-ангиографик эрта предикторларини баҳолаш ва эндоваскуляр ёндашувни оптималлаштириш бўйича олинган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Қорақалпоғистон Республикаси Республика кардиологик диспансери, Фарғона вилояти кардиологик диспансери амалиётига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 24 майдаги 8н-д/104-сон маълумотномаси). Илмий натижаларнинг амалиётга тадбиқ қилиниши ЮИК бор беморларда салбий клиник-ангиографик предикторларни эрта аниқлашга, эндоваскуляр усулларни такомиллаштиришга, касаллик кечишини, ҳаёт сифати кўрсаткичи ва прогнозни яхшиланишига, касаллик асоратларини 1,3 мартага, госпитализациялар сонини 2,1 мартага ва даволаш давомийлигини 2 мартага камайтиришга имкон берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 11 та халқаро ва 6 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича 61 та илмий иш нашр қилиниб, улардан 18 та мақола Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий натижаларини чоп этиш тавсия этилган нашрлар рўйхатига киритилган журналларда, улардан 5 таси халқаро илмий журналларда нашр этилган.

Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, 5 та асосий боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 189 бетни ташкил қилади.

ДИССЕРТАЦИЯ ИШИНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсад ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифлаган, тадқиқотнинг республика фан ва технологияни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг ишончилиги асосланган, уларнинг илмий ва амалий аҳамиятини очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишнинг апробацияси натижалари, эълон қилинган ишлар ва диссертацияни тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Юрак ишемик касаллигини даволашда эндоваскуляр усулларнинг замонавий жиҳатлари»** деб номланган биринчи бобида ЮИКни даволашнинг эндоваскуляр усуллари ривожланиш босқичлари, хар хил турдаги стентлардан фойдаланиш натижалари ва ишланмалар ҳақида; ЮИКни даволашда кичик инвазив аралашувларнинг замонавий жиҳатлари таҳлил қилинган.

Диссертациянинг **«ЮИКни турли шаклларида диагностика, даволаш ва прогнозлаш самарасини мониторинг методологияси»** деб номланган иккинчи бобида тадқиқотга киритилган беморларнинг умумий тавсифи, тадқиқот усуллари ва натижаларни баҳолашда қўлланилган статистик усуллар келтирилган.

Ушбу тадқиқотга Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказида стационар шароитда даволанаётган 200 нафар ЮИКнинг турли шакллари билан касалланган беморлар (169 – эркак ва 31 – аёл) киритилиб, клиник, функционал ва ангиографик текширувдан ўтказилган. Беморларнинг ўртача ёши $54,43 \pm 10,01$ ни ташкил этди. Тадқиқотдан истисно қилиш мезонлари: анамнезида илгари тери орқали аралашувдан аорто-коронар шунтлаш ёки стентлаш ўтказилганлиги; юрак қон-томир тизимининг оғир қўшилиб келган касалликлари (аорта аневризмаси; хирургик коррекцини талаб қилинадиган клапан нуқсонлари; чап қоринчанинг яққол ривожланган систолик дисфункцияси чап қоринча отилиш фракцияси (ФВчк) $< 35\%$; декомпенсирланган юрак етишмовчилиги; КФТ < 30 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ бўлган оғир буйрак етишмовчилиги); антикоагулянтлар/дезагрегантлар қабул қилишга толерантлик ривожланмаган беморлар; тож ўзани бифуркацион, кўп пояли зарарланиши мавжуд бўлган; кардиоген шок; ТКА ўтказишга SYNTAX шкаласи бўйича ўртача ва юқори хавф гуруҳига кирувчи беморлар.

Беморларда миокард реваскуляризацияси самарадорлигини қиёсий баҳолаш мақсадида беморлар икки гуруҳга ажратилган: биринчи гуруҳни 100 та бемор ташкил этиб, уларга ўзисўрилувчан томир каркаси ўрнатилган ва иккинчи гуруҳни ҳам 100 та бемор ташкил этиб, иккинчи генерация дори қопламали стентлар имплантацияси ўтказилган. Беморлар нозологик таркиб

бўйича таққослаш учун мос бўлган. Кузатув давомийлиги 24 ойни ташкил этган.

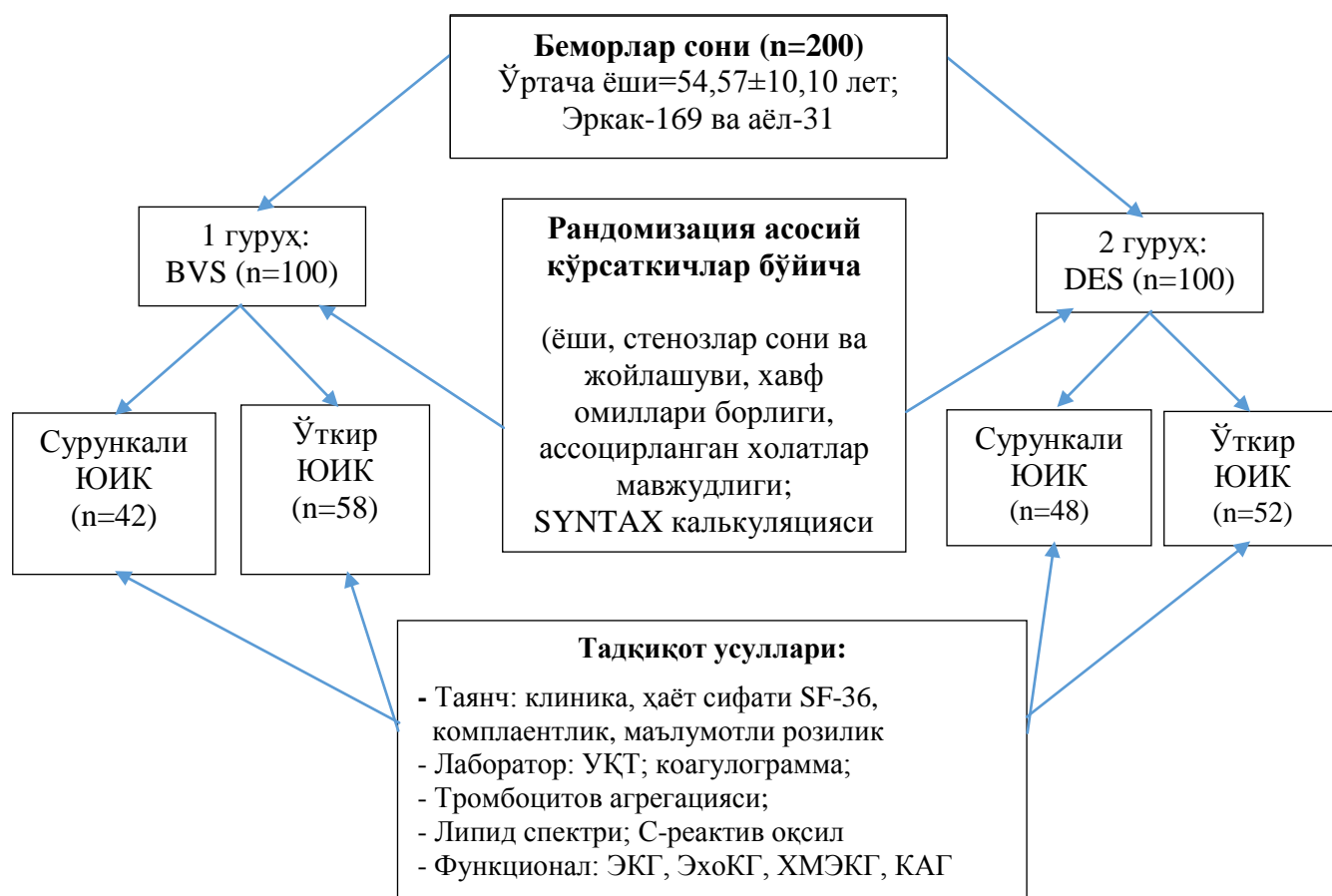
Барча беморларда липид алмашинув кўрсаткичлари, С-реактив оқсил, тромбоцитлар агрегацияси, электрокардиография, эхокардиография, суткалик ЭКГ мониторинг, беморларни даволашга изчил ёндашув ва ҳаёт сифатини баҳоловчи халқаро сўровномаларни ўз ичига олувчи текширувлар ўтказилган.

Беморларда рентген-морфологик тавсифни баҳолаш учун тож томирлар селектив коронарографияси (КАГ) қуйидаги ангиографик параметрларни ҳисобга олган ҳолда ўтказилган: стеноз даражаси, стенотик шикастланишлар сони, А-В-С бўйича стенотик зарарланишлар таснифи, шикастланиш жойлашиши (проксимал, ўрта қисм, дистал) ва артериялар диаметри. Тож артерияларнинг қуйидаги ўзанлари ўрганилган: олдинги пасаювчи артерия (ОПА), айланиб ўтувчи артерия (АЎА), ўтмас қирра толаси (ЎҚТ), оралик артерия (ОрА), ўнг коронар артерия (ЎКА), орқа қоринчалараро тола (ОҚТ) ва чап қоринча толаси (ЧҚТ). Беморларда эндоваскуляр усулни қўллашдан олдин 200мкгр перлинганит суюқлиги интракоронар юборилиб, каркас хажмини тўғри келишини билиш учун микдорий коронар ангиография(ҚСА) қилинган.

КАГнинг бевосита натижалари ангиографик ва клиник муваффақиятларни баҳолаш воситаси орқали таҳлил қилинган. КАГнинг ўртаолис ва олис натижаларини баҳолаш учун стент тромбози, мақсадли томир ревазуляризацияси, мақсадли томир миокард инфаркти ва юрак ўлимини бирлаштирувчи МАСЕ (major adverse cardiac events – жиддий нохуш кардиал ходисалар) умумий кўрсаткичидан фойдаланилган (расм.1).

Олинган натижаларни статистик ишлови «STATISTICA 6» дастури пакетидан фойдаланган ҳолатда персонал Pentium-IV компютерида амалга оширилган. Статистик ноаниқликларни мустасно қилиш учун клиник белгиларнинг тақсимланиши меёрийлигини текширувчи таҳлил ўтказилган. Иккита ўртача арифметик гуруҳларни солиштириш учун (назорат ва экспериментал) Стюдент t – тестидан фойдаланилган. Кўрсаткич орасидаги боғлиқликлар мавжудлигини баҳолаш учун Пирсон корреляция коэффиценти кўрсаткичини ҳисобловчи корреляцион таҳлил ўтказилган. Сифат белгилар орасидаги фарқни ишончилигини таҳлили учун χ^2 мезонидан фойдаланилган. Солиштирувчи гуруҳлар маълумотларининг сони 30 дан кам бўлган ёки битта гуруҳда ҳеч бўлмаса 5 дан паст бўлган ҳолларда, натижаларни Фишернинг аниқ усулидан фойдаланиб текширилган.

ТАДҚИҚОТ ДИЗАЙНИ



ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ БОСҚИЧЛАРДА БАҲОЛАШ (3, 6, 12 и 24ой)				
МАСЕ	КЛИНИКА	ЛАБОРАТОР	ФУНКЦИОНАЛ	КОМПЛЕКТЛИК ва ҲС
TS стент тромби TVR- мақсадли томир реваскуляризацияси TV-MI – мақсадли томир миокард инфаркти CD – юракдан (кардиал) ўлим	Симптомлар динамикаси	Яллиғланиш маркерлар динамикаси, тромбоцитлар агрегацияси	- ЭКГ - ЭхоЭКГ - ХМЭКГ кўрсаткичлари динамикаси	- Ҳаёт сифати - Изчил риоя этишни шкалалар бўйича баҳолаш

1- расм. Тадқиқот дизайни

Диссертациянинг учинчи «Юрак ишемик касаллигининг турли шакллари ва ҳар хил турдаги имплантларда коронар ўзан зарарланишининг ўзига хослиги» бобида ЮИКнинг турли шакллари ва

турли хил имплантларда тож артерияси ўзанининг умумий тавсифи ва рентген-морфологик хусусиятлари ёритилган. Дастлаб беморлар икки гуруҳга бўлинган бўлиб: 90 та сурункали ЮИКли беморлар (стабил стенокардия (SA) кўпроқ III ФС кўринишида) ва 110 та ўткир ЮИКли беморлар (номукум зўрайиб борувчи стенокардия, ST-сегмент элевацияси билан ва элевациясиз ўткир миокард инфаркти кўринишида) ташкил этган.

Ангиографик текшириш натижалари иккала гуруҳда ҳам қон таъминланишининг ўнг коронар тури устунлик қилган (ўткир ЮИКда – 91,8%, сурункали ЮИКда - 82,2% беморларда ($p=0,068$; $\chi^2=3,336$)). ЮИК ўткир шаклларида, шунингдек сурункали шаклларида ҳам кўп ҳолатларда ОПА ўзани зарарланган (85,6% ва 82,7% ҳолларда), касалликнинг ўткир шакллари бўлган беморларда стеноз даражаси юқорилиги кузатилган. Атеросклеротик зарарланиш учраши бўйича иккинчи ўринда ЎКА ўзани эгаллайди (22,2% ва 30,0% мос равишда 1чи ва 2чи гуруҳ беморларида). 1чи гуруҳ беморларида ЎКА ўзанида стенотик торайиш даражаси 2чи гуруҳ беморларининг аналогик кўрсаткичига нисбатан юқорилиги билан ажралиб туради ($p>0,05$). АА, ЎҚТ, ЧҚТ ўзанларида атеросклеротик зарарланиш ЮИК шаклларида боғлиқ бўлмаган ҳолда, деярли бир хил учраши кузатилган. ЎКА ва ОРА ўзанларининг зарарланиши (унча кўп бўлмаган – 2,7% ва 5,5% ҳолатларда, мос равишда) ЮИКнинг ўткир шаклларида аниқланиб, бир вақтнинг ўзида ЮИК сурункали шаклларида эса ушбу томирларнинг зарарланиши кузатилмаган (1-жадвал).

Стенотик торайиш 75 %дан кўп ҳажми эгаллаш ҳолатлари 1 гуруҳда в ОПА ўзанида 59 (65,6%) ҳолатни, АА ўзанида – 9 (10,0%) ва ЎКА ўзанида – 14 (15,6%) ҳолатни ташкил этган. Ушбу кўрсаткич 2- гуруҳда 76 (69,1%), 13 (11,8%) ва 18 (16,4%) ҳолатни мос равишда ташкил этди (барчаси $p>0,05$) Стеноз 100% ҳажмли беморлар 1чи гуруҳда ОПА ўзанида 5та (5,6%), АА ўзанида – 1та (0,9%) ва ЎКА ўзанида 4та (4,4%) ҳолатда; 2 гуруҳда – 11 (10,0%), 1 (0,91%) ва 6 (5,5%)та ҳолатда мос равишда учраши кузатилган (барчаси $p>0,05$).

Сурункали ЮИК мавжуд беморлар атеросклеротик зарарланишнинг ўртача узунлиги $30,33\pm 15,20$ ммни ташкил этди, буларга 109та имплант ўрнатилган, яъни 1 та беморга ўртача 1,21 имплант тўғри келган. ЮИК ўткир шаклларида атеросклеротик зарарланишнинг ўртача узунлиги $31,05\pm 14,73$ мм ($p>0,05$)ни ташкил этган, беморларга ўрнатилган имплантлар сони 144ни ташкил этиб, 1 та беморга ўрта ҳисобда 1,31 имплант тўғри келган. Атеросклеротик зарарланиш узунлиги ва стенотик торайиш диаметри ўртасидаги ўтказилган корреляцион таҳлил ЮИКнинг ўткир шаклида ҳам, сурункали шаклида ҳам ижобий боғлиқлик мавжудлигини аниқлаган (барчаси $p>0,05$).

**Юрак ишемик касаллигининг турли шаклларида беморларнинг
рентген-морфологик тавсифи**

КАГ-тавсифи		1 гурух СЮИК билан беморлар (n=90)	2 гурух ЎЮИК билан беморлар (n=110)	p	x²
ОПА	Стеноз %и	82,63±13,04	90,13±8,45	0,000	
	Стенозланган сегментлар сони	80	104		
	Беморлар сони	77 (85,6%)	91 (82,7%)	0,670	0,181
АА	Стеноз %и	71,95±20,56	86,50±10,28	0,021	
	Стенозланган сегментлар сони	18	15		
	Беморлар сони	15 (16,7%)	15 (13,6%)	0,691	0,158
ЎҚТ	Стеноз %и	84,60±11,44	75,00±20,53	0,364	
	Стенозланган сегментлар сони	5	8		
	Беморлар сони	5 (5,6%)	8 (7,3%)	0,840	0,041
ОрА	Стеноз %и	0	86,67±11,55		
	Стенозланган сегментлар сони	0	4		
	Беморлар сони	0	3 (2,7%)	0,217	1,002
ЎКА	Стеноз %и	83,84±15,89	79,12±16,42	0,309	
	Стенозланган сегментлар сони	25	39		
	Беморлар сони	20 (22,2%)	33 (30,0%)	0,281	1,164
ОҚТ	Стеноз %и	0	78,33±18,62		
	Стенозланган сегментлар сони	0	6		
	Беморлар сони	0	6 (5,5%)	0,067	3,360
ЧҚТ	Стеноз %и	60,0	95,0		
	Стенозланган сегментлар сони	1	1		
	Беморлар сони	1 (1,1%)	1 (0,91%)	0,568	0,326

Имплант турига боғлиқ равишда маълумотларни таҳлили учун беморлар иккита гуруҳга ажратилган: BVS-каркас импланти ўрнатилган 100 та бемордан иборат 1- гуруҳ ва DES-стенти ўрнатилган 100 та бемордан иборат 2- гуруҳ (2жадвал).

2 жадвал

Имплант турига боғлиқ равишда қиёсий рентген-морфологик тавсиф

КАГ-кўрсаткичлари	BVS (n=100)	DES (n=100)	p	χ^2
SYNTAX бўйича ўртача балл	9,66±4,84	9,57±4,96	0,897	
Томир зарарланишининг ўртача сони	1,38±0,61	1,39±0,71	0,915	
1та томир зарарланиши, n (%)	66 (66,0%)	70 (70,0%)	0,649	0,207
2та томир зарарланиши, n (%)	34 (34,0%)	30 (30,0%)		
Имплантларнинг ум.сони	129	124		
Битта беморга имплантларнинг ўртача сони	1,29	1,24		
Ўртача L зарарланиш, мм	31,49±16,59	30,05±13,28	0,499	
Ўртача d, мм	3,41±0,53	3,19±0,33	0,000	

Дастлабки босқичда беморлар гуруҳи антропометрик, клиник-лаборатор ва функционал параметрлари бўйича, шуниндек нозологик структура бўйича ҳам мос равишда бўлган. Ишлаб чиқарувчиларнинг тавсияларига кўра BVS-каркаслар кўпроқ ёшроқ беморларга ўрнатилиши кўзда тутилган бўлиб, бизнинг тадқиқотимизда ҳам беморлар ёшига бошидан аҳамият қаратилган. Шунинг учун ёш жиҳатидан гуруҳлар ўртасида аҳамиятли фарқ мавжуд бўлган ($p < 0,001$). Коморбид ҳолатлар таҳлили 2чи гуруҳда СЮЕ ва ЎМИ бўйича сон жиҳатдан устунлик мавжудлигини аниқлади (барчаси $p < 0,05$). Ангиографик кўрсаткичларни баҳолаш натижасида кўрсаткичлар бўйича ҳеч қандай статистик аҳамиятга эга фарқ топилмаган, фақатгина BVS гуруҳида артерияларнинг ўртача диаметри юқорилиги аниқланган ($p < 0,001$). Таянч миқдорий коронар ангиография таҳлили ҳамма зарарланишлар учун қилинди. Муолажадан олдин ўртача стеноз 90,8 %ни ташкил этганда минимал ўтказиш бўшлиғи 0,35ммга тенг бўлди. Муолажадан сўнг бу кўрсаткич 3,1ммни ташкил этди ва натижада ўткир ўсиш 2,75ммни ташкил этди.

Иккала гуруҳ беморларида ангиографик муваффақият 100% ҳолларда кузатилган. Барча беморларда стенозланган коронар артерия сегментини реканализациясига эришилган. Диссекция, «no reflow» феномени, стентнинг ўзида ўткир тромбоз, коронар артерия перфорацияси ва бошқа кўринишдаги асоратлар кузатилмаган. Муолажа муваффақияти ҳам иккала солиштирилувчи гуруҳда 100%ни ташкил қилган.

1чи гуруҳнинг клиник муваффақияти 94,0% (94 та бемор)ни ташкил этиб, 6 тагина беморларда I-II ФС даражасида стенокардия хуружлари сақланиб қолган. 2чи гуруҳда клиник муваффақият 91,0% (91 та бемор) ҳолатда учраб, 9 та беморда I-II ФС даражасида стенокардия хуружлари сақланиб қолган. 1чи ва 2чи гуруҳларда ўлим ҳолати кузатилмаган. Умуман олганда, ТКАнинг бевосита клиник ва ангиографик натижаларининг таҳлили, имплантирланган мослама туридан қатъий назар, аҳамиятли ижобий натижа берганлигини кўрсатди.

Диссертациянинг тўртинчи «**Юрак ишемик касаллигининг турли шаклларида даволашнинг госпитал босқичида клиник-функционал ва ангиографик хусусиятлари**» бобида ЮИК нинг турли шаклларида умумклиник, функционал, лаборатор ва ангиографик кўрсаткичларни миокард систолик функцияси, юрак ритми бузилишлари, шунингдек яллиғланиш маркерлари ва тромбоцитлар агрегацион хусусиятлари билан боғлиқлиги ҳақидаги маълумотлар келтирилган.

Чап қоринча миокардининг систолик функцияси ва ангиографик кўрсаткичлари орасидаги боғлиқликни баҳолаш мақсадида ОФчқ $\leq 50\%$ (ўр.ОФчқ = $46,24 \pm 4,60\%$) ни ташкил қилган 45 та бемор ажратиб олинган. Назорат гуруҳида ҳам статистик таҳлилни мос тартибда ўтказиш мақсадида ОФчқ $>50\%$ (ўр.ОФчқ = $55,97 \pm 2,58\%$)ни ташкил қилган 45 та бемор ажратилган. Гуруҳлар антропометрик кўрсаткичлар бўйича мос, аммо ёш жиҳатдан 1чи гуруҳ 2чи гуруҳдан ёшроқлиги аниқланди ($p > 0,05$). Нозологик структураси бўйича 1чи гуруҳда ST-элевация билан миокард инфаркти, шунингдек анамнезида миокард инфарктини ўтказган беморлар жиҳатидан устунлик аниқланган. Лаборатор кўрсаткичларни баҳолаш натижасида 1 чи гуруҳда С реактив оксил фаоллигининг юқорилиги ($p < 0,05$), бир вақтнинг ўзида қонда липид спектрининг барча кўрсаткичларини пасайиши аниқланган. КАГ натижалари таҳлили 1чи гуруҳда битта томир зарарланиши 55,6% ва иккита томир зарарланиши – 44,4% беморларда кузатилганини кўрсатади. 2чи гуруҳда 64,4% беморларда битта томир ва 35,6% ҳолларда-иккита томир зарарланиши кузатилган. Томирлар зарарланишининг ўртача миқдори 1 чи гуруҳда $1,44 \pm 0,50$ ни ва 2гуруҳда $1,36 \pm 0,48$ ($p > 0,05$)ни ташкил этган. Тадқиқотнинг ушбу фрагментига киритилган барча беморларга ҳар хил турдаги 126 имплант, улардан 1гуруҳда – 23 та ва 2гуруҳда – 21та беморларга BVS каркас, 1-гуруҳда – 22та ва 2-гуруҳда – 24 та беморларга мос равишда DES имплант ўрнатилган. Томирлар зарарланиши сони ва ОФчқ кўрсаткичлари ўртасида

корреляцион таҳлил ўтказилганда тескари боғлиқлик мавжудлиги аниқланган ($p=0,277$; $t=-1,093$; $r=-0,015$).

Тадқиқотга киритилган 200 та беморлардан 105 (52,5%) тасига дастлаб суткалик ЭКГ холтер мониторинг ўтказилган (ЭКГХМ). Қоринчалар экстрасистолиясининг ангиографик характеристикасига таъсирини ўрганиш мақсадида дастлабки ЭКГХМда Лаун — Вольф — Райян бўйича турли градациядаги ҚЭси аниқланган 50 та бемор ажратиб олинган. Қиёсий таҳлилни ўтказиш учун 2 та гуруҳ шакллантирилган: 1чи гуруҳ – I-II градацияли ҚЭси бўлган 23та бемор ва 2чи гуруҳ – III-IVБ градацияли ҚЭси бўлган 27 та бемордан иборат. Назорат гуруҳини ЭКГХМда ҳеч қандай ритм бузилиши аниқланмаган 20 та бемор ташкил этган. ЭКГХМ таҳлили гуруҳлар ўртасида аҳамиятли фарқларни аниқламади. Ўртача ЮҚС назорат гуруҳида $70,45 \pm 8,24$ зарб/минни ташкил этди, 1гр.да – $4,5$ зарб/мин кам ва 2гр. да – $1,4$ зарб/минга пастлиги аниқланди (барчаси $p > 0,05$). Циркад индекси назорат гуруҳида $1,12 \pm 0,09$ га тенг, бир вақтнинг ўзида 1чи ва 2чи гуруҳларда ушбу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан $0,01$ ва $0,02$ га пастлиги аниқланди (барчаси $p > 0,05$). Шунга қарамасдан, QT интервал назорат гуруҳига солиштирилганда юқорилиги аниқланди ва бу уларда ритм бузилишлари мавжудлигини тасдиқлайди, ундан ташқари ўртача QT даражаси бўйича 2чи гуруҳ беморларида ишончлиликлари мойиллик аниқланган ($p=0,073$), корригирланган QT кўрсаткичи бўйича 1чи гуруҳда статистик ишонарли фарқ аниқланган. Рентген-морфологик параметрларни баҳолаш юқори градацияли ҚЭси мавжуд беморлар ангиографик кўрсаткичлари салбий эканлиги аниқланди. Ушбу беморларда томир зарарланиши сонининг кўплиги, атеросклеротик зарарланиш узунлиги хажми, зарарланган сегментлар сонининг кўплиги аниқланди, бу эса ўз навбатида кўп миқдордаги мосламаларни имплантациясини талаб қилади (Зжадвал), аммо аниқланган фарқлар ишончлиликлари даражасига етмаган. ҚЭси миқдори ва зарарланган томир диаметри ўртасидаги корреляцион боғлиқлик таҳлил қилинганда, тескари боғлиқлик аниқланган ($p=0,438$; $t=-0,781$; $r=-0,113$), яъни зарарланган томир диаметри ошиши билан ҚЭси миқдори камайишини кўрсатади. Шунингдек ҚЭси градациялари ва тож артериялар стенози даражаси билан тўғри корреляцион боғлиқлик аниқланган ($p=0,027$; $t=0,278$; $r=0,48$, $p < 0,05$ мос равишда). Атеросклеротик зарарланиш узунлиги ва ҚЭси миқдори, оғирлик даражаси ўртасида ҳам тўғри боғлиқлик мавжудлиги аниқланган ($p=0,579$; $t=0,557$; $r=0,006$), ($p=0,487$; $t=0,700$; $r=0,101$).

**Қоринчалар экстрасистолиясини градациясига боғлиқ ҳолда
беморларнинг ангиографик тавсифи**

КАГ-кўрсаткичлари	Назорат гурухи (n=20)	1-гурух ҚЭ I-II градация б-н (n=23)	2- гурух ҚЭ III-IVБ градаций б-н (n=27)
Битта томир зарарланиши, n (%)	12 (60,0%)	16 (69,6%)	16 (59,3%)
Иккита томир зарарланиши, n (%)	8 (40,0%)	7 (30,4%)	11 (40,7%)
Томир зарарланишининг ўртача сони	1,40±0,50	1,26±0,54	1,41±0,50
Шикастланган артериялар ўртача калибр, mm	3,20±0,23	3,28±0,31	3,37±0,45
Стенотик шикастланиш ўртача узунлиги, mm	31,65±19,70	30,52±15,69	37,30±19,16
Шикастланган сегментлар сони	33	37	49
Имплант мосламалар сони	27	28	43
1 беморга ўртача имплант мосламалар сони	1,35	1,22	1,59
BVS ўрнатилган беморлар сони, n (%)	12 (60,0%)	11 (47,8%)	17 (62,9%)
DES ўрнатилган беморлар сони, n (%)	8 (40,0%)	12 (52,2%)	10 (37,1%)

Тадқиқотга киритилган 200 та беморлардан 91 (45,5%) тасига дастлабки босқичда С-реактив оксил (СРО) фаоллиги таҳлили ўтказилган. СРО даражасини клиник-ангиографик кўрсаткичларга таъсирини баҳолаш мақсадида беморлар иккита гуруҳга ажратилди: СРО≤5мг/л миқдорда бўлган (ўртача даража СРО=3,23±1,19мг/л) 30 та бемордан иборат 1чи гуруҳ (назорат гуруҳи) ва СРО>5мг/л (ўртача даража СРО=26,77±42,89мг/л)ни ташкил этган 61 бемордан иборат 2чи гуруҳ. Беморларни умумклиник қиёсий характеристикаси гуруҳлар ўртасида ҳеч қандай аҳамиятга эга бўлган фарқларни аниқламади. Лаборатор маълумотлар томонидан шу нарса ўзига жалб қилдики, 1чи гуруҳ беморларида СРО миқдори пастлигига қарамадан, қонда умумий холестерин (УХ) ва триглицеридлар (ТГ) миқдорининг қиёсий баланд кўрсаткичлари аниқланди (УХ 1гр.да 196,27±72,21 мг/дл ва УХ 2гр.да 174,61±41,13мг/длга тенг; ТГ 1чи гр.да 224,13±176,74мг/дл ва ТГ

2чи гр.да $189,88 \pm 109,13$ ни ташкил этган), бироқ бу фарқ ишонарли эмаслиги аниқланган (барчаси $p > 0,05$). Шунингдек СРО миқдори юрак мушаги қисқарувчанлигига аҳамиятли таъсир кўрсатмаганлиги аниқланди, 1чи гуруҳда ОФчқ $59,76 \pm 8,93\%$ ни, 2чи гуруҳда ОФчқ $58,61 \pm 9,79\%$ ни ташкил этган ($p > 0,05$). Ангиографик маълумотлар ҳам солиштирилганда статистик аҳамиятли фарқ аниқланмаган (4-жадвал). Шу билан бирга 2чи гуруҳда иккита томир зарарланиши, зарарланиш узунлиги ва томир диаметрининг катталиги мавжуд беморлар сони кўплиги учун кўп миқдорда имплант қўйилишини талаб этган. Корреляцион таҳлил ўтказиш жараёнида СРО даражаси ошиши билан биргаликда, атеросклеротик жараёнга кўп миқдорда томир ўзанларининг жалб қилиниши кузатилган ($p = 0,002$; $t = 3,138$; $r = 0,316$).

4- жадвал

С-реактив оксил фаоллиги даражасига боғлиқ равишда беморларнинг ангиографик тавсифи

КАГ-кўрсаткичлари	1- гуруҳ, СРО даражаси ≤ 5 мг/л (n=30)	2- гуруҳ, СРО даражаси > 5 мг/л (n=61)	p	χ^2
Битта томир зарарланиши, n (%)	25 (83,3%)	43 (70,5%)	0,285	1,142
Иккита томир зарарланиши, n (%)	5 (16,7%)	18 (29,5%)		
Томир зарарланишининг ўртача сони	$1,17 \pm 0,38$	$1,29 \pm 0,46$	0,220	
Шикастланган артериялар ўртача калибр, mm	$3,25 \pm 0,67$	$3,37 \pm 0,43$	0,304	
Стенотик шикастланиш ўртача узунлиги, mm	$26,87 \pm 9,36$	$29,33 \pm 12,75$	0,350	
Шикастланган сегментлар сони	42	103		
Имплант мосламалар сони	35	74		
1 беморга ўртача имплант мосламалар сони	1,17	1,21		
BVS ўрнатилган беморлар сони, n (%)	14 (46,7%)	19 (31,2%)	0,224	1,478
DES ўрнатилган беморлар сони, n (%)	16 (53,3%)	42 (68,8%)		

Тадқиқот кейинги фрагменти ЮИК мавжуд беморларда тромбоцитлар агрегацион хусусияти ва ангиографик кўрсаткичлар ўртасидаги боғлиқликни

баҳолашдан иборат бўлади. Тадқиқотга киритилган 200 та бемордан 91 (45,5%) тасида дастлабки босқичда тромбоцитлар агрегацион хусусияти (ТАХ) таҳлили ўтказилган. Спонтан ТАХини КАГ кўрсаткичлари билан ўзаро боғлиқлигини чуқурроқ ўрганиш мақсадида бир томондан тромбоцитлар агрегацион хусусиятлари кўрсаткичлари ва бошқа томондан атеросклеротик зарарланиш узунлиги ($p=0.257$; $r=-0.120$; $t=-1.139$); артерия диаметри ($p=0.573$; $r=-0.059$; $t=-0.564$) ва томирлар зарарланиш миқдори ($p=0.778$; $r=-0.029$; $t=-0.283$) кўрсаткичлари ўртасидаги ўтказилган корреляцион таҳлил натижасида ўзаро боғлиқликнинг ишончли даражаси кузатилмади.

Диссертациянинг бешинчи «**Юрак ишемик касаллигида миокард реваскуляризацияси самарадорлигини кузатувнинг олис даврида баҳолаш, прогнозлаш ва эндоваскуляр усуллари танлашга ёндашувни такомиллаштириш**» бобида ЮИК турли шакллари мавжуд бўлган беморларда қўйилган имплант турига боғлиқ равишда ўтказилган интервенцион усул самарасини баҳоловчи натижалар, терапияга содиқликка боғлиқ равишда беморлар клиник ҳолати ва ҳаёт сифати динамикаси, шунингдек ТКАда қўйилган имплант турига боғлиқ равишда нохуш прогноз предикторларини кўпомилли таҳлиллари келтирилган.

ТКА билан хар хил турдаги имплантларини қўйиш орқали ўрта узокликдаги (6 ой) ва олис (12 ва 24 ой) клиник натижалар динамикаси қўйидагиларни аниқлади: кузатувнинг 6 ойида иккала гуруҳда 94,0% беморлар текширувга келди. BVS каркасли беморлар гуруҳидан битта беморда кузатувнинг 3 чи ойида стент тромбози ва мақсадли томирда миокард инфаркти кўринишида охирги якун кузатилган. DES гуруҳида биринчи ярим йил ичида MACE ҳеч қандай янги ходисалари аниқланмади. 12 ойдан кейин иккала гуруҳда 92,5% беморлар текширувдан ўтди. BVS гуруҳида MACEнинг янги ходисалар кузатилмаган. DES гуруҳида бир беморда кузатувнинг 10чи ойига келиб мақсадли томирнинг миокард инфаркти ривожланган. Шундай қилиб, 2чи гуруҳда ТКА ўтказилгандан 12 ойдан кейин MACE кўрсаткичи 1,02%ни ташкил этди. Икки йилдан сўнг беморларнинг 87,5% текширувдан ўтди. MACE кўрсаткичлари 1чи ва 2чи гуруҳларда қўйидагиларни ташкил этган: кардиал ўлим – 1/1; мақсадли томир миокард инфаркти – 1/1; ишемия билан боғлиқ мақсадли томир реваскуляризацияси – 0/0 ва стент тромбози – 1/1. Яъни MACEнинг суммар кўрсаткичи ТКА ўтказилгандан 2 йилдан сўнг солиштирилувчи гуруҳларда 3/3 (3,57% ва 3,29%)ни ташкил этди. BVS гуруҳини ташкил этуви 6 та беморнинг клиник-функционал тавсифини таҳлили натижасида зарарланган артериялар диаметрининг кичиклиги ($\bar{y}.d=2,83\pm 0,37$ мм), атеросклеротик зарарланишнинг дистал сегментларда бўлиши, шунингдек миокард қисқарувчанлик қобилятининг пастлиги ($OF\check{c}=48,06\pm 5,37\%$) аниқланди. Ундан ташқари, бу беморларнинг барчасида иккита томир зарарланиши ва

анамнезидан 1 ойдан ортиқ вақт ичида миокард инфаркти ўтказганлиги маълум бўлди.

ЮИК турли хил шаклларида айниқса, чап қоринча отиш фракциясининг пасайиши билан асоратланган ҳолатларда турли имплантлардан фойдаланиб ўтказилган миокард реваскуляризацияси систолик функциянинг тикланишига олиб келади ва бу қўйилган мосламанинг турига боғлиқ эмас, аммо ЮИК сурункали шаклларида ўткир шаклларида фарқли равишда, миокард реваскуляризацияси юрак мушаги қисқарувчанлик функциясини яққол бўлмаган тикланишига олиб келади ва секин ижобий динамика билан характерланади.

Миокард реваскуляризацияси муолажасидан кейин ҚЭси динамикасини баҳолаш 2 йилдан кейин ўтказилди, бунда кузатувдаги беморларнинг 84 %и текширувдан ўтди. Тадқиқотнинг ушбу фрагменти паст градацияли ҚЭсида миокард реваскуляризациясининг антиаритмик самарадорлиги 86,9% ни ташкил қилди, мураккаб комплексли ҚЭсида бу кўрсаткич – 68,4%ни ташкил қилди, бунда ўрнатилган имплантлар турига ҳеч қандай боғлиқлик кузатилмади, бироқ ЮИК сурункали шаклларида стентлаш муолажаси антиаритмик самарага олиб келди.

Шунга қарамасдан, касалликни комплекс даволаш ва айнан антиаритмик даво фонидида стентлаш амалиёти 60 %дан кўпроқ ҳолатларда юракнинг қоринчалар ритм бузилишини йўқолишига олиб келди.

Тромбоцитлар агрегацион хусусиятини динамикада баҳолаш ўрнатилган имплант турига боғлиқ равишда иккала гуруҳда, тромбоцитлар агрегацион хусусиятининг ишончли пасайганлигини аниқлади. Дастлабки босқичларда тромбоцитлар агрегацион хусусияти кўрсаткичлари бўйича гуруҳлараро фарқ статистик-аҳамиятли даражага эришилди, бироқ кузатувнинг биринчи йилининг охирларида бу фарқ кузатилмади. Ушбу тенденция кузатувнинг икки йилдан кейинги муддатларида ҳам сақланиб қолиши кузатилган. Тромбоцитлар агрегацион хусусияти ЮИКнинг шаклларида боғлиқ равишда дастлабки босқичларда касалликнинг ўткир шаклларида сурункали шаклларида нисбатан ТАХ кўрсаткичининг юқорилиги билан характерланиб, кузатувнинг 6, 12 ва 24 ойдан кейинги даврларида юқоридаги аниқланган фарқнинг тўлиқ йўқолиши кузатилган. Шу билан бирга, гуруҳлар ичи таҳлили ТКАдан кейин кузатувнинг 3 ойида иккала гуруҳда ҳам тромбоцитлар агрегациясининг ишончли ижобий динамикасини кўрсатди ва бу ҳолат тадқиқотнинг кейинги босқичларида ҳам сақланиб қолди.

Врачлар тавсияларига беморларнинг изчил риоя қилишини баҳолашда Мориски-Грин халқаро сўровномасидан фойдаланилди. Медикаментоз терапияга изчилликни баҳолашдан олдин беморлар қабул қилаётган дорилар, госпитализация вақтида қабул қилган дорилар, дори воситалари (ДВ) асосий гуруҳлари: ацетилсалицил кислота; нитратлар; β -адреноблокаторлар; ангиотензин-айлантирувчи фермент ингибиторлари ёки ангиотензин-II рецепторлари антагонистлари; кальций антагонистлари; статинлар и

антиагрегантлар – клопидогрель ва бошқалар бўйича қисқача тахлил ўтказилган (5-жадвал).

Медикаментоз терапиянинг касалликнинг клиник кечишига таъсирини баҳолашда юқори ишончли корреляцион боғлиқлик мавжудлиги аниқланди, яъни қабул қилинаётган ДВ миқдори бемор ҳолатига тўғри таъсир кўрсатиши аниқланган ($p=0,0001$; $r=-0.273$; $t=-3.875$), қабул қилинаётган ДВ миқдори ва томир зарарланиши миқдори ўртасидаги ўзаро боғлиқликни баҳолаш ҳам аналогик тенденция мавжудлигини кўрсатди. Айнан, кам дори қабул қилувчи шахсларда 2 ва ундан ортиқ дори қабул қилувчи шахсларга нисбатан зарарланган томир ўзанининг миқдори кўплиги аниқланди ($p=0,0000$; $r=-0.289$; $t=-4,121$). Мориски-Грин тести дастлабки босқичларда 179 та (89,5%) беморларда ўтказилган бўлиб, бунда 50 та (27,9%) бемор 1 баллдан; 92 та (51,4%) бемор –2 баллдан; ва 31 таси(17,3%) –3 баллдан, фақат 6 (3,4%) та беморларда 4 баллни ташкил этган.

5- жадвал

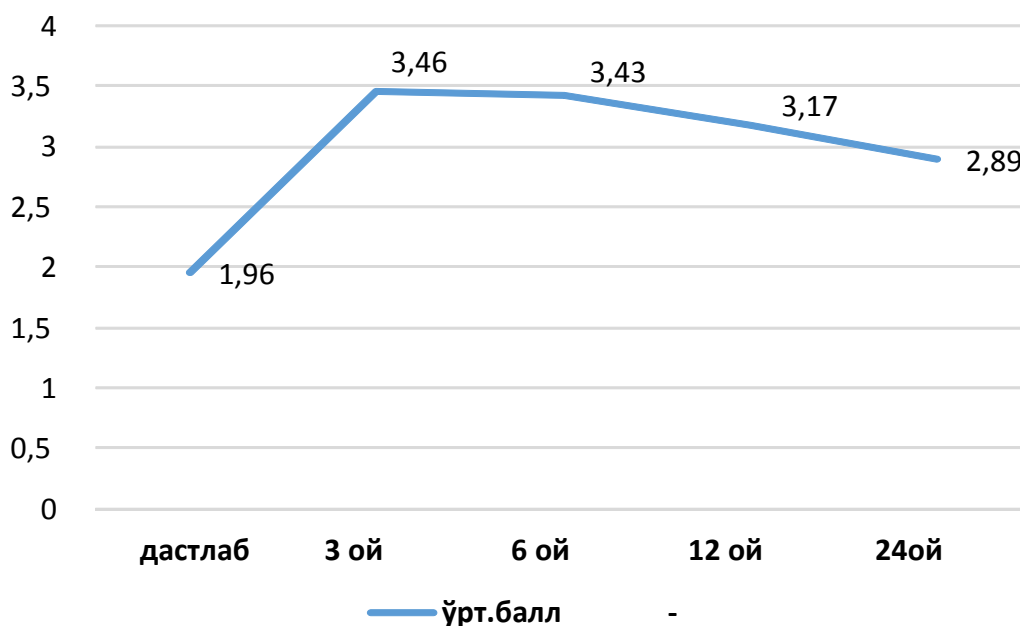
Асосий кардиологик ДВ қабул қилиш

Қабул қилинувчи ДВ	Беморлар сони, абс. (n=200)	Беморлар сони, % (200-100%)
АСК	93	46,5
Нитратлар	18	9,0
БАБ	69	34,5
ААФи	31	15,5
АРА-II	14	7,0
Кальций антагонистлари	24	12,0
Статинлар	36	18,0
Клопидогрель	19	9,5
Диуретиклар	44	22,0
ААП	18	9,0
ДВ 1 беморга ўрт.сони	1,95±0,76	

Изоҳ: АСК – ацетилсалицил кислота; БАБ – β-адреноблокаторлар; АПФи –ангиотензинлайнтирувчи фермент ингибиторлари; АРА-II – ангиотензин-II рецепторлари антагонистлари; ААП – антиаритмиклар; ДВ – дори воситалари; маълумотлар абсолют сонларда ва фоиз муносабатларда келтирилган.

Юқорида кўрсатилгандек, дастлаб 74,9% беморларда медикаментоз терапияга нисбатан изчил риоя этиш ва этмаслик аниқланган (ўр.балл 1,96). Бу кўрсаткични баҳолаш динамикасини тахлил қилганда ТКА ўтказилгандан 3 ойдан сўнг беморларнинг медикаментоз терапияга нисбатан изчиллиги юқори ишончли ошиши аниқланди. Бироқ медикаментоз терапияга нисбатан

изчиллик ЮИК ўткир шаклларида 12 ва 24 ойдан сўнг пасайиши ва изчил риоя этмайдиган беморлар сони ортиши кузатилиб, 2 йилдан сўнг ўртача балл 2,890,74 ни ташкил этди (2 расм).

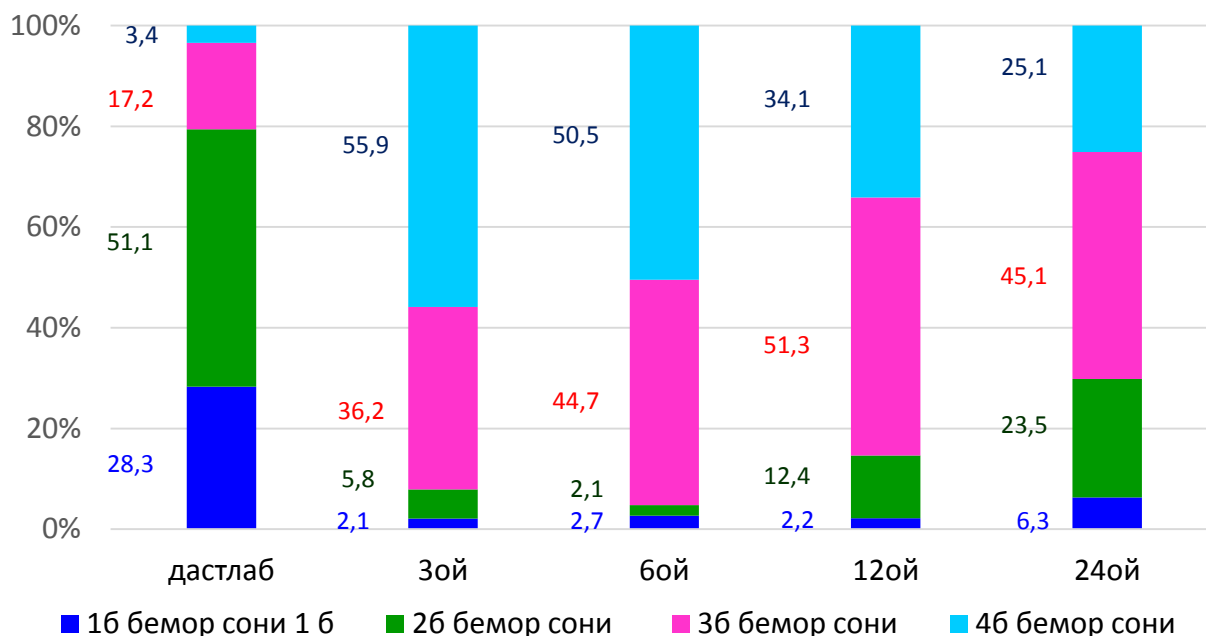


2- расм. Мориски – Грин шкаласи бўйича ўртача балл

Қўлланилган мосламалар турига боғлиқ равишда даволашга изчилликни баҳолаш BVS-каркас ўрнатилган беморлар гуруҳида DES-стент имплантирланган беморлар гуруҳига нисбатан дастлаб паст изчиллик аниқланиб, 1чи гуруҳда Мориски-Грин шкаласи бўйича ўртача балл $1,77 \pm 0,72$ ни ва 2чи гуруҳда $2,13 \pm 0,77$ ни ташкил қилган ($p=0,002$). Интервенцион аралашувдан 3 ойдан сўнг Мориски-Грин шкаласи бўйича ўртача 1чи гуруҳда $3,48 \pm 0,66$ ва 2чи гуруҳда $3,44 \pm 0,74$ ни; 6 ойдан сўнг ушбу кўрсаткич 1чи ва 2чи гуруҳларда $3,44 \pm 0,58$ ва $3,42 \pm 0,74$ ни; 12 ойдан сўнг – $3,22 \pm 0,64$ ва $3,13 \pm 0,79$ ни, 24 ойдан сўнг эса – $2,88 \pm 0,78$ ва $2,90 \pm 0,92$ балларни 1- ва 2- гуруҳларда мос равишда ташкил этган (барчаси $p > 0,05$). ЮИКнинг шакллари бўйича изчил риоя этиш кўрсаткичи динамикасини баҳолаш сурункали ЮИКда ўткир ЮИКга нисбатан беморларда медикаментоз терапияга кўпроқ изчиллик мавжудлигини аниқлаган ($2,12 \pm 0,81$ ва $1,82 \pm 0,71$ балл, СЮИК ва ЎЮИКда мос равишда, $p=0,009$). 3 ойдан кейин СЮИК да Мориски-Грин шкаласи бўйича ўртача балл $3,55 \pm 0,72$ ни ва ЎЮИКда $3,38 \pm 0,69$ ни; 6 ойдан сўнг – $3,49 \pm 0,77$ ва $3,38 \pm 0,58$; 12 ойдан кейин – $3,24 \pm 0,68$ ва $3,12 \pm 0,76$, 24 ойдан кейин – $3,08 \pm 0,78$ ва $2,75 \pm 0,88$ баллни ($p < 0,05$) гуруҳларда мос равишда ташкил этган (3-расм).

Тадқиқотнинг дастлабки босқичларидаги изчиллик даражаси ва нохуш клиник-ангиографик маркерлар умумий миқдори ўртасидаги корреляцион боғлиқлик ўрганилганда (зарарланган артерия $d < 3$ мм; дистал қисм шикастланиши; анамнезидан 1 ой ичида ўтказилган миокард инфаркти;

миокард қисқарувчанлигининг пасайиши; мураккаб юрак ритми бузилишлари, шунингдек СРО фаоллиги ва спонтан тромбоцитлар агрегацияси хусусиятининг ошиши) статистик ишонарли характердаги тескари боғлиқлик мавжудлигини аниқлади ($p=0,012$; $r=-0,188$; $t=-2,543$).



3- расм. Мориски-Грина шкаласи бўйича 1дан 4 гача балл тўплаган беморларнинг миқдорий тавсифи (маълумотлар фоиз муносабатида келтирилган)

Ҳаёт сифати кўрсаткичи динамикасини баҳолаш умуман олганда, имплантат турига боғлиқ бўлмаган равишда барча беморларда ТКАдан кейинги кузатувнинг биринчи haftасидаёқ оғриқ интенсивлигининг кескин пасайишини кўрсатган. Умумий саломатлик аста-секинлик билан тикланган, аммо рухий (ментал) саломатлик поғонама-поғона тикланган. Яъни биринчи олти ойликда саломатлик компоненти деярли ўзгармаган, бу балки беморлардаги унча позитив бўлмаган кайфият, кўп беморларда ногиронлик ва кучсизланиш хиссиётлари пайдо бўлиши натижаси билан боғлиқ бўлиши мумкин. Вахоланки, умумий ахвол яхшиланган сари кайфият ўзгарган ва саломатликнинг рухий компоненти тикланишига эришилган.

Ўтказилган таҳлил асосида нохуш прогнознинг клиник-ангиографик предикторлари ажратилди ва улар қуйидагилардан иборат:

Ангиографик:

1. зарарланган артериянинг кичик диаметрли бўлиши
2. атеросклеротик зарарланишнинг катта қисмда дистал соҳани эгаллаши

3. постдилатация ўтказилмаслиги (PSP учинчи пункти)

Клиник:

1. стенотик торайишнинг сурункали характери

2. беморларнинг медикаментоз терапияга изчил риоя этмаслиги (иккитали дезагрегант терапия қабул қилишга риоя қилмаслик)
3. чап қоринча отиш фракциясининг пастлиги
4. юқори градацияли қоринчалар экстрасистолиялари
5. СРО фаоллигининг ва тромбоцитлар спонтан агрегациясининг юқорилиги.

Ушбу мезонларни ҳисобга олиб, бу предикторларнинг беморларнинг олис прогнозига таъсири бўйича кўпомилли таҳлил ўтказилди. Бу вазиятдан келиб чиқиб 50 (26,6%) нафар беморда юқоридаги саналган бирор бир предиктор аниқланмаган; 72 (38,3%) та беморда – биттадан предиктор; 38 (20,2%) тасида – 2тадан предиктор аниқланган; 24 (12,7%) та беморда – 3тадан предиктор; 2 (1,1%)та беморда – 4 тадан предиктор ва 2 (1,1%) беморда нохуш прогноз предикторларидан бтаси учраган. Ретроспектив таҳлилда ўрнатилган имплант турига боғлиқ равишда BVS-каркаслари бошидан нохуш маркерлар кам бўлган беморларга ўрнатилган, у эса корреляцион таҳлилда ўз аксини топган ($p=0.003$; $r=0.215$; $t=3.000$). Ўрнатилган имплант турига боғлиқ равишда нохуш прогноз предикторлари миқдорининг чуқурроқ таҳлили 6 жадвалда келтирилган, ундан кўриниб турибдики, анамнезида 1 ойдан ортиқ муддатда ўтказилган миокард инфаркти мавжудлиги ва СРО фаоллигининг ошиши DES-стент имплантацияси танлови учун маркер бўлиб хизмат қилган ($p=0,070$; $\chi^2=2,276$ и $p=0,005$; $\chi^2=7,988$, ЎМИ ва СРО учун мос равишда).

6- жадвал

Ўрнатилган имплантлар турига кўра нохуш маркерлар учраш частотаси миқдорий-суммар тавсифи (ретроспектив таҳлил натижасига кўра)

Предикторлар	d<3мм	D/3-шикастланиш	Ўказилган МИ>1ой	ОФ≤50%	ҚЭ юқори град.	СРО >5мг/л	Спон-тан. ТАФ>1.5 н.б.	Жами беморлар (n)
BVS	9	10	17	18	11	19	12	88
%	10,2	11,4	19,3	20,5	12,5	21,6	13,6	46,8
DES	16	12	32	22	12	42	8	100
%	16,0	12,0	32,0	22,0	12,0	42,0	8,0	53,2
жами	25	22	49	40	23	61	20	188
	13,3	11,7	26,1	21,3	12,2	32,5	10,6	100

изох: BVS & DES – ўрнатилган имплантлар тури; ЎМИ –ўтказилган миокард инфаркти; ТАФ-тромбоцитлар агрегацион фаоллиги; таркибий фоизи беморлар умумий сони (188) дан ҳисобланди

Тадқиқотнинг вазифаларидан яна бири BVS-каркас билан иккинчи генерация хар хил турдаги стентларини қиёсий таҳлил қилишдир. Шунинг учун DES-стентли беморлар 3 гуруҳга ажратилган: 1чи гуруҳ – 31 та сиролимумс қопламли стент қўйилган беморлар (СҚС); 2чи гуруҳ – 36 та эверолимумс қопланган стент имплантланган беморлар (ЭҚС) ва 3чи гуруҳ – 21 та бемордан иборат зоторолимумс қопламали стентлар ўрнатилган (ЗҚС). Қолган 12 нафар беморларга биолимумс ва паклитаксилем қопламали стент ўрнатилган (8 ва 4 та бемор мос равишда), беморлар сони кам бўлгани муносабати билан тадқиқотнинг бу фрагментига ушбу беморлар маълумотлари киритилмаган. BVS ва DES имплантирланган беморлар клиник-ангиографик ҳолати динамикаси таҳлили юқорида кенг ёритилган бўлиб, бироқ DES-стентлар бўйича таҳлил 24 ойгача кузатув давомида (медиана $21,3 \pm 2,8$ ойни ташкил этди) ўтказилганда СҚС ўрнатилган фақат 1 та (3,2%) беморда тўсатдан коронар ўлим кузатилган. ЭҚС ва ЗҚС ўрнатилган беморларда кузатув даври мобайнида MACE тури бўйича ҳеч қандай асоратлар кузатилмаган.

Ўтказилган таҳлил асосида нохуш прогнознинг клиник-ангиографик предикторлари ажратилди ва улар қуйидагилардан иборат:

Клиник жиҳатдан: стенотик торайишнинг сурункали характери, беморларнинг медикаментоз терапияга изчил риоя этмаслиги (иккитали дезагрегант терапия қабул қилишга риоя қилмаслик), чап қоринча отиш фракциясининг пастлиги, юқори градацияли қоринчалар экстрасистолиялари

Лаборатор: С реактив оқсил фаоллигининг ва тромбоцитлар спонтан агрегациясининг юқорилиги.

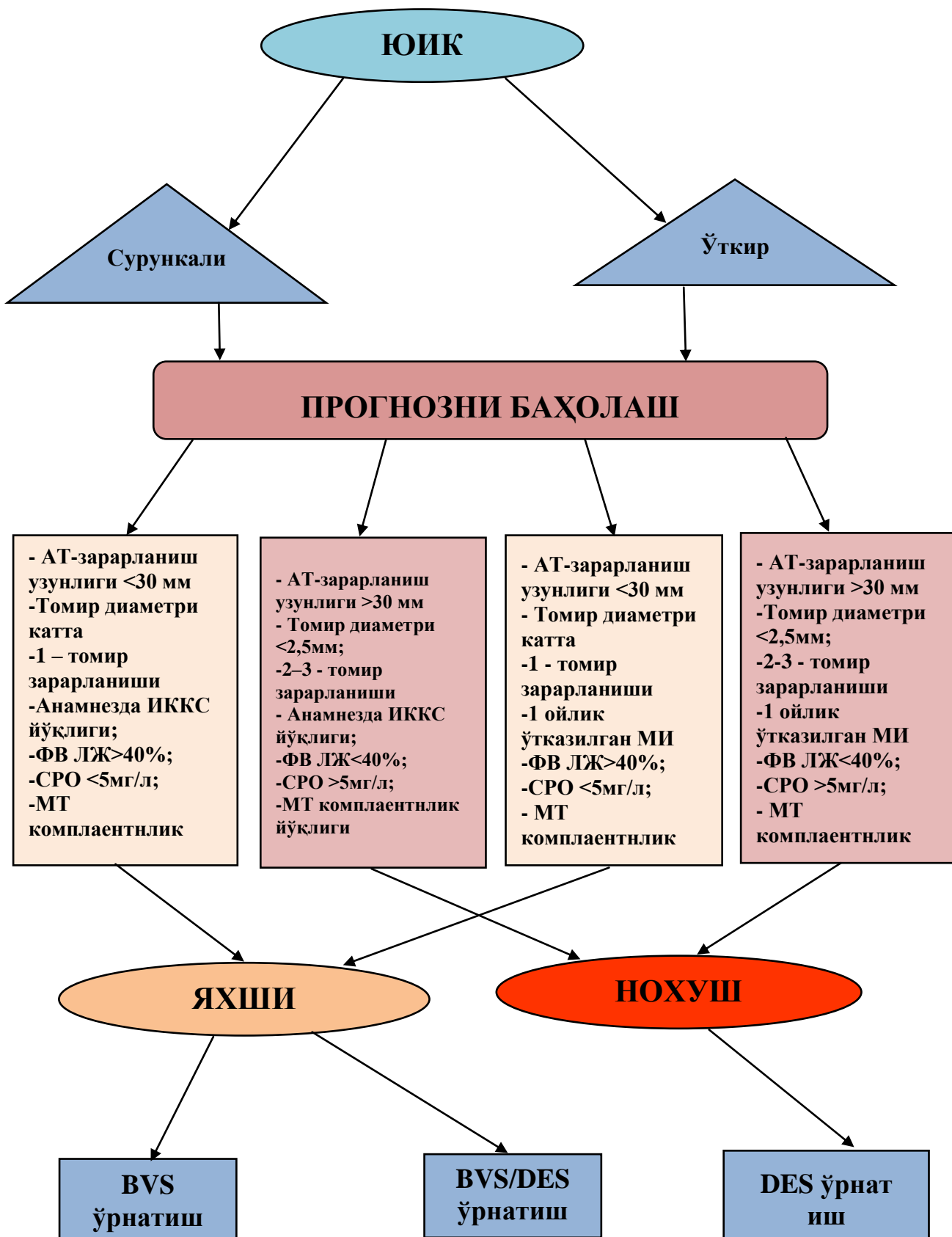
Ангиографик жиҳатлари: зарарланган артериянинг кичик диаметрли бўлиши, атеросклеротик зарарланишнинг катта қисмда дистал соҳани эгаллаши билан, постдилатациянинг ўтказилмаслиги (PSP учинчи пункта).

Нохуш прогноз клиник-ангиографик предикторларини ҳисобга олган ҳолда ЮИҚда реваскуляризация усулини танлаш бўйича алгоритм ишлаб чиқилган (расм 4).

Бизнинг тадқиқотимиз ўзисўрилувчан каркаслар нохуш прогноз клиник-ангиографик предикторларни ҳисобга олган ҳолда, ЮИҚ ва коронар атеросклерозли беморларда ТКА амалиётида дори қопламали стентлардан кам бўлмаган самарали ва хавфсиз эканлигини кўрсатади. BVS-каркаслар имплантация техникаси бўйича асосий тавсияларга риоя қилган шароитда кундалик клиник амалиётда қўлланилиши мумкин ва икки дезагрегантли терапия, коагулограмма кўрсаткичларини назорати остида индивидуал равишда амалга оширилиши лозим.

Шундай қилиб, ЮИҚда миокард реваскуляризация усулини танлашда касалликнинг кечиши ва клиник шакллари, гемодинамика кўрсаткичлари, нохуш ангиографик предикторларни ҳисобга олиш шарт, бу эса ўрта-узоқ ва олис прогнозни, беморлар ҳаёт сифатини яхшиланишига, асоратлар ва

даволаниш муддатларининг камайишига ва ногиронлик кўрсаткичининг пасайишига олиб келади.



4- расм. ЮИК бор беморларда миокард реваскуляризацияси усулини танлаш алгоритми

ХУЛОСА

1. Ангиографик текширувлар ЮИК шаклига боғлиқ бўлмаган равишда 80% беморларда ОПА ва ¼ қисм беморларда ЎҚА зарарланганлигини аниқлади. ЮИК ўткир шаклларида ОПА ва ОҚТ бассейнларида зарарланиш аниқланганда қон айланиши ўнг тож томири тури учраши 90%дан ортиқни ташкил этади ва >75% стеностик торайиш ва тотал окклюзия билан характерланади.

2. ЮИК турли шакллари мавжуд бўлган беморларга BVS-каркас имплантацияси 100% ангиографик ва 94% клиник самарадорлик билан характерланиб, DES стент ўрнатилган беморлар гуруҳига таққослаганда мос эканлиги аниқланди. Бунда МАСЕ бўйича баҳоланадиган ўрта олис ва олис клиник натижалар (2 йилдан кейин) 1чи гуруҳда 3,57% ни ва 2чи гуруҳда 3,29%ни ташкил қилиб, ЮИК мавжуд бўлган беморларда ўтказилган миокард реваскуляризациясини самарадорлигидан далолат беради.

3. ЮИК чап қоринча систолик функцияси паст беморлар анамнезида ўтказилган миокард инфарктлар сони ва коронарографияда тож томирлар кўп томирли зарарланиши билан ассоцирланади. ЧҚ систолик функциясининг тикланиши ЮИК шаклига боғлиқ бўлиб, сурункали шаклларда ўткир шаклларга нисбатан ОФ кўрсаткичини секинроқ кўтарилиши билан характерланади. ЧҚ ОФ кўрсаткичлари ва тож томирлар стенози даражаси, зарарланиш тарқалиши орасида тескари корреляцион боғлиқлик мавжудлигини кўрсатади ($r=-0,45$, $r=-0,55$ мос равишда).

4. ҚЭси юқори градациялари 40 ёшгача бўлган беморларда кўпроқ учраб, 52,2% ҳолларда ST-сегмент кўтарилиши билан келган ЎМИнинг асорати сифатида намоён бўлган, ҚЭси градациялари ва тож артериялар стенози даражаси билан тўғри корреляцион боғлиқлик аниқланган ($r=0,48$, $p<0,05$ мос равишда). ҚЭси паст градацияларида миокард реваскуляризациясининг антиаритмик самараси - 86,9%ни, юқори градацияли ҚЭсида - 68,4% ни ташкил этган. Антиаритмик терапия фониде миокард реваскуляризацияси юрак қоринчалари ритм бузилишларини 60% ҳолатларда йўқолишига олиб келади.

5. ЮИК мавжуд беморларда кўпроқ катта ёшлилар тоифасида АГ, 2 тур қандли диабет, анамнезида ўтказилган миокард инфаркти, шунингдек қонда липид миқдорининг ошиши каби коморбид ҳолатлар мавжуд беморларда СРО фаоллигининг ошиши билан ажралиб туради. Ангиографик кўрсаткичлар томонидан СРО ошиши стеностик торайиш узунлиги ва даражаси, зарарланган коронар артериялар сони билан ассоцирланиб келади. Бевосита СРБ>5мг/л даражали шахсларда ЮИК шакли ва касалликнинг клиник кечиши ўртасида тўғри корреляцион боғлиқлик аниқланган, яъни ЮИК оғирлик даражаси (SA -- PAP -- NSTEMI -- до STEMIдан) ошган сайин СРО фаоллиги кўтарилиши кузатилади.

6. Барча беморларда (ЮИК шаклига боғлиқ бўлмаган ҳолда) дастлабки босқичларда тромбоцитлар агрегацияси фаоллигининг ошиши, миокард

реваскуляризацияси ўтказилгандан 3 ойдан кейингина меъёрга яқинлашиши кузатилди. Тромбоцитлар агрегациясининг спонтан юқори даражали ошиши мавжуд бўлган беморларга BVS-каркас импланти ўрнатилган, кузатувнинг биринчи йилининг охирига келиб ушбу кўрсаткич динамикаси DES-стент ўрнатилган беморлар кўрсаткичлари билан аналогик мос равишда эканлиги аниқланади.

7. ЮИК бўлган беморларнинг 74,9%и медикаментоз терапияга изчил риоя этиш кам эканлиги аниқланди. Интервенцион аралашувдан 3 ойдан сўнг беморлар даволанишга изчил риоя этиш кескин ошди ва 50,5%ни ташкил этди. Шунга қарамасдан 12 ва 24 ойдан кейин даволанишга изчил риоя этиш яна пасая бошлади, бунда изчил риоя этган беморлар сони 34,6% ва 25,1%ни ташкил этди, етарли риоя этмаганлар сони мос равишда – 51,4% ва 45,1%ни ташкил қилди. Даволанишга юқори изчил риоя этган беморларда нохуш клиник-ангиографик маркерларнинг паст йиғиндисини ташкил этиши билан тавсифланади. Ўрнатилган имплант турига боғлиқ равишда даволанишга изчил риоя этиш динамикасини баҳолаш бу кўрсаткичнинг ўрнатилган имплант турига боғлиқ бўлмаган равишда пасайишини аниқлади. ЮИК сурункали шакллари мавжуд беморлар стентлаш муолажасигача, ундан кейин ва кузатувнинг олис даврларида ҳам даволанишга изчил риоя этиш кўрсаткичи юқорилиги билан характерланади.

8. ЮИК бор беморлар ҳаёт сифатини баҳолашни дастлабки босқичларида саломатликнинг фақатгина жисмоний компоненти томонидангина эмас, балки психологик компонентини ҳам, айниқса касалликнинг ўткир шакллари кузатилган беморларда яққолроқ аҳамиятли чекланишини кўрсатган. Ҳаёт сифати кўрсаткичларини динамикада баҳолаш иккала гуруҳда ўтказилган миокард реваскуляризациясининг ушбу кўрсаткичларни ҳам жисмоний, ҳам психологик компоненти ҳисобига яхшиланишига, ЮИК ўткир шаклларида ишонарли ошишига олиб келган.

9. ЮИК мавжуд бўлган беморлар нохуш прогноз предикторларини кўп омилли таҳлили 73,4% беморларда биттадан олтигача предиктор мавжудлиги, булардан 44,2%и эса СРБ>5мг/л кўрсаткичли беморлар ҳисобига тўғри келганлиги аниқланди. Нохуш предикторларни прогнозлаш (томирнинг кичик диаметри, дистал қисм зарарланиши, анамнезида 1 ой ичида ўтказилган миокард инфаркти; мураккаб юрак ритм бузилишлари, шунингдек СРО фаоллиги ва тромбоцитлар агрегация хусусиятининг ошиши) кардиал ҳодисалар ривожланиш хавфини камайтириш учун DES-стент имплантацияси учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.26.04.2018.Tib.64.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЁНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ**

**РЕПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ**

ЮЛДОШЕВ НАБИЖОН ПИРИМОВИЧ

**КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОРАСТВОРИМЫХ КАРКАСОВ ABSORB CO
СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ВТОРОЙ
ГЕНЕРАЦИИ**

14.00.06 – Кардиология

АВТОРЕФЕРАТ

докторской (DSc) диссертации по медицинским наукам

ТАШКЕНТ-2018

Тема докторской (DSc) диссертации по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан № B2018.1.DSc/Tib294.

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.cardiocenter.uz) и информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научные консультанты:	Курбанов Равшанбек Давлетович Доктор медицинских наук, академик
	Роберт Гил Джулиан доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Бабунашвили Автандил Михайлович доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)
	Камилова Умида Кабировна доктор медицинских наук, профессор
	Кенжаев Мажид Латипович доктор медицинских наук
Ведущая организация:	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии» (Российская Федерация)

Защита состоится «_____» _____ 2018 года в «_____» часов на заседании Научного совета DSc.26.04.2018.Tib.64.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии (Адрес: 100007, г.Ташкент, Мирзо Улугбекский район, ул.Осие 4. Тел./факс (99871)237-38-16, e-mail: scardio@cardiology_uzb).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (зарегистрирована за № _____). Адрес: 100007, г.Ташкент, Мирзо Улугбекский район, ул.Осие 4. Тел./факс (99871)237-38-16.

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2018 года.

(реестр протокола рассылки № _____ от «_____» _____ 2018 года).

Т.А.Абдуллаев
председатель Научного совета по
присуждению ученых степеней, доктор
медицинских наук, профессор

Г.А.Хамидуллаева
ученый секретарь Научного совета по
присуждению ученых степеней, доктор
медицинских наук

А.Б.Шек
председатель научного семинара при
Научном совете по присуждению ученых
степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (DSc) диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи в профилактике и лечении по-прежнему занимает ведущие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) погибают более 17 млн. человек, из них от ишемической болезни сердца - более 7 млн. и с момента проявления болезни в течение 3 лет умирает в среднем 10-12% больных». Самый важный аспект заболеваемости ИБС то, что она поражает людей активного периода жизни, встречается в возрасте 35-60 лет и характеризуется частыми госпитализациями, ухудшением качества жизни, ограничением работоспособности, высокими показателями смертности. По последним рекомендациям (2014, 2017) и статистическим данным «в 54% случаев причиной смерти являются заболевания сердечно-сосудистой системы»¹. Приблизительно 75% внебольничных внезапных остановок кровообращения обусловлены коронарной патологией.

На мировом уровне с целью достижения высокой эффективности в диагностике, раннему выявлению и подбору тактики лечения у больных ИБС проводится ряд научных исследований. У больных ИБС оптимизация лечения эндоваскулярными методами, усовершенствование методов лечения с целью повышения качества и продолжительности жизни имеет важное значение. Оптимизация подходов к лечению больных ИБС с применением эндоваскулярных методов лечения с применением различных стентов, обеспечивающих функцию реканализации в сосудах, восстанавливающих эластические свойства сосудистых бассейнов, а также изучение их эффективности и безопасности, ближайших и отдаленных результатов с оценкой кардиоваскулярных осложнений является одной из актуальных задач на сегодняшний день.

В нашем государстве проводятся широкомасштабные комплексные мероприятия по коренному улучшению качества оказания медицинской помощи населению. В Стратегии действий Республики Узбекистан по пяти приоритетным направлениям на 2017–2021 годы определены следующие задачи такие, как «в первую очередь, реформирование системы скорой и неотложной медицинской помощи в качестве первого звена повышения доступности и качества оказания населению медицинских и социально-медицинских услуг, обеспечения снижения заболеваемости населения и увеличение продолжительности жизни»². Поэтапное развитие кардиологии, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, раннее выявление

¹ ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularisation. European Heart Journal (2014) 35, 2541–2619; ESC Guidelines for the Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation (Management of) 2017. European Heart Journal, 2018; 39, Is.2, 119–177.

² Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017 — 2021 годах.

факторов риска и повышение эффективности лечения, в том числе ранняя диагностика ИБС с применением высокотехнологичных методов, прогнозирование течения заболевания, разработка лечебных мер и в результате этого снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, улучшение качества жизни прогноза больных имеет приоритетное значение.

Данное диссертационное исследование в определенной степени соответствует задачам, предусмотренных Указом Президента Республики Узбекистан №УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан №ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 20 июня 2017 года, а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа была выполнена в рамках приоритетных направлений развития науки и технологий Республики Узбекистан по направлению V «Медицина и фармакология».

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации³. Научные исследования по изучению эффективности применения эндоваскулярных методов лечения у больных ИБС, осуществляются в ведущих научных центрах и высших учебных заведениях мира, в том числе: Kings College (Англия), Center for Cardiovascular Research Charité (Германия), Centro Cardiologico MONZINO (Италия), Institut Cardiovasculaire Paris Sud, La Clinique Saint-Hilaire (Франция), California Hospital Medical Center, Columbia University Medical Center, New York-Presbyterian Hospital (США), Kyoto University Hospital, Teikyo University Hospital (Япония), Geneva University Hospitals (Швейцария), Department of Hemodynamics, Institute of Cardiology, Jagiellonian University Medical College (Польша), Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова, Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Национальный медицинский исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешалкина, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук Научно-исследовательский институт кардиологии (Россия).

Получены ряд научных, практических результатов по изучению эффективности, отдаленных результатов применения эндоваскулярных методов лечения ИБС, при этом, доказана эффективность этих вмешательств, по клинико-ангиографическим показателям, улучшению клинического течения заболевания, влиянию на прогноз и качества жизни больных (Center for Cardiovascular Research Charité, California Hospital Medical Center, New

³ Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/, www.who.int/, www.nhlbi.nih.gov/, www.heart.org/, www.acc.org/, www.medscape.com/, www.idf.org/, www.instituteofdiabetes.com.au/, www.scardio.ru/, www.almazovcentre.ru/, www.medgenetics.ru/, abbottvascular.com

York-Presbyterian Hospital, Jagiellonian University Medical College, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова, Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук Научно-исследовательский институт кардиологии); обоснована улучшение клинического течения заболевания, показателей ремоделирования сердца и уменьшение количество осложнений при оценке отдаленных результатов, а также улучшение прогноза жизни больных (La Clinique Saint-Hilaire, Kyoto University Hospital, Columbia University Medical Center, ФГУ Национальный медицинский исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешалкина); определена тактика применения стандартов лечения и ведения пациентов с учетом клинического течения и формы заболевания, функционально-ангиографических критериев(Centro Cardiologico MONZINO, Geneva University Hospitals, Teikyo University Hospital, Российский кардиологический научно-производственный комплекс).

В настоящее время в мире проводится целый ряд приоритетных исследований по совершенствованию диагностики и лечения ИБС, в том числе определению прогностической значимости эндоваскулярных методов в диагностике заболевания, разработка подходов к лечению с применением различных видов стентов, прогнозирование течения заболевания и осложнений после интервенционных вмешательств, улучшение клинического течения и качества жизни больных, путем повышения эффективности ближайших и отдаленных результатов, снижение осложнений определением факторов, участвующих в патогенетических механизмах развития тромбоза и рестеноза, улучшение прогноза.

Степень изученности проблемы. Исследованию патогенетических механизмов и оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий при ИБС посвящены труды многих ученых (Colombo A. 2013; Бузиашвили Ю.И. и соавт., 2016; Шляхто Е.И. 2017). Объем распространения атеросклеротического процесса и степень сужения в коронарных артериях рассматриваются как самостоятельные предикторы неблагоприятного прогноза (Chevalier B., 2014; Акчурин Р.С.,2014; Ferenc M et al., 2015).

Изучены механизмы реваскуляризации миокарда и подходы к выбору методов реваскуляризации. Обосновано стратегия лечения ИБС путем выбора подхода с учетом клинико-ангиографических результатов и эффективность реваскуляризации миокарда. Проведена сравнительная оценка эффективности различных видов стентов для реваскуляризации миокарда при лечении ИБС (Dudek D., 2014; Алекян Б.Г., 2017; Бабунашвили А.М., 2017; Gil J.R., 2018). Определена важность раннего прогнозирования кардиоваскулярных осложнений, с учетом краткосрочных и отдаленных результатов реваскуляризации миокарда (Осиев А.Г., 2013; Bil J. et al., 2016; Grundeken M., 2017). Несмотря на достигнутые успехи в этой области,

остаётся ряд нерешённых проблем, связанных с безопасностью данных устройств и их эффективность в отношении результатов.

К недостаткам можно отнести постоянное присутствие металлического протеза в стенке сосуда вызывает перекрытие боковых веток на уровне разветвления сосудов, препятствует дальнейшей перспективной хирургической реваскуляризации, ухудшает вазомоторную функцию сосудистой стенки, а также способствует тромбоза стента. Для решения данной проблемы последние годы рекомендуют использование биорассасывающихся стентов (Mattesini A.,2014; J. Kereiakes et al.2015; Onuma Y.,2016; K Revath et al.,2017). В ряде исследований показано эффективность биорассасывающихся стентов Absorb (BVS) у больных ИБС, однако, отдалённые результаты на использования изучены недостаточно (Chevalier B.R, 20154; Serruys P.W., 2016).

Критический анализ результатов исследований, посвящённых применению эндоваскулярных методов в диагностике и лечении ИБС, показывает необходимость дальнейшего изучения эффективности различных типов стента особенно по определению ранних кардиоваскулярных осложнений, а также отдалённых результатов.

В Узбекистане по изучению эффективности эндоваскулярных вмешательств при ИБС ведут научные исследования Зуфаров М.М., Аляви Б.А., Алимов Д.А. и др. Ранее проведённых исследованиях были изучены клинико-функциональные значения, эффективность, отдалённые результаты эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у больных ИБС с использованием стентов в зависимости от клинической формы заболевания, пола пациентов, количества поражённых сосудов, типа использованных стентов и наличия сахарного диабета (СД) 2-типа. Однако опыт по реваскуляризации миокарда с использованием биорассасываемых каркасов Absorb (BVS) у больных ИБС, в нашей республике не имеется.

В связи с вышеизложенным в условиях нашей Республики для совершенствования лечения больных ИБС, особенно её острых форм изучение эффективности реваскуляризации миокарда с использованием биорассасываемых каркасов Absorb является чрезвычайно актуальной задачей.

Связь темы диссертации с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках прикладного гранта АДСС 15.13.5 «Разработка методов многососудистого и/или стволового стентирования КА со сравнением с клинической эффективностью агрессивной медикаментозной терапией у больных с тяжёлыми формами ИБС».

Цель исследования: оценить сравнительную клиническую и ангиографическую эффективность реваскуляризации миокарда с использованием биорассасываемых каркасов Absorb (BVS) в сравнении со

стентами с лекарственным покрытием (DES) второй генерации у больных с различными формами ИБС.

Задачи исследования:

определить рентген-морфологическую характеристику коронарного русла у больных с различными формами ИБС;

оценить непосредственную ангиографическую эффективность и безопасность реваскуляризации миокарда методом имплантации BVS в сравнении с DES у больных с различными формами ИБС;

провести анализ сравнительной клинико-функциональной эффективности реваскуляризации миокарда после имплантации BVS и DES у больных с различной формой ИБС на госпитальном этапе и в отдаленном периоде;

определить динамику показателей содержания маркеров воспаления и агрегационной активности тромбоцитов у больных после имплантации BVS и DES на госпитальном и отдаленном периодах наблюдения;

оценить приверженность к терапии и качество жизни у больных после имплантации BVS в сравнении с DES в ближайшем и отдаленном периоде наблюдения;

определить частоту и характер кардиоваскулярных осложнений вмешательств в госпитальном, средне-отдаленном и отдаленном периодах, наблюдения с выявлением предикторов неблагоприятного исхода реваскуляризации миокарда при использовании биорассасываемого каркаса Absorb;

разработать рекомендации по повышению эффективности эндоваскулярных вмешательств у больных ИБС с учетом клинико-ангиографических показателей и прогностических критериев.

Объектом исследования явились 200 больных ИБС, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом центре кардиологии

Предмет исследования кровь из пальца, венозная кровь и сыворотка крови для проведения биохимических исследований.

Методы исследования. В данном исследовании были использованы клинические, биохимические, инструментальные, ангиографические методы исследования и статистический анализ.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

обоснована сравнительная эффективность современных биорассасываемых каркасов Absorb и стентов с лекарственным покрытием второй генерации с положительным влиянием на клиническое течение заболевания, процессы ремоделирования сердца, с улучшением средне-отдаленных и отдаленных результатов вмешательств;

установлено тесная взаимосвязь между низкой ФВ ЛЖ у больных ИБС при различных клинических формах заболевания и количеством перенесенного ИМ, некоторыми ангиографическими показателями: количество, степень, а также протяженность поражения коронарных сосудов и содержание уровня С реактивного белка;

показано связь между наличием желудочковых экстрасистол высоких градаций и клинической формой заболевания (ИМ, нестабильная стенокардия) с одной стороны и неблагоприятными ангиографическими предикторами, т.е. количеством пораженных коронарных сосудов и степенью их стеноза с другой;

установлена, что у больных ИБС после успешной реваскуляризации миокарда отмечается улучшение приверженности больных к лечению и качества жизни больных, преимущественно при острых формах заболевания (ИМ, нестабильная стенокардия);

разработан дифференцированному выбору метода эндоваскулярного вмешательства при различных формах ИБС с учетом клинико-функциональных и ангиографических показателей.

Практические результаты исследования состоят в следующем:

разработаны клинико-функциональные и ангиографические критерии повышения эффективности реваскуляризации миокарда у больных ИБС;

оптимизирован подход к дифференцированному применению метода эндоваскулярных вмешательств с учетом клинической формы и течения заболевания а также состояния сократительной способности миокарда и уровня воспалительных факторов в крови;

оптимизированы меры профилактики осложнений при установке биоразтворимых каркасов BVS в зависимости от клинического течения ИБС и функционального состояния сердца;

определены предикторы неблагоприятного прогноза для имплантации BVS, направленные на снижение сердечно-сосудистого риска в ближайшем и отдаленном периоде.

Достоверность полученных результатов определяется с достаточностью количества больных тщательно обследованных с использованием современных высокоинформативных методов исследования, созданием сопоставимых групп больных по основным клинико-анамнестическим показателям, с использованием современных клинико-биохимических, инструментальных, ангиографических методов исследования, а также для анализа полученных результатов с использованием современных методов статистической обработки.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что внесен существенный вклад в определении взаимосвязи между клинико-функциональными показателями, характером ремоделирования сердца и особенностями ангиографических показателей, в том числе в усовершенствовании теоретических и практических знаний об особенностях реваскуляризации миокарда с определением клинико-ангиографических предикторов влияния на прогноз заболевания и оптимизации выбора лечения.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что у больных ИБС с учетом клинической формы заболевания, функциональных и ангиографических показателей, разработан алгоритм оптимизации ревазуляризации миокарда. У больных ИБС дифференцированный выбор метода эндоваскулярного вмешательства с учетом клинико-функционального состояния пациентов, а также ангиографических показателей будет способствовать улучшению клинического течения заболевания, ближайшего и отдаленного прогноза жизни больных, а также предупреждению развития осложнений, сокращению сроков лечения, уменьшению количества повторных госпитализаций и улучшению качества жизни больных.

Внедрение результатов исследования. По результатам данного исследования по совершенствованию подходов к выбору дифференцированного метода ревазуляризации миокарда:

оформлено и утверждено методическое пособие на тему: «Использование биорастворимого сосудистого каркаса Absorb в лечении ишемической болезни сердца» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/93 от 7 мая 2018г.). Данное методическое пособие дает возможность оптимизации мер по установке биорастворимого каркаса Absorb с учетом клинических особенностей заболевания и сократительной способности миокарда;

получен патент на изобретение «Способ прогнозирования рестенозов коронарных артерий после ангиопластики со стентированием»(№ IAP 20170385). Дает возможность оценить прогноз у больных ИБС после стентирования;

внедрена методическая рекомендация «Современные аспекты эндоваскулярных методов лечения ишемической болезни сердца (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/93 от 7 мая 2018г.). Данная методическая рекомендация дает возможность оптимизации применения эндоваскулярных методов лечения у больных ИБС с учетом клинико-ангиографических критериев;

оценка ранних клинико-ангиографических предикторов у больных ИБС и оптимизация подходов к эндоваскулярным методам внедрена в практику отделений Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, республиканского кардиологического диспансера Республики Каракалпакстан, Ферганский областной кардиологический диспансер (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/104 от 24 мая 2018г).

Внедрение полученных научных результатов в практику здравоохранения позволило раннее выявление неблагоприятных клинико-ангиографических предикторов, оптимизации метода эндоваскулярного вмешательства у больных ИБС и улучшить течение заболевания, качества и

прогноза жизни, а также снизить количество осложнений в 1,3 раза, количества госпитализаций в 2,1 раза и продолжительность лечения в 2 раза.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были доложены и обсуждены на 11 международных и 6 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации всего опубликовано 61 научных работ, в том числе 18 журнальных статей, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций, из них 13 в республиканских и 5 в зарубежных журналах.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованной литературы. Объём диссертации составляет 189 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, даны характеристики объекта и предмета исследования, показано соответствие диссертационной работы приоритетным направлениям науки и технологий Республики, изложены научная новизна и практическая значимость результатов исследования с раскрытием научной и практической значимости полученных результатов, представлены пункты по внедрению в практику результатов исследования, а также сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные аспекты эндоваскулярных методов лечения ишемической болезни сердца»** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет исследования, показано соответствие приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, обосновывается достоверность полученных результатов, раскрываются их научная и практическая значимость, приводятся данные о внедрении в практику результатов исследования, о результатах апробации работы, опубликованности результатов работы и структуре диссертации.

Во второй главе диссертации **«Методология диагностики, лечения и мониторинга эффективности прогнозирования у больных с различными формами ишемической болезнью сердца»** приведены данные по общей характеристике больных, включенных в исследование, методы исследования, статистические методы анализа для оценки результатов исследования.

В исследование были включены 200 больных (169 – мужчин и 31 – женщины). с различными формами ИБС, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном кардиологическом научно-практическом медицинском центре, проводились клинические, функциональные и ангиографические исследования. Средний возраст больных составил $54,43 \pm 10,01$ лет. Критериями исключения из исследования явились: больные с ранее проведенной ЧКВ со стентированием или аортокоронарным шунтированием (АКШ) в анамнезе; с тяжелой сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы (аневризма аорты; клапанная патология, требующая хирургической коррекции; выраженная систолическая дисфункция левого желудочка (ФВлж) $<35\%$; декомпенсированная сердечная недостаточность; тяжелая почечная недостаточность); пациенты не толерантные к приему антикоагулянтов/дезагрегантов; лица с наличием бифуркационных поражений, стволочное поражение коронарного русла; кардиогенный шок; пациенты со средним и высоким риском ЧКВ по шкале SYNTAX.

С целью сравнительной оценки эффективности реваскуляризации миокарда больные были разделены на 2 группы: первая группа – 100 больных, у которых были установлены саморассасывающиеся сосудистые каркасы и вторая группа – 100 больных, которым были имплантированы стенты с лекарственным покрытием второй генерации. Группы были сопоставимы по нозологической структуре. Длительность наблюдения после выписки из стационара составила 24 месяца.

Всем больным проводились лабораторные и инструментальные методы диагностики, включающие электрокардиографию, эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ, показатели липидного обмена, агрегации тромбоцитов, С-реактивный белок, международные опросники по оценке качества жизни и приверженности пациентов к лечению.

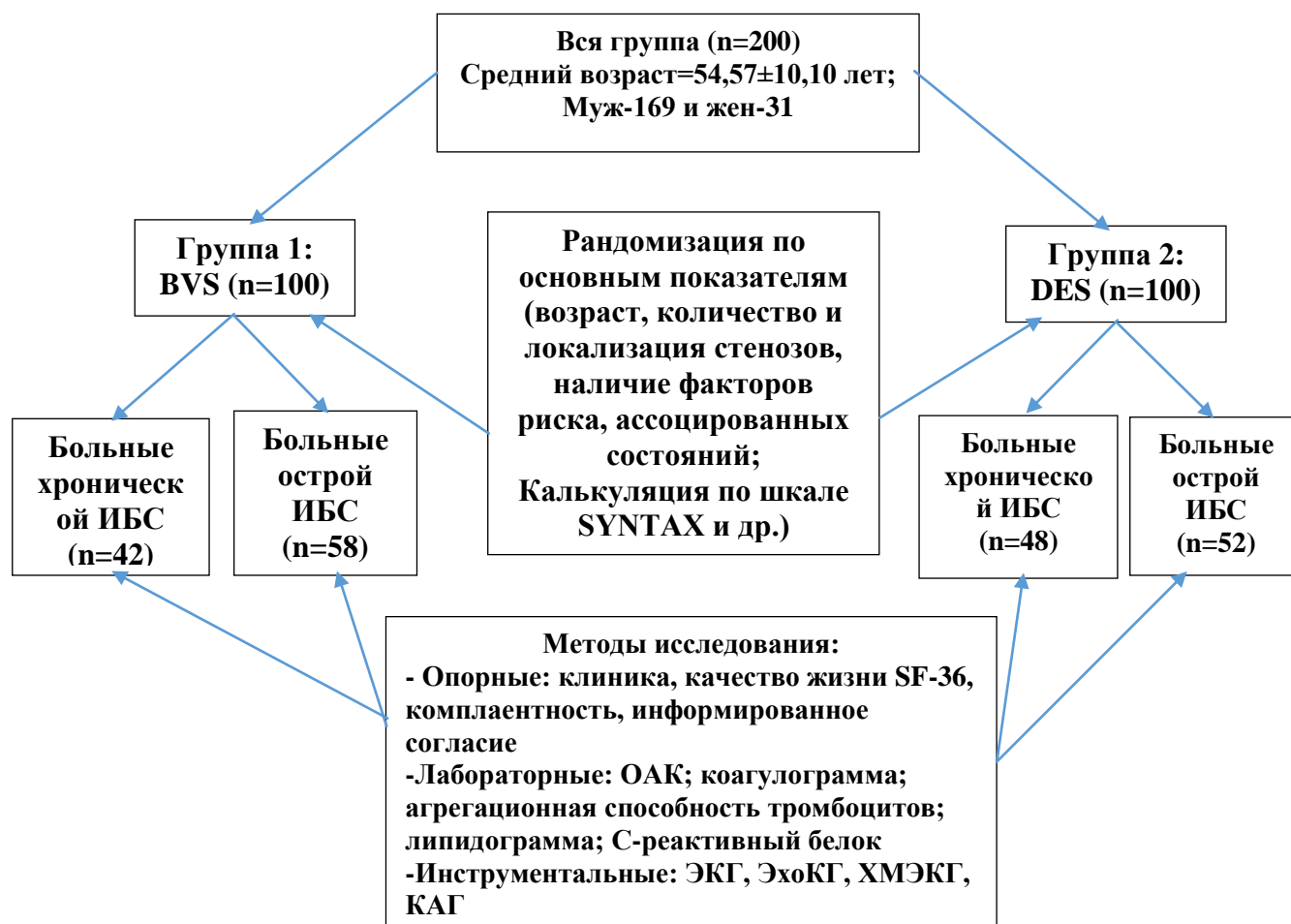
Для оценки рентген-морфологических характеристик пациентов проводилась селективная коронароангиография (КАГ) венечных сосудов с учетом ангиографических параметров: процент стеноза, количество стенотических поражений, классификация стенотических поражений по типам А-В-С, локализация поражений (проксимальная, средняя, дистальная) и диаметр артерии. Изучались следующие бассейны коронарных артерий: передняя нисходящая артерия (ПНА), огибающая артерия (ОА), ветвь тупого края (ВТК), промежуточная артерия (ПрА), правая коронарная артерия (ПКА), задняя межжелудочковая ветвь (ЗМЖВ) и левая желудочковая ветвь (ЛЖВ). Для установки BVS использовалась количественная коронарная ангиография (ККА/QCA) после интракоронарного введения раствора перлинганита (200мкг) для оценки соответствующего размера устройств.

Непосредственные результаты КАГ анализировались посредством оценки ангиографического и клинического успехов. Для оценки средне-отдаленных и отдаленных результатов КАГ использовался совокупный показатель MACE (major adverse cardiac events – серьезные неблагоприятные кардиальные события), объединяющий в себя тромбоз стента, реваскуляризацию целевого сосуда, инфаркт миокарда целевого сосуда и сердечную (кардиальную) смерть. Дизайн исследования представлен на рис. 1.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере Pentium-IV с использованием пакета программ «STATISTICA 6». Во избежание статистической неточности, анализ сопровождался проверкой нормальности распределения клинических признаков. Для сравнения арифметических средних двух групп (контрольной и экспериментальной) использовался t – тест Стьюдента. Для оценки наличия связей между показателями проводился корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Пирсона. Для анализа достоверности различий между качественными признаками использовался критерий χ^2 . В случаях, когда число данных в сравниваемых группах было

меньше 30 и хотя бы в одной группе было меньше 5, результаты проверяли точным методом Фишера.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ С ОЦЕНКОЙ НА ЭТАПАХ 3, 6, 12 и 24 мес.				
МАСЕ	КЛИНИКА	ЛАБОРАТОРНЫЕ	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ	КОМПЛЕКТНОСТЬ и КЖ
TS-тромбостента TVR-реvascularизация целевого сосуда TV-MI – инфаркт миокарда целевого сосуда CD – сердечная (кардиальная) смерть	Динамика симптомов	Динамика показателей воспалительных маркеров, агрегации тромбоцитов	Динамика показателей - ЭКГ - ЭхоЭКГ - ХМЭКГ	Характеристика по шкалам: - Качество жизни - COMPLAINT

Рис. 1. Дизайн исследования

В третьей главе «**Особенности поражения коронарного русла при различных формах ишемической болезни сердца и различных типах имплантов**» диссертации освещены общая характеристика и рентгеноморфологические особенности коронарного русла у больных с различными формами ИБС и с различными типами имплантов. Изначально больные были разделены на 2 группы: 90 больных с хронической ИБС (представленной в виде стабильной стенокардии (SA) преимущественно III ФК) и 110 больных с острой ИБС (представленной в виде нестабильной прогрессирующей стенокардии, острого инфаркта миокарда с или без подъема ST-сегмента).

Ангиографическая характеристика выявила, что в обеих группах превалировал правовенечный тип кровоснабжения (при острой ИБС – у 91,8%, а при хронической ИБС - у 82,2% пациентов ($p=0,068$; $\chi^2=3,336$)). При острой форме ИБС, также, как и при хронической, в большинстве случаев поражался бассейн ПНА (85,6% и 82,7% случаев), однако степень стеноза была более выраженной у больных с острой формой заболевания. Второе место по частоте встречаемости атеросклеротических поражений принадлежало бассейну ПКА (22,2% и 30,0% больных, соответственно в 1й и 2й группах). Степень стенотических сужений в бассейне ПКА у больных 1й группы превышала аналогичный показатель пациентов 2ой группы ($p>0,05$). Встречаемость атеросклеротических поражений в бассейнах ОА, ВТК и ЛЖВ была, практически, одинаковой, независимо от формы ИБС. ПРА и ЗМЖВ вовлекались (хотя и в небольших количествах – 2,7% и 5,5% случаев, соответственно), именно, при острой форме ИБС, в то время как при хронической ИБС повреждение данных венечных артерий не наблюдалось (табл.1).

Стенотические сужения объемом свыше 75% в 1 группе в бассейне ПНА составили 59 (65,6%), в бассейне ОА – 9 (10,0%) и в бассейне ПКА – 14 (15,6%) случаев. Во 2 группе аналогичные показатели составили 76 (69,1%), 13 (11,8%) и 18 (16,4%) случаев, соответственно (все $p>0,05$). Стеноз объемом 100% в 1 группе в бассейне ПНА был выявлен у 5 (5,6%), в бассейне ОА – у 1 (0,9%) и в бассейне ПКА – у 4 (4,4%) больных; во 2 группе – у 11 (10,0%), 1 (0,91%) и 6 (5,5%) пациентов, соответственно (все $p>0,05$).

Средняя длина атеросклеротического поражения у больных хронической ИБС составила $30,33\pm 15,20$ мм, при этом было установлено 109 имплантов, т.е. в среднем на 1 больного пришлось 1,21 импланта. При острой форме ИБС средняя длина атеросклеротического поражения составила $31,05\pm 14,73$ мм ($p>0,05$), а количество установленных имплантов оказалось 144, что в пересчете на 1 больного составило 1,31 импланта. При проведении корреляционного анализа между длиной (протяженностью) атеросклеротического поражения и диаметром стенотических сужений была выявлена положительную зависимость, как в группе больных с острой, так и в группе с хронической ИБС (оба $p>0,05$).

Таблица 1

**Рентген-морфологическая характеристика пациентов
при различных формах ИБС**

КАГ-характеристика		1 группа, больные с ХИБС (n=90)	2 группа, больные с ОИБС (n=110)	p	x ²
ПНА	% стеноза	82,63±13,04	90,13±8,45	0,000	
	Кол-во стенозированных сегментов	80	104		
	Кол-во больных	77 (85,6%)	91 (82,7%)	0,670	0,181
ОА	% стеноза	71,95±20,56	86,50±10,28	0,021	
	Кол-во стенозированных сегментов	18	15		
	Кол-во больных	15 (16,7%)	15 (13,6%)	0,691	0,158
ВТК	% стеноза	84,60±11,44	75,00±20,53	0,364	
	Кол-во стенозированных сегментов	5	8		
	Кол-во больных	5 (5,6%)	8 (7,3%)	0,840	0,041
Пра	% стеноза	0	86,67±11,55		
	Кол-во стенозированных сегментов	0	4		
	Кол-во больных	0	3 (2,7%)	0,217	1,002
ПКА	% стеноза	83,84±15,89	79,12±16,42	0,309	
	Кол-во стенозированных сегментов	25	39		
	Кол-во больных	20 (22,2%)	33 (30,0%)	0,281	1,164
ЗМЖВ	% стеноза	0	78,33±18,62		
	Кол-во стенозированных сегментов	0	6		
	Кол-во больных	0	6 (5,5%)	0,067	3,360
ЛЖВ	% стеноза	60,0	95,0		
	Кол-во стенозированных сегментов	1	1		
	Кол-во больных	1 (1,1%)	1 (0,91%)	0,568	0,326

Для анализа данных в зависимости от типа имплантов пациенты были разделены на две группы: 1 группа – 100 больных, которым были имплантированы BVS-каркасы и 2 группа – 100 пациентов, которым были установлены DES-стенты (табл.2).

Таблица 2

Сравнительная рентген-морфологическая характеристика в зависимости от типа имплантов

КАГ-показатели	BVS (n=100)	DES (n=100)	p	χ^2
Средний балл SYNTAX	9,66±4,84	9,57±4,96	0,897	
Среднее количество сосудистых поражений	1,38±0,61	1,39±0,71	0,915	
1-сосудистые поражения, n (%)	66 (66,0%)	70 (70,0%)	0,649	0,207
2-сосудистые поражения, n (%)	34 (34,0%)	30 (30,0%)		
Общее кол-во имплантов	129	124		
Среднее кол-во имплантов на одного больного	1,29	1,24		
Средняя L поражения, мм	31,49±16,59	30,05±13,28	0,499	
Средний d, мм	3,41±0,53	3,19±0,33	0,000	

На исходном этапе группы были сопоставимы по антропометрическим, клиничко-лабораторным и функциональным параметрам, а также по нозологической структуре. Согласно рекомендациям производителя, что установка BVS-каркасов должна производиться преимущественно молодым пациентам, в нашем исследовании изначально делался акцент на возраст больных. В связи с этим, между группами по возрастному аспекту имелась существенная разница ($p < 0,001$). Анализ коморбидных состояний показал, что среди пациентов 2 группы имелось количественное преимущество по ХСН и ПИМ (оба $p < 0,05$). Оценка ангиографических данных не выявила каких-либо статистически-значимых различий, за исключением среднего диаметра артерии, который оказался больше в группе BVS ($p < 0,001$). Базовый анализ количественной коронарной ангиографии был доступен для всех поражений. Перед процедурой средняя длина минимального просвета (ДМП) составило 0,35мм, со средним стенозом 90,8 % . После процедуры средний ДМП составило 3,1мм, в результате чего показатель острого прироста составило 2,75мм.

Непосредственный хороший ангиографический успех был отмечен в 100% случаев в обеих группах пациентов. У всех больных удалось

реканализировать стенозированный сегмент КА. Каких-либо осложнений в виде диссекции, феномена «no reflow», острого тромбоза в самом стенте, перфорации коронарной артерии и др. не было. Успех процедуры также составил 100% в обеих сравниваемых группах.

Хороший клинический успех в 1гр. составил 94,0% (94 человека), у 6 пациентов сохранялись приступы стенокардии на уровне ФК I-II. Во 2гр. клинический успех был отмечен в 91,0% (91 больной), у 9 больных сохранялись приступы стенокардии на уровне ФК I-II. Летальных исходов в 1ой и во 2ой группах не было. В целом, непосредственные клинические и ангиографические результаты ЧКВ имели существенный положительный характер независимо от типа имплантированных устройств.

В четвертой главе «**Клинико-функциональные и ангиографические особенности при различных формах ишемической болезни сердца на госпитальном этапе лечения**» диссертации представлены данные общеклинических, функциональных, лабораторных и ангиографических показателей при различных формах ИБС во взаимосвязи с нарушениями систолической функции миокарда, нарушениями ритма сердца, а также маркерами воспаления и агрегационной способности тромбоцитов.

С целью оценки взаимосвязи между систолической функцией миокарда левого желудочка (ЛЖ) и показателями ангиографии были отобраны 45 человек, у которых фракция выброса ЛЖ ФВлж $\leq 50\%$ (ср.ФВлж = $46,24 \pm 4,60\%$). В группу контроля с целью проведения корректного статистического анализа также были отобраны 45 больных, у которых ФВлж $> 50\%$ (ср.ФВлж = $55,97 \pm 2,58\%$). Группы были сопоставимы по антропометрическим данным, однако в возрастном аспекте пациенты 1 гр. оказались моложе, чем пациенты 2 гр. ($p > 0,05$). По нозологической структуре в 1гр. превалировали лица с инфарктом миокарда с ST-элевацией ($p < 0,05$), а также больные с перенесенным в анамнезе инфарктом миокарда. Оценка лабораторных показателей установила, что в 1 группе имела место высокая активность С-реактивного протеина ($p < 0,05$), в то время как со стороны липидного спектра крови наблюдалось снижение уровня всех показателей. Результаты КАГ показали, что в 1 группе однососудистые поражения наблюдались у 55,6% и двухсосудистые – у 44,4% больных. Во 2гр. у 64,4% пациентов отмечались однососудистые и у 35,6% – двухсосудистые поражения. Среднее количество сосудистых поражений в 1гр. = $1,44 \pm 0,50$ и во 2гр. = $1,36 \pm 0,48$ ($p > 0,05$). Всем, включенным в данный фрагмент исследования, пациентам, в общей сложности, было установлено 126 имплантов различного вида, из которых BVS в 1гр. – у 23 и во 2гр. – у 21 больного и DES в 1гр. – у 22 и во 2гр. – у 24 больных, соответственно. При проведении корреляционного анализа между количеством сосудистых поражений, протяженностью атеросклеротического поражения и ФВлж была выявлена обратная зависимость ($r = -0,45$, $p = 0,027$; $r = -0,56$, $p = 0,014$).

Из 200 больных, включенных в исследование, у 105 (52,5%) на исходном этапе было проведено суточное холтеровское мониторирование

ЭКГ (ХМЭКГ). С целью оценки взаимосвязи между желудочковыми нарушениями ритма сердца (НРС) и ангиографическими параметрами были выделены 50 больных, у которых на начальной ХМЭКГ имелись желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) различных градаций по Лауну — Вольфу — Райяну. Для проведения сравнительного анализа были сформированы 2 группы: 1 группа – 23 больных с ЖЭ I-II градациями и 2 группа – 27 больных с ЖЭ III-IVБ градациями. Группу контроля составили 20 больных, у которых за время проведения ХМЭКГ не было выявлено каких-либо НРС. Анализ ХМЭКГ не выявил существенных различий между группами. Средняя ЧСС в группе контроля составила $70,45 \pm 8,24$ уд/мин, в 1 гр. – на 4,5 уд/мин меньше и во 2 гр. – на 1,4 уд/мин меньше ($p > 0,05$). Циркадный индекс в группе контроля = $1,12 \pm 0,09$, в то время как в 1 и 2 группах данный показатель оказался на 0,01 и на 0,02 ниже ($p > 0,05$). Тем не менее, интервал QT при сопоставлении с данными группы контроля, оказался больше, что подтверждает наличие у них НРС, при этом разница по уровню среднего QT у пациентов 2 гр. имела тенденцию к достоверности ($p = 0,073$), а по QT скорректированному разница у пациентов 1 гр. была статистически достоверной. Оценка рентген-морфологических параметров установила, что наихудшие ангиографические показатели имелись у больных с высокими градациями ЖЭ. А именно, у данных пациентов отмечалось наибольшее количество сосудистых поражений, наибольшая длина атеросклеротического поражения, наибольшее количество пораженных сегментов, что, в свою очередь, потребовало имплантации значительного количества устройств (табл.3), однако выявленные различия не достигали уровня достоверности. При проведении корреляционного анализа между количеством ЖЭ и диаметром пораженных артерий была выявлена обратная зависимость ($p = 0,438$; $t = -0,781$; $r = -0,113$), т.е. по мере увеличения диаметра пораженной артерии уменьшается количество ЖЭ. При проведении корреляционного анализа между степенью поражения коронарных артерии и градациями ЖЭ была выявлена прямая корреляционная связь ($p = 0,027$; $t = 0,278$; $r = 0,48$). Однако, между длиной атеросклеротического поражения и количеством и сложностью ЖЭ была установлена прямая зависимость ($p = 0,579$; $t = 0,557$; $r = 0,006$), ($p = 0,487$; $t = 0,700$; $r = 0,101$).

Из 200 пациентов, включенных в исследование, у 91 (45,5%) на начальном этапе был проведен анализ активности С-реактивного белка (СРБ). С целью изучения взаимосвязи уровня СРБ с клинико-ангиографическими показателями были выделены две группы пациентов: 1 группа – 30 человек, у которых уровень $\text{СРБ} \leq 5 \text{ мг/л}$ (ср.уровень $\text{СРБ} = 3,23 \pm 1,19 \text{ мг/л}$) и 2 группа – 61 больной, у которых уровень $\text{СРБ} > 5 \text{ мг/л}$ (ср.уровень $\text{СРБ} = 26,77 \pm 42,89 \text{ мг/л}$).

Таблица 3

**Ангиографические характеристики пациентов в зависимости от
градаций желудочковых экстрасистол**

КАГ-показатели	Больные без НРС (n=20)	1 группа с ЖЭ I-II градаций (n=23)	2 группа с ЖЭ III-IVБ градаций (n=27)
Однососудистые поражения, n (%)	12 (60,0%)	16 (69,6%)	16 (59,3%)
Двухсосудистые поражения, n (%)	8 (40,0%)	7 (30,4%)	11 (40,7%)
Среднее количество сосудистых поражений	1,40±0,50	1,26±0,54	1,41±0,50
Средний калибр пораженных артерий, mm	3,20±0,23	3,28±0,31	3,37±0,45
Средняя длина стенотических поражений, mm	31,65±19,70	30,52±15,69	37,30±19,16
Количество пораженных сегментов	33	37	49
Количество имплантированных устройств	27	28	43
Ср.кол.-во имплантов на 1 больного	1,35	1,22	1,59
Кол.-во больных, которым установлены BVS, n (%)	12 (60,0%)	11 (47,8%)	17 (62,9%)
Кол.-во больных, которым установлены DES, n (%)	8 (40,0%)	12 (52,2%)	10 (37,1%)

Общеклиническая сравнительная характеристика больных не выявила каких-либо существенных различий между группами. Со стороны лабораторных данных обращало на себя внимание то, что 1гр. пациентов, несмотря на низкую активность СРБ, имела сравнительно повышенные значения общего холестерина (ОХ) и триглицеридов (ТГ) крови (ОХ в 1гр.=196,27±72,21 мг/дл vs ОХ во 2гр.=174,61±41,13мг/дл; ТГ в 1гр.=224,13±176,74мг/дл vs ТГ во 2гр.=189,88 ±109,13), однако различия оказались не достоверными (все $p>0,05$). Также было выявлено, что уровень СРБ не ассоциировался с сократительной функцией ЛЖ: в 1гр. ФВлж=59,76±8,93%, а во 2гр.ФВлж=58,61±9,79% ($p>0,05$). При сопоставлении данных ангиографии также не было выявлено статистически-значимых различий в зависимости от уровня СРБ (табл.4). Тем не менее, 2 гр. больных характеризовалась с наличием двухсосудистых поражений, выраженностью стеноза сосуда и бóльшей длиной поражения, что, в свою очередь,

потребовало бóльшего количества имплантов. В ходе проведения корреляционного анализа было показано, что по мере увеличения уровня СРБ в атеросклеротический процесс вовлекалось достоверно-большее количество сосудистых бассейнов ($p=0,002$; $t=3,138$; $r=0,316$)

Таблица 4

Ангиографические характеристики пациентов в зависимости от уровня активности С-реактивного белка

КАГ-показатели	1 группа, уровень СРБ \leq 5мг/л (n=30)	2 группа, уровень СРБ $>$ 5мг/л (n=61)	p	χ^2
Однососудистые поражения, n (%)	25 (83,3%)	43 (70,5%)	0,285	1,142
Двухсосудистые поражения, n (%)	5 (16,7%)	18 (29,5%)		
Среднее количество сосудистых поражений	1,17 \pm 0,38	1,29 \pm 0,46	0,220	
Средний калибр пораженных артерий, mm	3,25 \pm 0,67	3,37 \pm 0,43	0,304	
Средняя длина стенотических поражений, mm	26,87 \pm 9,36	29,33 \pm 12,75	0,350	
Количество пораженных сегментов	42	103		
Количество имплантированных устройств	35	74		
Ср.кол.-во имплантов на 1 больного	1,17	1,21		
Кол.-во больных, которым установлены BVS, n (%)	14 (46,7%)	19 (31,2%)	0,224	1,478
Кол.-во больных, которым установлены DES, n (%)	16 (53,3%)	42 (68,8%)		

Следующим фрагментом исследования явилась оценка взаимосвязи между агрегационной способностью тромбоцитов и ангиографическими показателями у больных ИБС. Из 200 больных, включенных в исследование, у 91 (45,5%) на исходном этапе был проведен анализ агрегационной способности тромбоцитов (АСТ). С целью более углубленного изучения взаимосвязи спонтанной АСТ с показателями КАГ, нами был проведен корреляционный анализ между спонтанной АСТ с одной стороны и длиной атеросклеротического поражения ($p=0,257$; $r=-0,120$; $t=-1,139$); диаметром артерии ($p=0,573$; $r=-0,059$; $t=-0,564$) и количеством сосудистых поражений ($p=0,778$; $r=-0,029$; $t=-0,283$) – с другой, однако рассматриваемые взаимозависимости не достигали уровня достоверности.

В пятой главе «Оценка эффективности реваскуляризации миокарда в отдаленном периоде, оптимизация прогнозирования и подходов к подбору эндоваскулярных методов лечения у больных ишемической болезнью сердца» диссертации представлены результаты оценки эффективности проведенных интервенционных вмешательств у больных с различными формами ИБС в зависимости от типа установленных имплантов, динамика клинического состояния и качества жизни больных в зависимости от приверженности к терапии, а также представлен многофакторный анализ предикторов неблагоприятного прогноза при ЧКВ в зависимости от типа установленных имплантов.

Динамика средне-отдаленных (6мес.) и отдаленных (12 и 24мес.) клинических результатов ЧКВ с установкой различных типов имплантов выявила следующее : к шестому месяцу наблюдения доступны были 94,0% пациентов в обеих группах. При этом к 3 месяца у одного пациента наблюдались конечные точки в виде тромбоза стента и ИМ целевого сосуда в группе BVS. В группе DES в первые полгода исследования никаких случаев MACE выявлено не было. Через 12 мес. были обследованы 92,5% пациентов в обеих группах. В группе BVS новых случаев MACE выявлено не было. А в группе DES к 10 месяцу у 1 больного развился инфаркт миокарда целевого сосуда. Таким образом, во 2 группе показатель MACE на этапе 12 мес. после ЧКВ составил 1,02%. Спустя 2 года были доступны 87,5% пациентов. Показатели MACE в 1 и 2 группе составили: сердечная смерть – 1/1; инфаркт миокарда целевого сосуда – 1/1; ишемически-обусловленная реваскуляризация целевого сосуда – 0/0 и тромбоз стента – 1/1. Т.е. суммарное значение MACE спустя 2 года после ЧКВ в сравниваемых группах оказалось 3/3 (3,57% vs 3,29%). Причинно-следственный анализ клинико-функциональных характеристик 6 больных, составивших группу MACE, установил, что данные пациенты характеризовались меньшим калибром пораженных артерий (ср.d=2,83±0,37мм), дистальными сегментами атеросклеротического поражения, а также худшей сократимостью миокарда (ФВлж=48,06±5,37%). Кроме того, все эти пациенты имели двухсосудистые поражения и перенесенный в анамнезе ИМ давностью более 1 месяца.

При оценке влияния реваскуляризации миокарда методами установки различных типов имплантов у больных с различной формой ИБС, осложнённой низкой фракцией выброса ЛЖ было установлено, что восстановление систолической функции ЛЖ не зависит от типа устройств, однако при хронической форме ИБС осложненной низкой ФВлж, реваскуляризация миокарда способствовала не столь выраженному восстановлению сократительной функции сердечной мышцы, как при острой форме заболевания, и характеризовалась медленной положительной динамикой.

Оценка динамики ЖЭ после процедуры реваскуляризации миокарда была проведена через 2 года, при этом оказались доступны 84,0% обследуемых. Данный фрагмент исследования показал, что

антиаритмический эффект реваскуляризации миокарда при ЖЭ низких градаций составил 86,9%, а при комплексных сложных ЖЭ – 68,4%, при этом не наблюдалось какой-либо зависимости от типа установленных имплантов, однако хроническая форма ИБС способствовала не столь выраженному антиаритмическому эффекту при процедуре стентирования. Тем не менее, комплексное лечение, а именно – стентирование, проведенное на фоне антиаритмической терапии, более чем в 60% случаев способствовало подавлению желудочковых нарушений ритма сердца.

Оценка динамики агрегационной способности тромбоцитов (АСТ) в зависимости от типа установленных имплантов выявила достоверное снижение уровня АСТ в обеих группах пациентов. На исходном этапе межгрупповая разница по значениям АСТ достигала статистически-значимый уровень, однако к концу первого года наблюдения эта разница нивелировалась. Данная тенденция сохранялась и через 2 года наблюдения. Динамика АСТ в зависимости от формы ИБС выявила, что на исходном этапе пациенты с острой формой заболевания характеризовались повышенной АСТ, чем больные с хронической формой заболевания, однако спустя 6, 12 и 24 мес. выявленная разница полностью нивелировалась. В тоже время, внутригрупповой анализ свидетельствовал о достоверной положительной динамике показателей АСТ, отмечавшейся в обеих группах больных уже через 3мес. после ЧКВ и сохранявшейся на дальнейших этапах исследования.

Для оценки приверженности пациентов к врачебным рекомендациям нами использовался международный опросник Мориски-Грина. Прежде чем оценивать приверженность к медикаментозной терапии, нами был проведен краткий анализ по принимаемым, на момент госпитализации, группам основных лекарственных препаратов (ЛП): ацетилсалициловая кислота; нитраты; β -адреноблокаторы; ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина-II; антагонисты кальция; статины и антиагреганты –клопидогрель (табл.5).

При оценке влияния медикаментозной терапии на клиническое течение заболевания была установлена высокодостоверная корреляционная зависимость, т.е. количество принимаемых ЛП оказывало прямое влияние на состояние больного ($p=0,0001$; $r=-0.273$; $t=-3.875$). Аналогичная тенденция имела место и при оценке взаимозависимости между количеством принимаемых ЛП и количеством сосудистых поражений. А именно у лиц, принимавших мало лекарств количество пораженных сосудистых бассейнов оказалось большим, чем у больных, принимавших более 2 медикаментов ($p=0,0000$; $r=-0.289$; $t=-4,121$). На исходном этапе тест Мориски-Грина был проведен у 179 (89,5%) больных, при этом 50 (27,9%) человек набрали 1 балл; 92 (51,4%) – набрали 2 балла; 31 (17,3%) – набрали 3 балла и лишь 6 (3,4%) человек набрали 4 балла, что подтверждает низкую приверженность больных к медикаментозной терапии.

Таблица 5

Частота приёма основных групп кардиологических ЛП

Принимаемые ЛП	Кол-во б/х, абс. (n=200)	Кол-во б/х, % (200-100%)
АСК	93	46,5
Нитраты	18	9,0
БАБ	69	34,5
иАПФ	31	15,5
АРА-II	14	7,0
Антагонисты кальция	24	12,0
Статины	36	18,0
Клопидогрель	19	9,5
Диуретики	44	22,0
ААП	18	9,0
Ср.кол-во ЛП на 1 б/ного	1,95±0,76	

Примечания: АСК – ацетилсалициловая кислота; БАБ – β-адреноблокаторы; иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; АРА-II – антагонисты рецепторов ангиотензина-II; ААП – антиаритмики; ЛП – лекарственные препараты; данные представлены в абсолютных значениях и процентном соотношении.

Изначально 74,9% пациентов оказались либо неприверженными, либо слабоприверженными к медикаментозной терапии (ср.балл 1,96±0,71). Динамика оценки комплаентности установила высоко-достоверный рост приверженности пациентов к медикаментозной терапии уже спустя 3 мес. после проведенного ЧКВ. Однако, через 12 и 24 месяца уровень приверженности пациентов к медикаментозной терапии начал снижаться и наблюдался рост количества неприверженных больных и средний балл через 2 года составил 2,89±0,67 (рис.2).

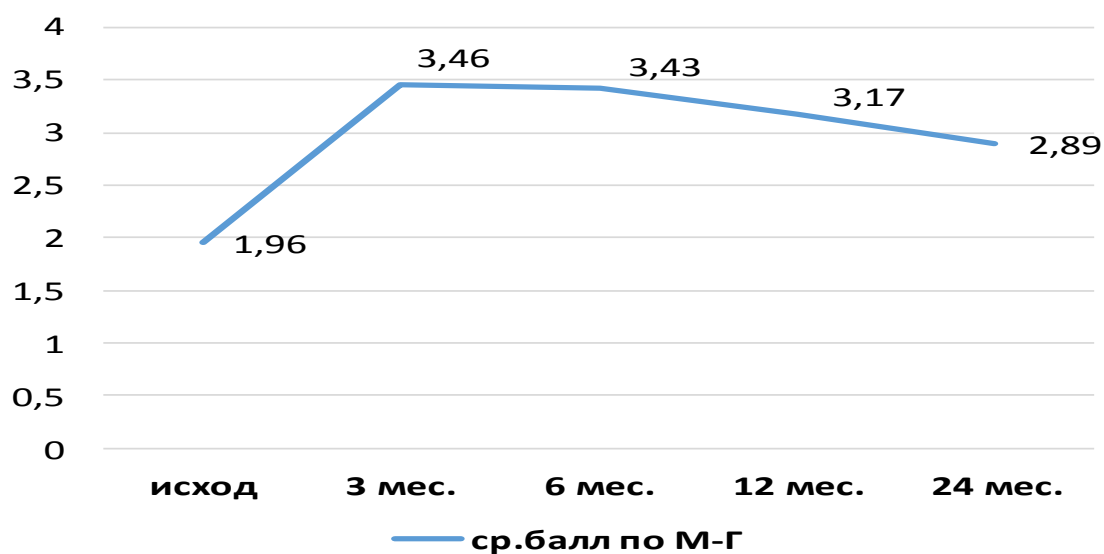


Рис. 2. Средний балл по шкале Мориски –Грина

Оценка приверженности к терапии в зависимости от типа используемых устройств выявила, что пациенты с установленными BVS-каркасами, изначально характеризовались сравнительно низкой приверженностью, чем больные с имплантированными DES-стентами, а именно средний балл по шкале Мориски-Грина в 1гр. составил $1,77 \pm 0,72$, а во 2гр. = $2,13 \pm 0,77$ ($p=0,002$). Спустя 3 мес. после ЧКВ средний балл по шкале Мориски-Грина в 1гр.= $3,48 \pm 0,66$ и во 2гр.= $3,44 \pm 0,74$; через 6 мес. аналогичный показатель в 1 и 2 группах составил $3,44 \pm 0,58$ и $3,42 \pm 0,74$; через 12 мес. – $3,22 \pm 0,64$ и $3,13 \pm 0,79$ и через 24 мес. – $2,88 \pm 0,78$ и $2,90 \pm 0,92$ балла ($p>0,05$), соответственно в 1 и 2 группах. Оценка динамики приверженности к медикаментозной терапии в зависимости от формы ИБС выявила, что изначально пациенты с хронической ИБС характеризовались большей приверженностью к медикаментозной терапии, чем лица с острой формой заболевания ($2,12 \pm 0,81$ vs $1,82 \pm 0,71$ балла, соответственно при ХИБС и ОИБС, $p=0,009$). Спустя 3 мес. средний балл по шкале Мориски-Грина составил $3,55 \pm 0,72$ при ХИБС и $3,38 \pm 0,69$ при ОИБС ($p<0,05$); через 6 мес. – $3,49 \pm 0,77$ и $3,38 \pm 0,58$; ($p<0,05$), через 12 мес. – $3,24 \pm 0,68$ и $3,12 \pm 0,76$ и через 24 мес. – $3,08 \pm 0,78$ и $2,75 \pm 0,88$ балла ($p>0,05$), соответственно при ХИБС и ОИБС (рис.3).

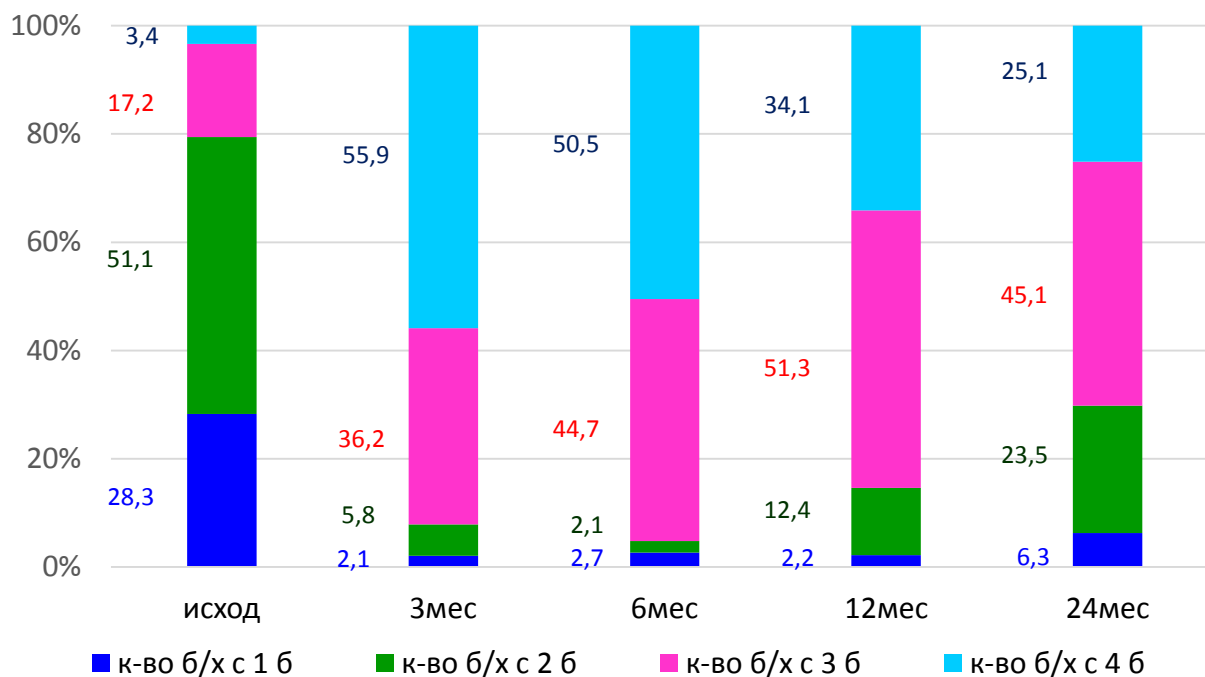


Рис. 3. Количественная характеристика пациентов, набравших от 1 до 4 баллов по шкале Мориски-Грина (данные представлены в % соотношении)

При проведении корреляционного анализа между уровнем приверженности пациентов к лечению на начальном этапе исследования и общим количеством неблагоприятных клинико-ангиографических маркеров (d пораженной артерии <3мм; дистальный отдел поражения; перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда давностью более 1 месяца; снижение

сократимости миокарда; сложные нарушения ритма сердца; а также повышенная активность СРБ и спонтанной агрегационной способности тромбоцитов) была выявлена обратная зависимость статистически-достоверного характера ($p=0,012$; $r=-0,188$; $t=-2,543$).

Анализ показателя качества жизни (КЖ) в динамике показал, что в целом, у всех больных, независимо от типа имплантов наблюдалось резкое снижение интенсивности боли уже в первую неделю после ЧКВ. Общее здоровье восстанавливалось постепенно, однако психическое (ментальное) здоровье, восстанавливалось ступенеобразно. Т.е. в первые полгода психический компонент здоровья практически не изменялся, наверное, это было обусловлено тем, что у пациентов имелся не совсем позитивный настрой, у многих из них возникало чувство ущербности или инвалидности. Однако по мере улучшения общего самочувствия настрой у пациентов менялся и отмечалось восстановление психического компонента здоровья.

На основании проведенного анализа были выделены предикторы неблагоприятного прогноза, к которым были отнесены:

Ангиографические:

1. Малый диаметр поврежденной артерии

2. Большая протяженность атеросклеротического поражения с вовлечением дистальных отделов

3. Непроведение постдилатации (третьего пункта PSP)

Клинические:

1. Хронический характер стенотических сужений

2. Неприверженность пациентов к медикаментозной терапии (несоблюдение приёма ДААТ)

3. Низкая фракция выброса левого желудочка

4. Желудочковые экстрасистолы высоких градаций

5. Повышенная активность С-реактивного белка и повышенная спонтанная агрегация тромбоцитов

С учетом вышеперечисленных предикторов, нами был проведен многофакторный анализ по их влиянию на отдаленный прогноз пациентов. С этих позиций было выявлено, что у 50 (26,6%) больных ни один из перечисленных предикторов не имелся; у 72 (38,3%) – имелся один маркер; у 38 (20,2%) – имелись 2 маркера; у 24 (12,7%) – 3 маркера; у 2 (1,1%) – 4 маркера и у 2 (1,1%) больных присутствовали 6 предикторов неблагоприятного прогноза. В зависимости от типа установленных имплантов ретроспективно было показано, что BVS-каркасы изначально имплантировались пациентам с меньшим количеством неблагоприятных маркеров, что имело отражение и при проведении корреляционного анализа ($p=0.003$; $r=0.215$; $t=3.000$). Более детальный анализ количества неблагоприятных предикторов в зависимости от типа имплантов представлен в табл.6, из которой видно, что наличие в анамнезе инфаркта миокарда давностью более 1 месяца и повышенная активность СРБ оказались

маркерами выбора для имплантации DES-стентов ($p=0,070$; $\chi^2=2,276$ и $p=0,005$; $\chi^2=7,988$, соответственно для ПИМ и СРБ).

Таблица 6

Количественно-суммарная характеристика частоты встречаемости неблагоприятных маркеров в зависимости от типа установленных имплантов (по данным ретроспективного анализа)

Предикторы	d<3мм	D/3- поражения	ПИМ>1мес.	ФВ≤50%	ЖЭ выс.град.	СРБ>5мг/л	Спон-тан. АСТ>1.5 о.е.	Всего б/х (n)
BVS	9	10	17	18	11	19	12	88
%	10,2	11,4	19,3	20,5	12,5	21,6	13,6	46,8
DES	16	12	32	22	12	42	8	100
%	16,0	12,0	32,0	22,0	12,0	42,0	8,0	53,2
Итого	25	22	49	40	23	61	20	188
	13,3	11,7	26,1	21,3	12,2	32,5	10,6	100

Примечания: BVS & DES – типы установленных имплантов; ПИМ – перенесенный инфаркт миокарда; АСТ-агрегационная способность тромбоцитов; процентная составляющая вычислялась от общего (188) количества больных

Одним из фрагментов исследования был сравнительный анализ BVS-каркасов с различными стентами второй генерации. В связи с этим, среди больных с DES-стентами были выделены 3 группы: 1 группа – 31 больной с установленными стентами покрытыми сиролимусом (СПС); 2 группа – 36 человек с имплантированными стентами покрытыми эверолимусом (СПЭ) и 3 группа – 21 пациент со стентами покрытыми зотаролимусом (СПЗ). У остальных 12 больных использовались стенты покрытые биолимусом и паклитакселем (8 и 4 пациента, соответственно), учитывая их малочисленность они не были включены в данный фрагмент исследования.

Анализ динамики клинико-ангиографического состояния пациентов с имплантированными BVS и DES был описан выше, однако детальный разбор по DES-стентам установил, что за период наблюдения до 24 мес. (медиана составила $21,3 \pm 2,8$ мес.) лишь у 1 (3,2%) пациента с установленным СПС была диагностирована внезапная сердечная смерть.

У пациентов с установленными СПЭ и СПЗ за указанный период наблюдения каких-либо осложнений по типу MACE выявлено не было.

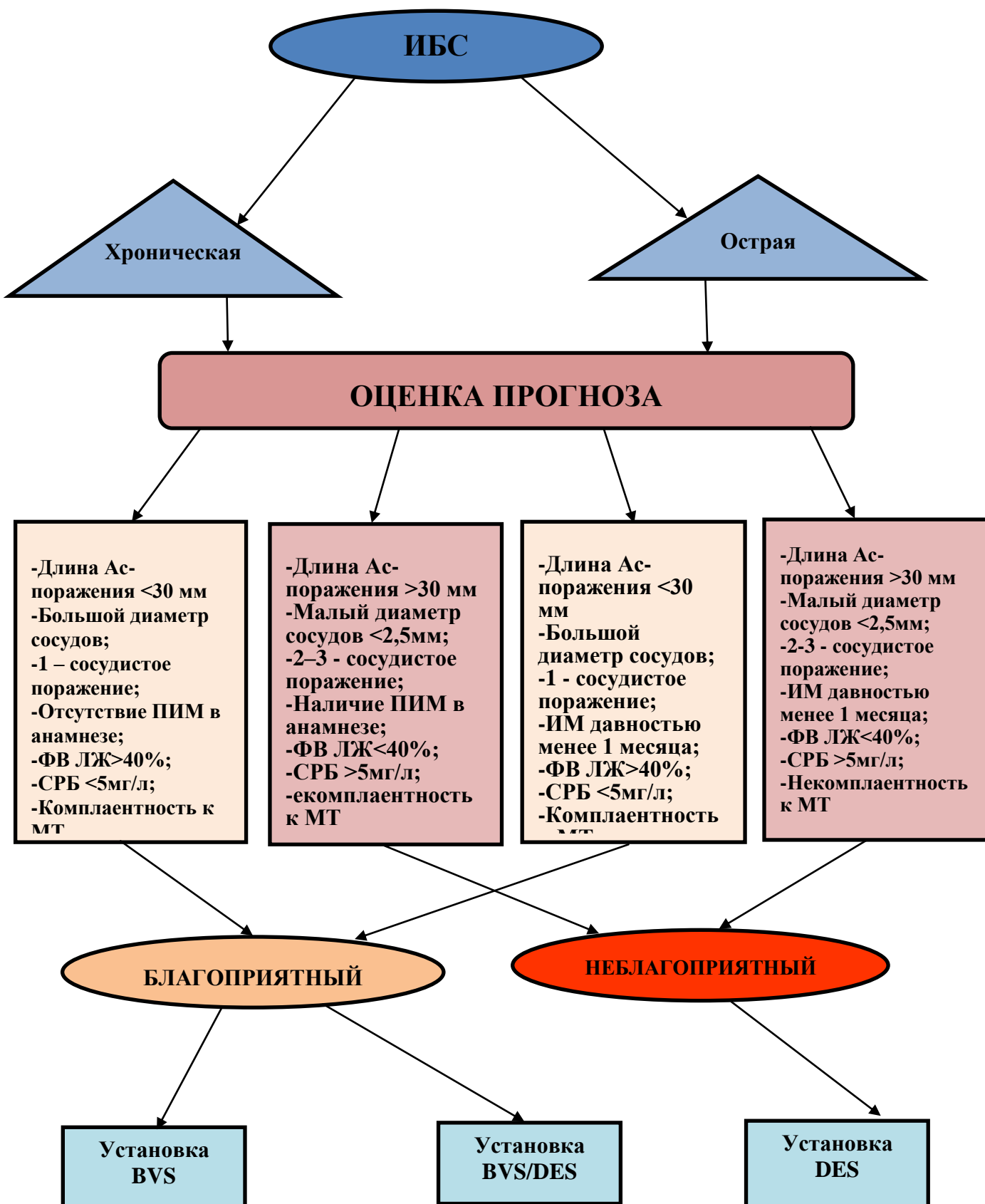


Рис.4 Алгоритм по подбору метода реваскуляризации миокарда у больных ИБС

Последние два вышеуказанных случая были успешно устранены с помощью повторного ЧКВ.

На основании проведенного анализа были выделены клинико-лабораторные и ангиографические предикторы неблагоприятного прогноза, к которым были отнесены:

Клинические: хронический характер стенотических сужений, неприверженность пациентов к медикаментозной терапии (несоблюдение приёма ДААТ), низкая фракция выброса левого желудочка, желудочковые экстрасистолы высоких градаций, повышенная активность С-реактивного белка и повышенная спонтанная агрегация тромбоцитов.

Лабораторные: повышение активности СРБ и спонтанной агрегации тромбоцитов.

Ангиографические: малый диаметр поврежденной артерии, большая протяженность атеросклеротического поражения с вовлечением дистальных отделов, непроведение постдилатации (третьего пункта PSP).

С учетом клинико-лабораторных и ангиографических предикторов неблагоприятного прогноза, были составлены алгоритмы по подбору метода реваскуляризации миокарда у больных ИБС.

Наше исследование показало, что саморассасывающиеся каркасы, по крайней мере, не уступают стентам с лекарственным покрытием и могут безопасно и эффективно применяться в практике ЧКВ у больных с коронарным атеросклерозом и ИБС с учетом клинико-ангиографических предикторов неблагоприятного прогноза. BVS-каркасы могут использоваться в повседневной клинической практике при условии строгого соблюдения основных рекомендаций по технике имплантации, а прием ДААТ должен проводиться в индивидуальном порядке под контролем показателей коагулограммы.

Таким образом, у больных ИБС при подборе методов реваскуляризации миокарда, необходимо учитывать клинические формы и течение заболевания, показатели гемодинамики, неблагоприятные ангиографические предикторы, что способствует улучшению краткосрочного и отдаленного прогноза, качества жизни больных, уменьшению осложнений, сроков лечения и снижению показателей инвалидизации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ангиографические исследования выявили, что у 80% больных независимо от формы ИБС наблюдались поражения ПНА и ¼ часть пациентов имели поражение ПКА. При острой форме ИБС встречаемость правовенечного типа кровоснабжения составила свыше 90% при выявлении поражений бассейнов ПрА и ЗМЖВ и характеризовались стенотическим сужением объемом >75% и тотальными окклюзиями.

2. Имплантация BVS-каркасов у больных с различными формами ИБС характеризовалась 100% ангиографическим и 94% клиническим эффектом, что оказалось сопоставимым с показателями группой больных с установкой DES стентов. При этом средне-отдаленные и отдаленные клинические

результаты оцениваемое через 2 года по MACE в 1 группе составил 3,57% и во 2 группе – 3,29%, что характеризует эффективность проведенной реваскуляризации миокарда у больных ИБС.

3. У больных ИБС снижение систолической функции ЛЖ ассоциировалось с количеством перенесенных инфарктов миокарда в анамнезе и пораженных сосудов при коронарографии. Восстановление систолической функции ЛЖ зависело от формы ИБС, при хронических формах характеризовалась более медленным увеличением показателя ФВ по сравнению с острыми формами ИБС. Выявлена обратная корреляционная связь между показателем ФВ ЛЖ и протяженностью, а также степенью стеноза венечных артерий ($r=-0,45$, $r=0,55$ соответственно).

4. ЖЭ высоких градаций чаще отмечались у лиц моложе 40 лет и в 52,2% случаях являлись осложнением ОИМ с подъемом ST-сегмента, наблюдалась прямая корреляционная зависимость между градациями ЖЭ и степенью стеноза венечных артерий ($r=0,48$; $p<0,05$ соответственно). Антиаритмический эффект реваскуляризации миокарда при ЖЭ низких градаций составил 86,9%, а при комплексных сложных ЖЭ – 68,4%. Реваскуляризация миокарда на фоне антиаритмической терапии, более чем в 60% случаев способствовало подавлению желудочковых нарушений ритма сердца.

5. У больных ИБС повышение активности СРБ ассоциировалось с более старшей возрастной категорией пациентов с превалированием лиц коморбидных с АГ, СД 2 типа и с перенесенными ИМ в анамнезе, а также с повышенными значениями липидов крови. Со стороны ангиографических показателей, увеличение СРБ ассоциировалось с длиной и степенью стенотического сужения. Непосредственно у лиц с уровнем СРБ >5 мг/л была установлена прямая корреляционная зависимость между формой ИБС и клиническим течением заболевания, т.е. по мере увеличения тяжести ИБС (от SA -- RAP -- NSTEMI -- до STEMI) наблюдался рост активности СРБ.

6. Все пациенты независимо от формы ИБС на исходном этапе, характеризовались повышенной агрегацией тромбоцитов, которая нивелировалась уже спустя 3 месяца после проведенной реваскуляризации миокарда. Пациентам с высоким уровнем спонтанной агрегации тромбоцитов были имплантированы BVS-каркасы, однако динамика данного показателя к концу первого года наблюдения оказалась сопоставима с аналогичным показателем пациентов с установленными DES-стентами.

7. 74,9% больных ИБС оказались малоприверженными к медикаментозной терапии. Через 3 месяца после интервенционного вмешательства у пациентов уровень приверженности к медикаментозной терапии резко увеличился, составив 50,5%. Тем не менее, через 12 и 24 месяца уровень приверженности начал снижаться, при этом количество приверженных пациентов составило 34,6% и 25,1%, а недостаточно приверженных – 51,4% и 45,1%, соответственно. Пациенты с высоким уровнем приверженности характеризовались меньшей суммарной

составляющей неблагоприятных клинико-ангиографических маркеров. Оценка динамики данного параметра в зависимости от типа установленных имплантов выявила снижение приверженности пациентов, независимо от типа установленных имплантов. Пациенты с хронической формой ИБС характеризовались высокой приверженностью как до, так и после процедуры стентирования, даже в отдаленных периодах наблюдения.

8. У больных ИБС оценка показателей качества жизни показала, что на исходном этапе у пациентов имелись значительные ограничения со стороны не только физического компонента здоровья, но и психологического, которое было более выражено у больных с острыми формами. Оценка динамики параметров качества жизни показала, что проведенная реваскуляризация миокарда в обеих группах способствовала улучшению данных показателей, которые были достоверно выше в группе с острыми формами ИБС за счет как физического, так и психологического компонента.

9. У больных ИБС многофакторный анализ предикторов неблагоприятного прогноза выявил, что у 87,8% больных имеются наличие от одного до пяти предикторов, при этом 63,8% из них пришлось на долю такого показателя, как длина атеросклеротического поражения > 20 мм. Прогнозирование неблагоприятных предикторов (малый диаметр сосуда, большая протяженность атеросклеротического поражения, вовлечение в патологический процесс более 1 сосудистого бассейна, снижение сократимости миокарда ФВ ЛЖ менее 40%, наличие хронической тотальной окклюзии или ранее перенесенного инфаркта миокарда) послужили показанием для имплантации DES-стентов, во избежание развития кардиальных событий в дальнейшем.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.26.04.2018.Tib.64.01 ON THE ADMISSION
OF ACADEMIC DEGREES AT THE REPUBLIC SPECIALIZED
SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF CARDIOLOGY**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF CARDIOLOGY**

YULDOSHEV NABIJON PIRIMOVICH

**CLINICAL AND ANGIOGRAPHIC COMPARATIVE EFFICIENCY OF
THE BIORESORBABLE VASCULAR SCAFFOLDS ABSORB WITH
DRUG ELUTING STENTS OF THE SECOND GENERATION**

14.00.06 –Cardiology

ABSTRACT

dissertation of the doctor of sciences (DSc) on medical sciences

TASHKENT – 2018

The theme of doctoral dissertation (DSc) on medical sciences was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under № B2018.1.DSc/Tib294.

Doctoral dissertation was carried out at the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Cardiology

The abstract of the doctoral dissertation was posted in three (uzbek, russian, english (rezume)) languages on the website Scientific Council at www.cardiocenter.uz and on the website of «ZiyoNet» www.ziynet.uz.

Scientific consultant:

Kurbanov Ravshanbek Davletovich

Doctor of Medicine, Academician

Robert Gil Julian

Professor

Official opponents:

Babunashvili Avtandil Mikhaylovich

Doctor of Medicine, Professor

(Russian Federation)

Kamilova Umida Kabirovna

Doctor of Medicine, Professor

Kenjayev Majid Latipovich

Doctor of Medicine

Leading organization

Federal State Budgetary Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences» «Scientific Research Institute of Cardiology»

(Russian Federation)

The defence of the doctoral dissertation will be held «___»_____2018, at___ at the meeting of the Scientific Council № DSc.26.04.2018.Tib.64.01. at Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Cardiology (Address: 4 Osyo str. Mirzo Ulugbek district, 100007, Tashkent, Tel. /Fax (+99871)237-38-16, e-mail: scardio@cardiology_uzb)

The doctoral (DSc) dissertation can be looked through in the Information Resource Center of Republican specialized scientific-practical medical center of cardiology (registered under №___) Address: 4 Osyo str.Mirzo Ulugbek district, 100007., Tashkent, Tel./Fax (+99871)237-38-16.

The abstract of the dissertation was distributed on «___»_____ 2018.

(Registry record № _____ dated «___»_____2018).

T.A.Abdullayev

Chairman of the Scientific Council on Award of the Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

G.A. Khamidullaeva

Scientific Secretary of Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine

A.B. Shek

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council for Award of the degree of Doctor of Science Doctor of Medicine

INTRODUCTION (abstract of the (DSc) dissertation)

The aim of the research is to evaluate the comparative clinical and angiographic efficiency of myocardial revascularization using the bioresorbable vascular scaffolds Absorb (BVS) comparison with the second generation drug-eluting stents (DES) in patients with various forms of coronary heart disease and optimizing the approach to treatment.

Research objectives:

to determine the X-ray morphological characteristics of the coronary vessels in patients with various forms of coronary heart disease, taking into account the method of revascularization by implantation of the bioresorbable vascular scaffolds Absorb (BVS) or second-generation drug-eluting stents (DES);

to evaluate the comparative angiographic effectiveness and safety of myocardial revascularization by bioresorbable vascular scaffolds (BVS) and second-generation drug-eluting stents (DES) implantation with various forms of coronary heart disease during PCI and at the hospital stage of treatment;

analysis of the comparative clinical and functional efficacy of myocardial revascularization after implantation of BVS and DES in patients with different forms of coronary heart disease at the hospital stage and in the long-term period;

to determine the dynamics of inflammatory markers and platelet aggregation in patients after implantation of BVS and DES in the comparative aspect of the hospital and long-term follow-up;

to assess adherence to therapy and quality of life in patients after implantation of BVS and DES in a comparative aspect in the near and distant period;

to determine the frequency and nature of cardiovascular complications in the hospital, mid-term and long-term follow-up and to identify adverse predictors for myocardial revascularization using the bioresorbable vascular scaffolds Absorb (BVS);

to develop approaches to endovascular treatment of coronary heart disease patients, taking into account clinical angiographic indicators and prognostic criteria.

The object of the research were 200 patients with various forms of coronary heart disease who were hospitalized Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Cardiology.

Scientific novelty is in the following:

The comparative effectiveness of modern bioresorbable vascular scaffolds Absorb (BVS) and second-generation drug-eluting stents on the clinical course of the disease, heart remodeling processes, indicators of medium-separated and long-term results is substantiated;

the relationship between low LVEF in patients with coronary heart disease with various clinical forms of the disease, the number of myocardial infarction, angiographic indices: the number of affected vessels, the prevalence of atherosclerotic process, the degree of stenosis in the coronary arteries and the level of the C reactive protein;

in patients with coronary heart disease, the presence of high grades of ventricular extrasystoles is associated with acute forms of the disease (MI, unstable angina) and adverse angiographic predictors - the number of affected coronary vessels and the degree of stenosis in them;

it was established that in coronary heart disease patients after revascularization of the myocardium there was an improvement in adherence rates and quality of life in patients with acute forms (MI, unstable angina), but with prolonged treatment with a decrease in adherence to treatment;

optimized approaches to the selection of endovascular methods of treatment in various forms of coronary heart disease, taking into account clinico-functional and angiographic prognostic criteria.

Practical results of a research:

clinico-functional and angiographic criteria determining the effectiveness of myocardial revascularization in patients with coronary heart disease have been developed;

the mechanism of a differentiated approach to the use of endovascular methods of treatment is optimized taking into account the clinical form, the course of the disease, the contractile ability of the myocardium and inflammatory factors;

optimized preventive measures for complications in the implantation of bioresorbable vascular scaffolds Absorb (BVS), taking into account the clinical course of the disease and evaluation of the functional state of the heart in patients with coronary heart disease;

predictors of unfavorable prognosis for implantation of BVS, aimed at reducing cardiovascular risk in the near and distant period.

Implementation of research results. Based on the results of a scientific study on the development of modern approaches and the selection of differentiated treatment tactics for myocardial revascularization:

the methodical manual on the topic: «Use of the bioresorbable vascular scaffolds Absorb in the treatment of coronary heart disease» was issued and approved (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 93 of May 7, 2018). This methodological manual makes it possible to optimize the implantation of the bioresorbable vascular scaffolds Absorb, taking into account the clinical features of the disease and the contractile ability of the myocardium;

a patent for the invention «The method for predicting restenosis of coronary arteries after angioplasty with stenting» was obtained (No. IAP 20170385). It gives an opportunity to evaluate the prognosis in patients with coronary heart disease after stenting;

the methodical recommendation «Modern aspects of endovascular methods of treatment of coronary heart disease (the conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 93 of May 7, 2018) was introduced. This methodological recommendation makes it possible to optimize the use of endovascular methods of treatment in patients with coronary heart disease, taking into account clinical and angiographic criteria;

evaluation of early clinical angiographic predictors in patients with coronary heart disease and optimization of approaches to endovascular methods was introduced into practical health care, into the practice of the departments of the Republican specialized scientific and practical medical center of cardiology, the Republican cardiological dispensary of the Republic of Karakalpakstan, the Fergana regional cardiological dispensary (opinion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan) No. 8n-d / 104 of May 24, 2018).

Introduction of obtained scientific results into practice allowed early detection of unfavorable clinical angiographic predictors, optimization of endovascular methods in patients with coronary heart disease and improvement of the course of the disease, quality of life and prognosis, reduction of complications 1,3 times, number of hospitalizations 2,1 times and duration of treatment in 2 times.

Structure and the scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusion, a list of used literature. The volume of the dissertation is 189 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙЎХАТИ
СИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Гафурова А.Ф., Зуфаров Т.М. Наш первый опыт стентирования ствола ЛКА у больного с ОИМ //Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2013. - № 3-4. – С.102-106. (14.00.00, №10).

2. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Зуфаров Т.М. Polytetrafluoroethylene-covered stent implantation to treat the left anterior descending artery perforation //Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2014. - № 1-2. – С.113-117 (14.00.00, №10).

3. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Бекметова Ф.М. Наш опыт одномоментного стентирования правой коронарной и правой сонной артерии //Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2014. - №3. – С.100-105. (14.00.00, №10).

4. Нагаева Г.А., Курбанов Р.Д., Юлдашев Н.Л., Мирзалиева Н.Б. Прогностическая ценность индекса баевского и его взаимосвязь с клинико-функциональными данными у больных ИБС //Евразийский кардиологический журнал. – Москва, 2015. - № 3. - С. 24-31. (Импакт фактор 0,472)

5. Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Пирназаров М.М., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Пулатова М.Т., Ибрагимова Э.Т. Приверженность к физической реабилитации и течение заболевания у пациентов с многососудистым поражением на фоне эндоваскулярного и медикаментозного лечения // Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2015. - №3 (37). - С.55-60. (14.00.00, №10).

6. Юлдашев Н.П., Никишин А.Г., Ганиев А.А., Каримов Б.Х., Зуфаров Т.М. Клинические и ангиографические результаты использования биоабсорбируемого сосудистого каркаса Absorb в реальной пратике // Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2015. - №4 (38). - С.37-42. (14.00.00, №10).

7. Юлдашев Н.П. Непосредственные и средне-отдаленные клинико-ангиографические результаты использования биоабсорбируемого сосудистого каркаса Absorb // Терапевтический вестник Узбекистана. – Ташкент, 2016. - №1. - С. 30-34. (14.00.00, №7).

8. Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Пирназаров М.М., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Халилов А.С., Агзамходжаева Н.У., Каримова Д.А. Влияние типа коронарного кровообращения на отдаленные исходы стентирования больных с многососудистым поражением //Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2016. - № 1-2. – С.13-17. (14.00.00, №10).

9. Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Пирназаров М.М., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Агзамходжаева Н.У., Каримова Д.А. Влияние чрескожного коронарного вмешательства на приверженность к

лечению у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла. // Медицинские новости. – Республика Беларусь, 2016. - №5. - С.80-84. (14.00.00, №82).

10. Абдуллаева С.Я., Никишин А.Г., Юлдашев Н.П., Хасанов М.С., Ганиев А.А., Якуббеков Н.Т., Каримова Д.А. Особенности коронарной ангиографии и стентирования при многососудистом поражении в подгруппах больных: острый инфаркт миокарда. // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2016. - № 3. - С.33-35. (14.00.00, №3).

11. Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Пирназаров М.М., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Агзамходжаева Н.У., Каримова Д.А. Сочетание различных видов стентов и течение заболевания у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2016. - № 3. - С.51-55. (14.00.00, №3).

12. Юлдашев Н.П., Курбанов Р.Д., Ганиев А.А., Фозилов Х.Г., Каримов Б.Х. Непосредственные и средне-отдаленные клинико-ангиографические результаты использования биоабсорбируемого сосудистого каркаса Absorb // Медицинские новости. – Республика Беларусь, 2016. - №10. - С.63-66. (14.00.00, №82).

13. Gil R.J., Bil J., Pawłowski T., Yuldashev N., Kołakowski L., Jańczak J., Jabłoński W., Paliński P. The use of bioresorbable vascular scaffold Absorb BVS® in patients with stable coronary artery disease: one-year results with special focus on the hybrid bioresorbable vascular scaffolds and drug eluting stents treatment // Kardiologia Polska, 2016. - № 7. –P. 627-633. (Journal Impact Factor – 1.341)

14. Абдуллаева С.Я., Никишин А.Г., Юлдашев Н.П., Хасанов М.С., Ганиев А.А., Якуббеков Н.Т., Агзамходжаева Н.У., Каримова Д.А. Особенности коронарной ангиографии и стентирования при многососудистом поражении в подгруппах больных: пожилые // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2016. - № 4. - С.37-39. (14.00.00, №3).

15. Юлдашев Н.П. Изучение С-реактивного белка у больных ишемической болезнью сердца //Узбекский биологический журнал. – Ташкент, 2016. - №6. - С.7-11. (14.00.00, №5).

16. Yuldashev N.P., Kurbanov R.D. Immediate and medium long-term clinical and angiographic results of the use of bioresorbable vascular scaffold absorb// European Science Review. - Austria, 2016. - №7-8. - P.166-169. (14.00.00, №19).

17. Юлдашев Н.П. Отдаленные результаты использования каркасов Absorb у больных ИБС в сравнительном аспекте со стентами с лекарственным покрытием второй генерации //Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2018. - № 1. – С.76-79. (14.00.00, №10).

18. Yuldashev N.P., Gil R.J., Kurbanov R.D. One-Year Results of the use of Absorb Bioresorbable Vascular Scaffold in Patients with Different of Coronary Artery Disease as Compared to a Drug-Eluting Stent. International Journal of Biomedicine Failure // International Journal of Biomedicine. – USA, 2018. – Vol. 8, №1. – P. 20-25. (Journal Impact Factor – 0,147)

19. Юлдашев Н.П., Курбанов Р.Д. Способ прогнозирования рестенозов коронарных артерий после ангиопластики со стентированием» //Патент на изобретение. -№ IAP 20170385

II бўлим (III часть; II part)

20. Бил Я., Юлдашев Н., Гил Р. Клиническая эффективность провокационной пробы с ацетилхолином в диагностике стенокардии принцметала // Эндovasкулярная хирургия. – Москва, 2015. - № 1-2. - С. 88-94.

21. Юлдашев Н.П., Курбанов Р.Д. Клинико-функциональная и ангиографическая характеристика пациентов ишемической болезнью сердца в зависимости от наличия или отсутствия сахарного диабета // Тезисы докладов VIII международного конгресса «Кардиология на перекрестке наук». – Тюмень, 2017. – С. 331-334.

22. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Нагаева Г.А., Зуфаров Т.М. Шкала SYNTAX и её применение в современной интервенционной кардиологии // Методическое пособие. –Ташкент, 2014г. - 31с.

23. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Каримов Б.Х., Зуфаров Т.М. Использование биорастворимого сосудистого каркаса ABSORB в лечении ишемической болезни сердца (обзор терапии и собственные результаты) // Методическое пособие. – Ташкент,2016г. - 48с.

24. Фозилов Х.Г., Юлдошев Н.А., Курбонов А.С. Показания к диагностической коронарографии у больных с сердечно-сосудистым заболеванием // Методическое пособие. - Ташкент, 2016г. - 30с.

25. Юлдашев Н.П. Современные аспекты эндоваскулярных методов лечения ишемической болезни сердца//Методические рекомендации. – Ташкент, 2018г. – 53с.

26. Нагаева Г.А., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Мирзалиева Н.Б. Индекс массы тела и его взаимосвязь с липидами крови и клинико-функциональными данными при ИБС //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Кардиология Узбекистана: десять лет реальных реформ. – Ташкент, 2014. Кардиология Узбекистана, 2014. - № 3-4. – С.239.

27. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Нагаева Г.А. Данные коронарографии и липидного спектра по шкале SYNTAX у больных ИБС //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Кардиология Узбекистана: десять лет реальных реформ. – Ташкент, 2014. Кардиология Узбекистана, 2014. - № 3-4. – С.295.

28. Юлдашев Н.П., Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Ганиев А.А., Абдуллаева С.Я., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С. Непосредственные результаты использования биоабсорбируемого сосудистого каркаса Absorb // Сборник тезисов VIII Всероссийского форума «Вопросы неотложной кардиологии». - Москва, 2015. - С. 18.

29. Ганиев А.А., Юлдашев Н.П., Фозилов Х.Г., Каримов Б.Х., Никишин А.Г., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С. Отдаленные результаты лечения

поражений ствола левой коронарной артерии стентами с антипролиферативным покрытием второго поколения // Сборник тезисов VIII Всероссийского форума «Вопросы неотложной кардиологии». - Москва, 2015. - С. 22-23.

30. Нагаева Г.А., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Курбанов Р.Д. Фактор метаболического синдрома – гипертриглицеридемия во взаимосвязи с коронароангиографией при ИБС //Тезисы докладов VI международного конгресса «Кардиология на перекрестке наук» совместно с X Международным симпозиумом по эхокардиографии и сосудистому ультразвуку. - Тюмень-2015. - С.111.

31. Нагаева Г.А., Юлдашев Н.П., Пулатова З.Р., Мамутов Р.Ш. Уровень триглицеридов крови, баллы по шкале SYNTAX и количество имплантируемых стентов при хронической ишемической болезни сердца. Материалы межрегиональной конференции «Диагностика и лечение болезней сердца». Иркутск, 2015. - С.30-31.

32. Yuldashev N. Use of absorb bioresorbable vascular scaffold for the treatment of significantly stenosed left descending coronary artery //Abstracts «Myocardial Ischemia Symposium in Korea 2015». – Seoul, 2015. –P. 241-248.

33. Nagaeva G., Yuldashev N. Clinical-laboratory and immunological characteristics of patients with chronic heart failure of various etiologies // Abstracts The World Congress of Cardiology and Cardiovascular Health. – Mexico, 2016. Global Heart. - Vol.11, Issue – 2. e -90.

34. Nagaeva G., Yuldashev N., Mamutov R. Analysis of the causes of destabilisation of coronary heart disease within 1 year depending on the presence or absence of metabolic syndrome // Abstracts The World Congress of Cardiology and Cardiovascular Health. – Mexico, 2016. Global Heart. - Vol.11, Issue – 2. e -147.

35. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Каримов Б.Х. Наш опыт стентирования у пациентов с поражением экстракраниальных отделов сонных артерий // Материалы Республиканской научной конференции «Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности». – Ташкент, 2016. – С.101-102.

36. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Каримов Б.Х., Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я. Клинико-ангиографические результаты использования биоабсорбируемого сосудистого каркаса absorb у больных с различной формой ИБС //Материалы Республиканской научной конференции «Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности». – Ташкент, 2016. – С.102-103.

37. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Каримов Б.Х., Утениязова Х.К., Тоирова Д.Р. Неспоредственные результаты лечения поражений ствола левой коронарной артерии стентами с лекарственным покрытием второй генерации // Материалы Республиканской научной конференции «Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности». – Ташкент, 2016. – С.103.

38. Хасанов М.С., Абдуллаева С.Я., Никишин А.Г., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А. Особенности коронарной ангиографии и стентирования при многососудистом поражении в подгруппах больных: сахарный диабет //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.269.

39. Никишин А.Г., Юлдашев Н.П., Абдуллаева С.Я., Хасанов М.С., Ганиев А.А., Якуббеков Н.Т. Особенности коронарной ангиографии и стентирования при многососудистом поражении в подгруппах больных: пожилые //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.326..

40. Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Пирназаров М.М., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А. Применение стентов различных видов у больных с многососудистым поражением коронарного русла //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.327.

41. Фозилов Х.Г., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Гафурова А.Ф. Клиническая и ангиографическая характеристика больных ИБС с различным уровнем показателей по шкале SYNTAX //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.339.

42. Фозилов Х.Г., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Гафурова А.Ф. Лабораторные и инструментальные показатели больных ИБС с различным уровнем показателей по шкале SYNTAX //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.340.

43. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Каримов Б.Х., Абдуллаева С.Я., Якуббеков Н.Т. Клинико-ангиографические результаты использования биоабсорбируемого сосудистого каркаса Absorb у больных с различной формой ИБС //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.344.

44. Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Каримов Б.Х., Гафурова А.Ф., Мамедова С.Т., Эшпулатов А.С. Непосредственные результаты антеградной реканализации хронических окклюзий коронарных артерий //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких

технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.345.

45. Юлдашев Н.П., Никишин А.Г., Ганиев А.А., Абдуллаева С.Я., Каримов Б.Х., Утениязова Х.К., Тоирова Д.Р. Непосредственные результаты лечения поражений ствола левой коронарной артерии стентами с лекарственным покрытием второй генерации //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.346.

46. Юлдашев Н.П., Никишин А.Г., Ганиев А.А., Каримов Б.Х., Хасанов М.С., Гафурова А.Ф., Мамедова С.Т. Отдаленные результаты лечения поражений ствола левой коронарной артерии стентами с лекарственным покрытием второй генерации //Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий». – Ташкент, 2016. Кардиология Узбекистана, 2016. - № 1-2. – С.346-347.

47. Юлдашев Н.П. Оценка показателей С-реактивного протеина у больных ИБС, подвергшихся малоинвазивным вмешательствам // Материалы V международного образовательного форума «Российские дни сердца». – Москва, 2017. – С.160.

48. Юлдашев Н.П., Курбанов Р.Д., Ганиев А.А. Оценка эффективности использования биоабсорбируемого сосудистого каркаса Absorb у больных ИБС // Материалы V международного образовательного форума «Российские дни сердца». – Москва, 2017. – С.160.

49. Юлдашев Н.П., Нагаева Г.А. Поражение передней нисходящей артерии и её влияние на сократительную функцию левого желудочка у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа // Материалы V международного образовательного форума «Российские дни сердца». – Москва, 2017. – С.181.

50. Юлдашев Н.П. Результаты лечения поражения ствола левой коронарной артерии стентами с лекарственным покрытием второй генерации// Материалы V международного образовательного форума «Российские дни сердца». – Москва, 2017. – С.181.

51. Юлдашев Н.П. Общий холестерин крови и выбор имплантируемых стентов у пациентов с ишемической болезнью сердца //Материалы Республиканской научно-практической конференции «Первоочередные задачи кардиологии и кардиохирургии в Узбекистане». Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2017. - №2. - С.226.

52. Юлдашев Н.П. Ангиографическая характеристика пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от уровня холестерина крови // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Первоочередные задачи кардиологии и кардиохирургии в Узбекистане». Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2017. - №2. - С.226-227.

53. Yuldashev N.P., Nagaeva G.A. Defeat of anterior descending artery and its effect on the contractile function of the left ventricle in patients with ischemic

heart disease in combination with a diabetes mellitus of type 2 //Тезисы XII Международного конгресса «Метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа и атеросклероз» (MSDA2017). – Санкт Петербург. Артериальная гипертензия, 2017. –Том.23, пр. №1. - С.18.

54. Юлдашев Н. П., Курбанов Р. Д., Нагаева Г. А. Желудочковая экстрасистолия и ангиографическая характеристика пациентов ишемической болезнью сердца с однососудистыми поражениями //Сборник тезисов 57 ежегодной сессии Всероссийской научно-практической конференции «Кардиология 2017: лечить не болезнь, а больного». - Москва, 2017. - С.54-55.

55. Абдуллаева С.Я., Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Юлдашев Н.П., Ганиев А.А., Бобожонова Н.Ж.Состояние реактивности тромбоцитов у больных с многососудистым поражением коронарных артерий и сахарным диабетом //Сборник тезисов V Юбилейного Евразийского конгресса кардиологов. Евразийский журнал кардиологов. – Москва, 2017. - №3. –С.6.

56. Юлдашев Н.П., Атамурадов Б.Р., Эшпулатов А.С., Утениязова Х.К. Применение ретроградной реканализации при окклюзии коронарных артерий в условиях г.Ташкента //Сборник тезисов V Юбилейного Евразийского конгресса кардиологов. Евразийский журнал кардиологов. – Москва, 2017. №3. –С.23.

57. Yuldashev N., Nagaeva G. Interconnection ejection fraction of left ventricular with indicators of coronary angiography in coronary heart disease. // CSI Dubai-2017. E-poster. https://www.csi-congress.org/medien_inhalt/media-archive/content/csi.dubai/2017/abstracts/6_Yuldashev_Nabi_INTERCONNECTIO_N_EJECTION_FRACTION_OF_LEFT_VENTRICULAR_WITH_INDICATORS_OF_CORONARY_ANGIOGRAPHY.pdf

58. Юлдашев Н.П. Оценка эффективности реваскуляризации миокарда при имплантации биорастворимого каркаса Absorb у больных ИБС // Материалы VI Международного форума кардиологов и терапевтов. - Москва. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; - 16(март). - С.302.

59. Курбанов Р.Д., Юлдошев Н.П. // Материалы IV съезда Евразийской Ассоциации терапевтов совместно с Республиканской научно-практической конференции терапевтов Узбекистана. – Ташкент, 2018. - С.33-34.

60. Юлдашев Н.П. Динамика агрегационной активности тромбоцитов у больных ИБС в зависимости от типа установленных стентов // Тезисы международной научно-практической конференции «Задачи и перспективы развития кардиологии: от центра к регионам». //Кардиология Узбекистана.– Ташкент, 2018. -№2- С.192.

61. Юлдашев Н.П. Оценка динамики качества жизни больных с биоабсорбируемыми каркасами Absorb в сравнении с современными стентами в лекарственном покрытии // Тезисы международной научно-практической конференции «Задачи и перспективы развития кардиологии: от центра к регионам». //Кардиология Узбекистана.– Ташкент, 2018. -№2- С.194.

Автореферат «Ўзбекистон Кардиологияси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилди (28.05.2018 йил).

Босишга рухсат этилди: 29.05.2018 йил
Бичими 60x45 ¹/₈, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 4,7. Адади: 100. Буюртма: № 212.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68.

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.