

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ**

Əlyazması hüququnda

RASİM İLDIRIM OĞLU CƏFƏROV

**METABOLİK SİNDROMLU XƏSTƏLƏRDƏ KƏSKİN
KORONAR SİNDROMUN DİAQNOSTİKASI, KLİNİK
GEDİŞATI VƏ MÜALİCƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

3218.01 – Kardiologiya

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsini
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

BAKİ – 2018

Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi akademik C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutunda yerinə yetirilməmişdir.

Elmi rəhbər:

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

A.B.Baxşəliyev

Rəsmi opponetlər:

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

V.Ə.Əzizov

Tibb üzrə elmlər doktoru

T.H.Hüseynov

Aparıcı müəssisə: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Kardiologiya kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi “_____” _____ 2018-ci il saat “_____”-da Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində D 03.012 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ1022 Bakı şəhəri, Ə.Qasımsadə küç 14, Azərbaycan Tibb Universiteti (inzibati bina, II mərtəbə, konfrans zalı)

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “_____” _____ 2018-ci il tarixində göndərilmişdir

D.03.012 Dissertasiya Şurasının elmi katibi, tibb üzrə elmlər doktoru

N.H.Sultanova

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) – ürək damar sistemi xəstəlikləri arasında getdikcə daha gənc yaşlarda əlilliyə və ölüm hallarına gətirib çıxaran başlıca səbəblərdən biri olaraq qalmaqdadır [Бокарев И.Н. 2006; Долженко М.Н., 2007; Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В., 2011; Valensi P. 2011]. ÜİX-nın manifestasiyası kəskin koronar sindrom (KKS) olaraq özündə kəskin miokard infarktı və qeyri-stabil stenokardiyanı birləşdirir [Quliyev F.A. və həmmüə., 2012; Полонецкий Л.З. və həmmüə., 2010; Ложкина Н.Г. və həmmüə., 2013; Нолль Е.С., 2010; Tsujita K. et al, 2010].

Son onillikdə metabolik pozuntu və piylənmənin ürək-damar sistemi xəstəliklərinin artması ilə sıx əlaqəli olması dünya alimlərinin marağına səbəb olmuşdur (Дедов И.И. və həmmüə., 2005; Бахşəliyev A.B və həmmüə. 2009; Быльева А.А., 2012; Чернавский С.В., 2012). Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) piylənmə və II tip şəkərli diabeti (ŞD) əhali arasında geniş yayılmasına, ürək-damar xəstəliklərinin inkişaf riskini artırmasına və ölümün tezliyini yüksəltməsinə görə zəmanəmizin qeyri-infeksiyon epidemiyası kimi qəbul etmişdir. (Долженко М.Н., 2007; Buse J.B. və həmmüə., 2007; Anselmino M. və həmmüə., 2009; Jover A. Və həmm. 2011; Steven P. Marso et al. 2012)

ÜST-nin məlumatına görə dünya əhalisinin 30%-ə yaxını artıq çəkidən əziyyət çəkir, piylənmədən əziyyət çəkənlərin sayı isə hər on ildə 10% artır (Daşdəmirov R.L. 2013; Henry C., McGill J., 2002, Yusuf S., Hawken S., 2005, Holvoet P., Lee D.H., Steffes M., 2008). Piylənmədən əziyyət çəkən insanlarda arterial hipertenziyanın (AH) inkişaf etmə ehtimalı normal çəkili insanlardan 50% çoxdur (James P.T., Rigby N., Leach R., 2004; Ozgur Bayturan et al. 2010; Wong-McClure R et al. 2010).

Beləliklə, Metabolik sindromdan əziyyət çəkən xəstələrdə kəskin koronar sindromun əmələ gəlməsi və gedişi xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi, onun müalicə və profilkatika sxeminin işlənilib hazırlanması hələ də kardiologiyanın aktual problemlərindən bir olaraq qalmaqdadır.

İşin məqsədi: Kəskin koronar sindromun inkişafında metabolik sindromun rolu, xəstəliyin klinik gedişinin və müalicə taktikasının öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Kəskin koronar sindromlu xəstələri və onlarda metabolik sindromu aşkarlamaq.

2. Metabolik sindromlu və metabolik sindromsuz KKS-lu xəstələrdə kardiohemodinamikanın müqayisəli şəkildə öyrənmək.

3. Metabolik sindromlu və metabolik sindromsuz KKS-lu xəstələrdə koronar rezervin müqayisəli şəkildə qiymətləndirmək.

4. KKS-li xəstələrdə antropometrik ölçü, lipid mübadiləsi və şəkərin səviyyəsinin metabolik sindrom olan və olmayan zaman proqnoza təsirini öyrənmək.

5. Metabolik sindromu olan və olmayan zaman KKS-lu xəstələrin müalicə xüsusiyyətləri təyin etmək.

Elmi yenilik:

– Metabolik sindromun mövcudluğu kəskin koronar sindromlu xəstələrdə koronar rezervin pisləşməsinə, miokardın daha artıq gərilməsinə gətirib çıxarır.

– Metabolik sindromu olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə bədən kütləsinin artması, lipid və karbohidrat mübadiləsinin pozulması xəstəliyin gedişinin daha aqressiv olması, sol mədəciyin patoloji remodelləşməsi və diastolik funksiyanın pozulması ilə assosiasiya olunur.

– Metabolik sindromlu kəskin koronar sindromlu xəstələrdə təkrar tıxanma və intakt damarlarda daralma daha çox olduğu ucun onlarda invaziv müdaxilələrə və cərrahi müalicəyə ehtiyac artıq olur.

İşin praktiki əhəmiyyəti.

Tədqiqatın nəticələri metabolik sindromlu xəstələrdə kəskin koronar sindromun klinik gedişinin xüsusiyyətləri haqqında müasir ideyaların inkişafına töhfə verir.

Metabolik sindromla birgə kəskin koronar sindromlu xəstələrin hərtərəfli müayinə olunması, müalicə müddətində dinamik müşahidələrin aparılması ilə yanaşı bu xəstələrdə koronar damarların vəziyyətinin öyrənilməsi üçün müasir invaziv (koronaroangiografiya) müayinə metodlarının istifadəsi fəsadların qısa müddətdə aradan qaldırılması baxımından mühüm tibbi və sosial əhəmiyyət kəsb edir.

Nəticələrin praktikaya tətbiqi. Tədqiqatın nəticələri akademik C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutunda və Bakı şəhər 5 saylı klinik xəstəxanasında tətbiq olunmuşdur.

Tədqiqatın mövzusunun tibb elminin problem planı ilə əlaqəsi. Dissertasiya işi akademik C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutunun əsas elmi işlər planına uyğun olaraq, onun bir hissəsini təşkil edir (dövlət qeydiyyat №0111AZ4007).

Müdafiəyə təqdim olunan əsas müddəalar:

1. Kəskin koronar sindromun kliniki, funksional və laborator təza-

hürlərinin ağırlıq dərəcəsi metabolik sindromun mövcudluğu zamanı artır.

2. Metabolik sindromu olan və olmayan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə kardiohemodinamikanın müqayisəli şəkildə öyrənilməsi proqnozu və müalicə sxemini müəyyən etməyə imkan verir.

3. İlk koronar hadisə müşahidə olunmuş xəstələrdə hemodinamik əks göstəriş yoxdursa, koronar rezervi qiymətləndirmək üçün xəstəliyin 3-cü ayından başlayaraq Tredmil testinin aparılması əhəmiyyətlidir.

4. Metabolik sindromlu xəstələrdə kəskin koronar sindrom qanın lipid spektrinin proqnostik xoşagəlməz göstəriciləri səviyyəsinin artması fonunda inkişaf edir. Bu kateqoriyalı xəstələrdə karbohidrat mübadiləsi pozulmalarının tezliyi daha yüksək olur.

5. Metabolik sindromu olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə çəkinin azaldılmasına dair profilaktik tədbirlərin aparılması (bədən kütlə indeksi $<25 \text{ kq/m}^2$, kişilərdə qarın dairəsi $<102 \text{ sm}$, qadınlarda $<88 \text{ sm}$ -ə qədər azadılması) gələcəkdə bu kateqoriyalı xəstələrdə qayıdan işemik riskin azalmasına gətirib çıxarır.

6. Metabolik sindromu olan və olmayan kəskin koronar sindromlu xəstələrin medikamentoz müalicəsi dərmanlara qarşı əks göstərişlər olmadığı halda daimi və uzun müddətli aparılmalıdır.

Dissertasiya işinin aprobasiyası. Dissertasiya işinin ilkin müzakirəsi və aprobasiyası akademik C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutunun Elmi Şurasında (14 mart 2017-ci il, protokol №2), Azərbaycan Tibb Universitetinin İxtisaslaşdırılmış Elmi Şurasının aprobasiya komissiyasının iclasında (23 iyun 2017-ci il, protokol №3) keçirilmişdir.

Tədqiqatın əsas müddəaları Azərbaycan Kardiologiya Cəmiyyətinin III,IV,V Milli Konqressində məruzə olunmuşdur.

Nəşr edilmiş elmi işlər. Dissertasiya mövzusu üzrə 6 elmi iş (məqalə) nəşr olunmuşdur.

Dissertasiyanın strukturu. Dissertasiya işi girişdən, ədəbiyyat icmalı, tədqiqatın material və üsulları, şəxsi tədqiqatları əhatə edən 2 fəsildən, alınmış nəticələrin müzakirəsi, nəticə, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Dissertasiya işi 146 səhifə həcmində olmaqla, 39 cədvəl və 6 şəkillə əyanlaşdırılmışdır. Ədəbiyyat siyahısı 10 vətən və 181 xarici ölkə müəlliflərini əhatə edən 191 mənbədən ibarətdir.

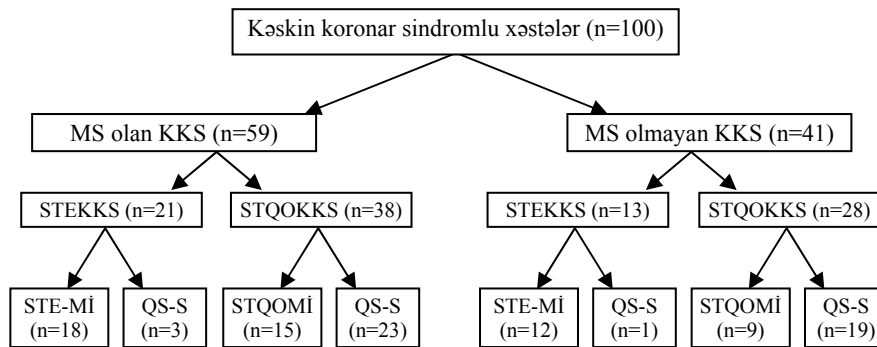
İŞİN MƏZMUNU

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiq olunan xəstələr 2 qrupa

bölmüşlər: birinci qrupa MS olan KKS-lu xəstələr, ikinci qrupa MS olmayan KKS-lu xəstələr aid edilmişdir. Tədqiqatlar 100 xəstə üzərində aparılmışdır, onlardan 70 nəfəri kişi, 30 nəfəri isə qadındır. Xəstələr 35-65 yaş arasında olmuşdur. I qrupa 59 xəstə, II qrupa 41 xəstə daxil edilmişdir (şəkil 1).

MS-li xəstələrin seçilməsi YMP-III proqramına əsaslanmışdır:

- Acqarına hiperqlikemiya; acqarına qlükozanın qanda səviyyəsi $\geq 6,1$ mmol/l olması;
- Abdominal piylənmə: kişilər üçün QD >102 sm və qadınlar üçün >88 sm olması (irsiyyətdə ürək-damar xəstəliklərinə və ya 2-tip ŞD-ə meyillilik varsa, QD-nin sərhəd zonası kişilərdə 94 sm-ə qədər azaldılır);
- Hipertriqliseridemiya: TQ-in qanın plazmasında səviyyəsi $\geq 1,7$ mmol/l olması;
- YSLP -in səviyyəsi : kişilər üçün $<1,04$ mmol/l və qadınlar üçün $<1,3$ mmol/l olması;
- AT $\geq 130/85$ mm c.süt. olması.



Şək. 1. Xəstələrin qruplara bölünməsi

Göstərilən 5 meyardan 3-nün olması metabolik sindromun diaqnostikası üçün kifayət etmişdir.

KKS xəstələri də 2 qrupa bölünmüşlər: ST seqmentinin qalxması olan (21+13) və ST seqmentinin qalxması olmayan xəstələr (38+28).

KKS aşağıdakı klinik təzahürlərlə xarakterizə olunmuşdur:

- Sakit halda əmələ gələn, döş sümüyü arxasında ≥ 20 dəqiqədən çox davamlı yandırıcı, kəsici, ağrıların olması, ağrıların soyuq tərlə müşayiət olunması və ya ağrıya ekvivalent təngnəfəslik, bunların fonunda ölüm

qorxusu və s.

– İlk dəfə baş verən stenokardiya (de novo) (Kanada Ürək Damar Cəmiyyətinə görə III funksional sinif (FS) stenokardiya).

– Əvvəllər stabil olan stenokardiyanın (ən azı III FS stenokardiya) sonradan qeyri-stabil stenokardiya çevrilməsi.

– Mİ-dən sonrakı stenokardiya.

Qanın Biokimyəvi analizi

Qanda kreatinfosfokinaza (KFK), laktatdehidrogenaza (LDH) və Troponinin səviyyəsi öyrənilmişdir.

Arterial təzyiqin gündəlik monitorinqi

Xəstələrin AT-nin ölçülməsi yaxınlaşma formasında Korotkov metodu və arterial təzyiqin sutkalıq monitorlanması (ATSM) metodu ilə icra edilmişdir.

Elektrokardiografiya.

KKS-in diaqnozunun qoyulması üçün rutin olaraq 12 aparmada EKQ çəkilmişdir.

Fiziki yüklənmə sınaqları

Koronar qan təchizatını qiymətləndirmək üçün Funksional Elektrokardiografiya – veloerqometriya və yaxud tredmil testindən istifadə olunmuşdur.

EKQ-ın Holter monitorlanması

Holter Elektrokardiografik Monitorlanma (HEM) KKS-lu xəstələrdə yataq şəraitində və xəstəxana daxilində aktivləşmə vaxtı xəstəliyin proqnozunu qiymətləndirmək üçün aparılmışdır.

Transtorakal Exokardiografiya

Xəstələrin exokardiografiyası standart üsulla arxası üstə və beli üstə aparılırdı. Sol mədəciyin funksiyalarını öyrənmək üçün H.Feigenbaumun (1986) ümumi qəbul olunmuş 2 ölçülü sektoral görüntü üsulundan istifadə olunurdu Rəngli doppler-exokardiografiya vasitəsilə isə qapaqlarda işemik disfunksiya və işemiya nəticəsində yaranan digər patoloji proseslər qiymətləndirilirdi.

GRACE risk stratifikasiya şkalası

STQO-KKS-lu xəstələrin riskinin qiymətləndirilməsi, təcili koronarqrafik müayinə və müalicə strategiyası GRACE stratifikasiya şkalasına əsaslanırdı

Koronar-angiografiya.

Selektiv polipozision koronar-angiografiya Judkins və ya Sones metodikası ilə həyata keçirilirdi.

Farmakoterapiyaya yanaşma.

MS-lu və MS-suz KKS-lu xəstələrə farmakoterapiya təyin olunarkən arterial hipertenziyanın dərəcəsi, mərhələsi, xəstənin yaşı, yanaşı gedən xəstəlikləri, stenokardiya tutmalarının sayı, preparatların əlavə təsirləri nəzərə alınmışdır.

Statistik analiz metodları.

Tədqiqatın nəticələrinin statistik analizi zamanı kəmiyyət göstəricilərinin işlənməsində qeyri-parametrik üsullar olan işarələr üsulu, Uilkoksonun ranq üsulu və U (Uilkokson-Manna-Uitni) meyarı tətbiq edilmişdir.

Keyfiyyət göstəricilərinin analizində Pirsonun χ^2 (xi-kvadrat) meyarı ($n \geq 5$ olduqda) və Fişerin Dəqiq Üsulu ($n < 5$ olduqda) tətbiq edilmişdir.

Korrelyasion analiz Pirson və Spirmenin ranq korrelyasiya əmsallarını hesablamaqla aparılmışdır.

ŞƏXSİ TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ

Kəskin koronar sindromu olan xəstələrdə xəstəliyin klinik gedişatının, kardiohemodinamika və miokardda baş vermiş dəyişikliklərin xüsusiyyətləri

Kəskin koronar sindrom özünü xəstələrdə ağrı sindromu ilə bürüzə vermişdir. Tədqiqata daxil edilmiş metabolik sindromu olan KKS-ki (I qrup) 59 nəfər xəstə arasında 52 (88,1%) nəfərdə anginoz ağrı tutması müşahidə olunmuşdur. Ağrılar sol qola, sol çiyinə, sol kürəyə və çənəyə irradiasiya etmişdir. 6 (10,2%) xəstədə ağrıya ekvivalent olaraq tənəffüs, döş sümüyünün sağ yarısında müşahidə olunan atipik ağrılar, qastralgik variant və s. müşahidə olunmuşdur. Tədqiqata cəlb olunmuş xəstələrdən 21 (35,6%) nəfərdə STQ-Mİ, 38 (64,4%) nəfərdə STQO-KKS, o cümlədən, 15 (25,42%) nəfərdə STQO-Mİ, 23 (38,98%) nəfərdə qeyri-stabil stenokardiya olmuşdur. STQ-Mİ lokalizasiyasına görə 16 (27,11%) xəstədə sol mədəciyin ön divarını, 3 (5,08%) xəstədə sol mədəciyin arxa divarını, 2 (3,38%) xəstədə isə sol mədəciyin arxa-yan divarını əhatə etmişdir. ST qalxması ilə müşayiət olunan xəstələrin 3-də (5,1%) müayinə və klinik izlənmədə (instrumental və laborator) qeyri-stabil stenokardiya müəyyən edilmişdir. Xəstələr ağrı tutan andan 1,5-6 saat müddətində müvafiq təcili yardım (narkotik və qeyri-narkotik analgetiklər tətbiq etməklə) göstərildikdən sonra Elmi Tədqiqat Kardiologiya İnstitutunun (ETKİ) Təxirəsalınmaz Kardioloji Şöbəsinə (TKŞ) gətirilmişdir. Təcili yardım vaxtı xəstələrə əks-göstəriş olmadığı üçün tromb əleyhinə

antikoagulyant terapiya – 10000 vahid heparin dəri altına göbəkətrafi inyeksiya edilmiş, 10% xəstəyə eyni zamanda 325 mq aspirin çeynənilmişdir.

MS olan KKS-li xəstələrdə mərkəzi hemodinamika göstəricilərində olan dəyişikliklər statistik cəhətdən əhəmiyyətli olmamışdır ($p>0,05$).

MS olan KKS-li xəstələrdə sol mədəciyin morfoloji və ürəkdaxili hemodinamika göstəriciləri və diastolik funksiyasının dinamikası cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1.

MS olan KKS-li xəstələrdə sol mədəciyin morfoloji və ürəkdaxili hemodinamika göstəriciləri və diastolik funksiyasının dinamikası

Göstəricilər	Daxil olarkən	1 ay	3 ay	6 ay	12 ay
SMARDƏQ, mm	11.3±0.2 (7-13)	6.56±0.1 (6.0-8.4)**	6.53±0.1 (6.0-7.9)**	6.42±0.1 (6.0-7.9)**	6.37±0.1 (6.0-7.9)**
MAÇ, mm	11.3±0.3 (5-14)	8.61±0.04 (8.1-9.4)**	8.53±0.04 (8.1-9.0)**	8.41±0.04 (7.8-9.0)**	8.24±0.1 (7.8-9.0)**
E	0.77±0,03 (0.50-1.30)	0.78±0,03 (0.50-1.30)	0.77±0,03 (0.50-1.30)	0.77±0,03 (0.51-1.28)	0.76±0,03 (0.51-1.28)
A	0.74±0,03 (0.30-1.00)	0.73±0,03 (0.28-1.00)	0.73±0,03 (0.28-1.00)	0.72±0,03 (0.28-0.97)*	0.72±0,03 (0.26-0.96)*
E/A	1.17±0,09 (0.56-3.33)	1.20±0,09 (0.56-3.37)**	1.23±0,09 (0.56-3.37)*	1.23±0,09 (0.56-3.37)**	1.23±0,09 (0.56-3.50)*
MÇ	3 (5.1%)	4 (6.8%)	3 (5.1%)	5 (8.5%)	7 (11,9%)
TÇ	2 (3.4%)	2 (3.4%)	2 (3.4%)	3 (5.1%)	4 (6.8%)
SPAB	2 (3.4%)	3 (5.1%)	2 (3.4%)	3 (5.1%)	4 (6.8%)

Qeyd: * – ilkin (daxil olarkən) nəticələrlə müqayisədə fərqin dürüstlüyüdür (* – $p<0,05$; ** – $p<0,01$)

Cədvəldən görünür ki, 1-ci aydan başlayaraq miokardda gedən morfoloji dəyişikliklərin nəticəsi olaraq mədəciklərarası çəpər və sol mədəciyin arxa divarının əzələsinin qalınlığı nazılmişdir ($p<0,01$).

Metabolik sindromlu KKS olan xəstələrdən 40 (67,8%) nəfərində diastolik funksiyanın relaksativ tipdə pozulması qeyd edilmişdir. Xəstələrin 15 (25,4%) nəfərində psevdonormal tipdə diastolik funksiyanın pozulması, 2 (3,4%) xəstədə isə diastolik funksiyanın restriktiv tipdə pozulması qeyd olunmuşdur.

MS olan KKS-lu xəstələrdə proqnozun və riskin qiymətləndirilməsində kardiospesifik fermentlərin qanda səviyyəsinin rolu əsasdır. Həmin xəstələrdə, miokardın zədələnməsini göstərən kardiospesifik

biomarkerlərin dinamikası cədvəl 2-də xarakterizə olunmuşdur.

Troponin və KFK-MB-nin qanda səviyyəsinin yüksəlməsi MS faktorunun xəstəliyin gedişinə mənfi təsir göstərməsini əks etdirir.

Braunvald klassifikasiyasına görə riskin siniflənməsi və müalicə strategiyası kəskin koronar sindromlu xəstələrin xəstələyin gedişindən asılı olaraq sinifləndirilmişdir (cədvəl 3).

Cədvəl 2.

Kardiospesifik biomarkerlərə görə miokardda olan zədələnmələrin qiymətləndirilməsi

Göstəricilər	Daxil olarkən	2-ci gün	P	3-cü gün	P
Troponin	4.20±0.7 (0.3-22.1)	4.49±0.7 (0.3-22.1)	>0,05	4.77±0.6 (1.2-22.1)	<0,01
KFK-MB	41.8±2.4 (20.1-77.1)	42.6±2.4 (20.1-77.1)	>0,05	32.5±1.6 (12.1-54.6)	<0,01

P – müalicədən əvvəlki vəziyyətlə müqayisədə fərqin dürüstlüyüdür

Cədvəl 3.

Braunvald kriteriyasına görə klinik qiymətləndirmə stratifikasiyası

Qiymətləndirmə	İlk 48 saat		3-14 gün		1 ay		3 ay		12 ay	
	müt	%	müt	%	müt	%	müt	%	müt	%
48 saat sonra ağrıların təkrarlanması	9	15.3	2	3.4	2	3.4	2	3.4	2	3.4
Braunvald kriteriyası	16	27.1	11	18.6	9	15.3	8	13.6	10	16.9
Aşağı riskli	4	6.8	4	6.8	4	6.8	3	5.1	4	6.8
Orta riskli	5	8.5	2	3.4	3	5.1	3	5.1	4	6.8
Yüksək riskli	7	11.9	5	8.5	2	3.4	2	3.4	2	3.4
Erkən stenokardiya	16	27.1	0	–	0	–	0	–	0	–

MS olan KKS-li xəstələrdə miokardda baş verən dəyişikliklərin nəticəsindən asılı olaraq xəstəliyin riski və proqnozu dəyişirdi.

Məlum olduğu kimi, miokardın kütləsi nə qədər çox zədəyə məruz qalarsa, kəskin ürək çatışmazlığı riski o qədər çox müşahidə obyektinə çevrilmiş ola bilər.

ST-seqmentinin elevasiyası olmayan xəstələrin müalicə strategiyası GRACE risk stratifikasiyası şkalasına əsaslanmışdır.

Orta riskli xəstələr 52,6% təşkil etmiş, yəni onlarda da 109-140 bal qeyd edilmişdir. Bu xəstələr 24 saat sonra invaziv strategiyaya məruz qalan xəstələrdir, hansı ki onların da hər biri invaziv müdaxilərə cəlb

olunmamışdır.

Yüngül riskli xəstə qrupu (109 baldan aşağı olan) 26,3% təşkil etmişdir. Bu xəstələrdə 72 saat sonra invaziv strategiya seçilmiş, adekvat müalicəyə müsbət cavab vermişlər. Xəstələrin hər biri haqqında riskin hesablanması aparılmışdır.

Miokarda koronar rezervin və koronar hadisələrin əvvəlcədən proqnozlaşdırılması

MS olan KKS-lu xəstələrdə koronar vaskulyarizasiyanın qiymətləndirilməsi gələcək proqnozun və müalicənin istiqamətlənməsi üçün vacib məsələdir. Koronar rezervin və koronar darlığın səviyyəsi instrumental müayinə olaraq xəstələrin dinamik müşahidəsində Monitor-EKQ və Holter-EKQ ilə qiymətləndirilərək müalicə taktikası seçilmişdir.

Qeyd olunanlara əsasən 8 (13,6%) xəstə diaqnostik və müalicəvi məqsədlə koronarqrafik müayinəyə verilmişdir. 6 (10,2%) xəstədə müayinənin nəticəsi ciddi müsbət olmuşdur. Nəhayət, 12 ay sonra tədqiqata daxil edilmiş xəstələrin son olaraq protokola uyğun Holter-EKQ müşahidəsində 10 (16,9%) xəstə nəzərdən keçirilərək nəticələr qiymətləndirilmişdir. Müayinəyə cəlb olunan xəstələrdən 5 (8,5%) nəfəri ilk aylar və 6-cı ayda koronar müdaxiləyə (invaziv və revaskulyarizasiya) məruz qalmış xəstələr olmuşdur. Götürülən xəstələrdən ST-seqmentinin ağrısız depressiyası qeyd olunan 3 (5,1%) xəstə, ST-seqmentinin ağırlı elevasiyası ilə 1 (1,7%) xəstə, EKQ-dəyişiksiz 6 (10,2%) xəstə və aritmiya ilə müşayiət olunan 3 (5,1%) xəstə, cəm olaraq dəyişiksiz və aritmiya ilə 9 (15,3%) xəstə qiymətləndirilmişdir. Müvafiq xəstələrdə damarlarda ciddi dəyişikliklər ola biləcəyini düşünərək və göstəriş olduğunu nəzərə alaraq koronarqrafik müayinə tətbiq edilmişdir. 7 (11,9%) xəstədə koronarqrafik müayinənin nəticəsi 80-90-100% tutulma və ya tıxanma ilə sonlanmışdır. Bunlardan 2 (3,4%) xəstə ilk aylar və 6-cı ayda koronar müdaxilə (invaziv və revaskulyarizasiya) aparılan, 2 (3,4%) xəstə angioplastika – stent, qalan 5 (8,5%) nəfər birinci dəfə koronarqrafiya olunan xəstə qrupu olmuşdur, bunlardan da 1 (1,7%) xəstəyə revaskulyarizasiya (aorta-koronar şuntlama), 3 (5,1%) nəfərə invaziv strategiya (angioplastika-dərmanlı stent) icra edilmişdir. 1 (1,7%) xəstədə koronar yavaş axın qeyd edilmişdir, endotelin ciddi disfunksiyasını nəzərə alaraq müalicədə kalsium kanalının antaqonistlərindən istifadə edilmişdir. Sirkad indeksi 42 (71,2%) xəstədə normaya uyğun qiymətləndirilmişdir. Sirkad indeksində bu fərqi olmasının koronar hadisələrin yaxında olmasından xəbər verir.

1 ay sonra diaqnostik olaraq Tredmil testin nəticələrinə nəzər saldıqda metabolik sindromu olan, ST-seqmentinin elevasiyası olmayan KKS-lu xəstələrdə Braunvald meyarına görə aşağı risk qruplu xəstələrdən 2 (3,4%) nəfərdə ST-seqmentinin ağrısız depressiyası, 1 (1,7%) xəstədə ST-seqmentinin ağırlı depressiyası cəm olaraq 3 (5,1%) xəstədə və eyni zamanda 1 (1,7%) xəstədə EKQ dəyişiksiz, 2 (3,4%) xəstədə isə politop mədəcik ekstrasistoliyalı qeyd edilmişdir.

6-ay sonra xəstələrin növbəti Tredmil müayinəsinə 10 (16,9%) xəstə cəlb olunmuşdur. Bu xəstələr əvvəlkilərdən fərqli olaraq həm invaziv və həm də revaskulyarizasiya aparılmış xəstələrin növbəti müayinəsindən ibarət olmuşdur. Xəstələrdən 8 (13,6%) nəfərdə ST-seqmentində elavəsiya müşahidə olunmamış, bunlardan 4 (6,8%) xəstədə ST-seqmentinin ağrısız depressiyası, 2 (3,4%) xəstədə ST-seqmentinin ağırlı depressiyası, 2 (3,4%) xəstədə daha ciddi dəyişiklik- ST-seqmentinin izoxəttən 1mm ağrısız elevasiyası qeyd olunmuşdur. 12-ci ayda aparılan müayinə vaxtı müayinəyə 12 xəstə (20,3%) cəlb olunmuşdur. Bu xəstələrdən 10 (16,9%) nəfərdə ST-seqmentinin qalxması olmamışdır. Xəstələrdən 7 (11,9%) nəfərdə ST-seqmentinin ağrısız depressiyası, 2 (3,4%) xəstədə isə ST-seqmentinin ağırlı depressiyası qeyd olunmuşdur, cəm olaraq 9 (15,2%) xəstə, 1 (1,7%) xəstədə EKQ-dəyişiksiz, 4 (6,8%) xəstədə politop ekstrasistoliyalı qeyd olunmuşdur. Müayinəyə cəlb olunmuş xəstələrin 6 (10,1%) nəfərində invaziv müdaxilə və revaskulyarizasiya aparılmış, xəstələrin Tredmil testinin müsbət və ya şübhəli olduğunu nəzərə alaraq koronarqrafik müayinə aparılmış, nəticədə 2 (3,4%) nəfərdə qoyulmuş venoz şuntun və intakt arteriyaların hemodinamik əhəmiyyətli (75-80%-dən çox) daralmaları müşahidə edilmişdir. Göstərilən müayinələrin nəticələri bizə koronar hadisələrin qarşısını almağa kömək edir.

MS olan KKS-lu xəstələrdə residiv və təkrar koronar hadisələrin yaranmasını təhlil edərkən məlum olmuşdur ki,metabolik sindromu olan KKS-lu xəstələrdə 12 ay müşahidə vaxtı residivləşən ST-elevasiyası olan 2 (3,4%) xəstə, ST-elevasiyası olmayan 2 (3,4%) xəstə qeydə alınmışdır. 3 ay sonra 1 (1,7%) xəstə ST-elevasiyalı, 6 ay sonra 1 (1,7%) xəstə ST-elevasiyalı və 1 (1,7%) xəstə ST-elevasiyası olmayan və nəhayət 12 ay sonra 1 (1,7%) xəstə ST-elevasiyası olmayan və ümumilikdə götürdükdə 4 (6,8%) xəstədə residivləşən miokard infarktı və 12 ay müddətində 4 (6,8%) xəstədə təkrar miokard infarktı müşahidə edilmişdir. Ümumilikdə götürdükdə 12 ay apardığımız müşahidə zamanı ST-elevasiyalı təkrar miokard infarktı 3 (5,1%), ST-elevasiyası olmayan kəskin təkrar miokard infarktlı 3 (5,1%), cəmi 6 (10,2%) xəstədə rast gəlinmişdir. Proqnozun

aqressiv olması müvafiq xəstə qrupunda koronar arteriyaların daha ciddi zədələnmələrinin və koronar rezervlərinin daha az olmasından irəli gəlirdi.

Aparılan ənənəvi və alternativ müalicələrin analizi

Xəstəxanaya daxil olan MS olan KKS-lu xəstələrə β -adrenoblokatorun (metaprolol tartrat) başlanğıc dozası $59,5 \pm 3,0$ (25-100) mq təyin etdikdə sirkad indeksi $1,17 \pm 0,01$ (1,00-1,34), ilk 10 gün müddətində – $122,0 \pm 9,6$ (50-300) mq təyin etdikdə $1,25 \pm 0,01$ (1,06-1,32) olmuşdur. 1-ci ay nitratlara olan təlabat 89,8% (n=53) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Kalsium kanalı antaqonistlərinə təlabat isə 1-ci ay 67,8% (n=40), 3-cü ay 59,3% (n=30), 6-cı və 12-ci aylarda 50,8% (n=30) olmuşdur.

Xəstələrin müalicəsində yuxarıda qeyd edildiyi kimi standart müalicələrə alternativ olaraq invaziv müdaxilə (angioplastika-stent) və revaskulyarizasiya (aorta-koronar şuntlama) müalicə də əsas yer tutmuşdur. 12 ay müddətində 9 (15,3%) xəstəyə aorta-koronar şuntlama əməliyyatı icra edilmişdir. Xəstələrdən 3 (5,1%) nəfərdə qoyulan venoz şuntlarda tutulma (degenerasiya) müşahidə edilmişdir. 12 ay müddətində MS olan KKS-lu xəstələrdən 17 (28,8%) nəfərinə klinik və instrumental müayinələrin nəticəsi olaraq invaziv müalicə (angioplastika-stent) tətbiq olunmuşdur. Müvafiq xəstə qrupunda aparılan adekvat müalicəyə baxmayaraq 4 (6,8%) xəstədə 6-12 ay ərzində stentin daralması-tıxanması və (və ya) intakt damarlarda daralma müşahidə edilmiş, təkrar invaziv müdaxiləyə ehtiyac olmuşdur. Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq, belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, kəskin koronar sindromun ağır gedişli olmasında metabolik sindrom ciddi risk faktorudur. MS olan KKS-lu xəstələrdə genetik faktor və BKİ 35 kq/m^2 -dən çox olan hallarda gedişat daha təhlükəlidir.

Metabolik sindromu olmayan xəstələrdə xəstəliyin kliniki gedişatı. Kardiohemodinamika və miokardda baş vermiş dəyişikliklərin və periferik hemodinamikanın proqnoza təsiri

Xəstələrin 34 nəfərində (82,9%) anginoz ağrı tutması qeyd olunmuşdur. Ağrılar sol qola, sol çiyinə, sol kürəyə və çənəyə irradiasiya etmişdir. Tədqiqata daxil edilmiş metabolik sindromsuz kəskin koronar sindromu olan 41 (100%) nəfər xəstələrdə klinika müvafiq sindromla özünü göstərmişdir. Müvafiq xəstələrin 10%-də xəstəliyə ekvivalent olaraq təngnəfəslik, döş sümüyünün sağ yarısında müşahidə olunan atipik ağrılar,

qastralgik variant və s. müşahidə olunmuşdur. Tədqiqata daxil olan xəstələrin 31,7% (n=13) ST qalxması ilə müşayiət olunan kəskin koronar sindromlu xəstələrdən 12 xəstədə (n=12; 29,3%) ST-elevasiyalı Mİ, 1 xəstədə (n=1; 2,4%) qeyri-stabil stenokardiya və 28 xəstədə (n=28; 68,3%) STQO-KKS, bunlardan 9 xəstədə (21,95%) STQO-Mİ, 19 xəstədə (46,34%) qeyri-stabil stenokardiya olmuşdur. STQ-Mİ lokalizasiyasına görə 6 nəfər (14,63%) xəstədə sol mədəciyin ön divarını əhatə etmiş, 4 nəfər xəstədə (9,75%) sol mədəciyin arxa divarını, 3 (7,31%) nəfər xəstədə sol mədəciyin arxa-yan divarını əhatə etmişdir. 13 xəstədən 7 (17,1%) nəfəri ağrı tutan andan 1,5-6 saat müddətində müvafiq təcili yardım (narkotik və qeyri-narkotik analgetiklər tətbiq etməklə) göstərildikdən sonra C.Abdullayev adına Elmi Tədqiqat Kardiologiya İnstitutunun Təxirəsalınmaz Kardioloji Şöbəsinə (TKŞ) gətirilmişdir. Təcili yardım vaxtı xəstələrin 50%-nə əks-göstəriş olmadıqda tromb əleyhinə antikoagulyant terapiya 10000 vahid heparin, 50%-nə 5000 vahid heparin dəri altına göbəkətrafi inyeksiya edilmiş, 10% xəstəyə eyni zamanda 325 mq Aspirin çeynədilmişdir.

MS olmayan KKS-li xəstələrin mərkəzi hemodinamik göstəricilərindən son diastolik ölçüdə (SDÖ) və son sistolik ölçüdə (SSÖ) əhəmiyyətli dəyişikliklər olmamışdır ($p>0,05$).

1-ci aydan başlayaraq vurğu həcmnin artması, müvafiq olaraq, atım fraksiyası ilə müsbət, son sistolik həcmə mənfi korrelyasion əlaqəsi müşahidə olunmuşdur ($p<0,01$). Miokarda gedən morfoloji dəyişikliklərin nəticəsi kimi, mədəciklərarası çəpər və sol mədəciyin arxa divarının əzələsinin qalınlığında olan dəyişiklik prosesin dərinliyindən asılı olaraq nazılmışdır ($p<0,01$).

Bildiyimiz kimi, sol mədəciyin diastolik funksiyası transmitral axınla (E və A dalğası) xarakterizə olunur. Sol mədəcikdə gedən patoloji prosesin dərinliyindən asılı olaraq disfunksiyanın müxtəlif təzahürləri meydana çıxır. 12 ay müddətində aparılan standart və alternativ müalicə nəticəsində diastolik funksiyada qabarıq pisləşmə müşahidə edilməmişdir ($p>0,05$).

Sol mədəciyin diastolik funksiyasının pozulması ilk günlər exokardioqrafik müayinədə 14 (34,1%) xəstədən 9-da (22,0%) sol mədəciyin erkən dolma vaxtının uzanması qeyd edilmişdir. 1 ay sonra 12 (29,3%) xəstədə relaksativ disfunksiya, onlardan 7 (17,1%) xəstədə sol mədəciyin restriktiv tiptə pozulması qeyd edilmişdir. 6 ay sonrakı müşahidəmizdə sol mədəciyin diastolik funksiyasının relaksativ tiptə pozulması 12 (29,3%) xəstədə, o cümlədən, 8 (19,5%) xəstədə sol mədəciyin erkən dolma

vaxtının uzanması, 3 (7,3%) xəstədə isə sol mədəciyin diastolik funksiyasının restriktiv tiptə pozulması qeydə alınmışdır.

Xəstələrin daxil olduğu gündən, daha doğrusu 10-cu gün 1-ci ay arasında 5 xəstədə (12,2%) sol mədəciyin müxtəlif lokalizasiyalarında (zirvə və ön divarda) kəskin anevrizmalar müşahidə edilmişdir. 3-cü ayda dəyişiksiz, 6-cı ayda 1 xəstədə (2,4%), 12-ci ayda başqa 1 xəstədə (2,4%) sol mədəciyin zirvəsində xroniki anevrizma inkişaf etmişdir.

Xəstəliyin ilk 10-günlüyündə 8 xəstədə (19,5%) remodelləşmə müşahidə olunmuşdur. Aparılan adekvat müalicə nəticəsində və invaziv strategiya, həmçinin revaskulyarizasiya nəticəsində 1-ci və 3-cü aylarda remodelləşmə müşahidə olunmamış, lakin 6-cı ayda 1 xəstə (2,4%) və 12-ci ayda başqa 1 xəstədə (2,4%) remodelləşmə müşahidə olunmuşdur. Yuxarıda qeyd olunduğu kimi bu BKİ normadan ciddi az olan xəstələrdə müşahidə edilmişdir.

Periferik hemodinamik göstəricilərin təhlili göstərmişdir ki, MS olmayan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə daxil olarkən SAT $150,8 \pm 3,2$ (110-200), DAT $96,4 \pm 1,7$ (70-120), 1 ay sonra SAT $120,3 \pm 1,6$ (110-165), DAT $75,1 \pm 1,1$ (65-110) – $P < 0,01$; 12 ay sonra SAT $124,4 \pm 2,0$ (100-165), DAT $77,8 \pm 1,2$ (65-100) mm.c.s. – $P < 0,01$ olmuşdur. Nəbz təzyiqi daxil olarkən $54,2 \pm 2,4$ (20-100), 1 ay sonra $45,1 \pm 1,2$ (25-80) – $P < 0,01$; sonrakı aylarda cüzi yüksəlmiş, 12-ci ayda $45,8 \pm 1,4$ (25-80) – $P < 0,05$ olmuşdur.

Lipid mübadiləsinə nəzər saldıqda, YSLx 1-ci aydan etibarən 12-ci aya qədər izlənmədə lipidemik preparatlara müsbət cavab vermişdir ($p < 0,01$). TQ-nin qanda səviyyəsi 1-ci ayda cüzi ($p > 0,05$), 3-cü aydan başlayaraq əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,01$) azalmışdır.

MS olmayan STQO-KKS-lu xəstələrdə Tredmil testi Braunvald kriteriyasına görə aşağı riskli 2 (4,9%) xəstədə icra edilmişdir. ST-seqmentinin ağırlı depressiyası 2 (4,9%) xəstədə olmuş, xəstələrdə aritmiya və s. dəyişikliklər qeyd olunmamışdır. 3 ay sonra aparılan Tredmil testinin qiymətləndirilməsində daha 2 (4,9%) xəstədən 1-də (2,4%) ST-seqmentinin ağırlı depressiyası qeyd edilmiş, digər 1 (2,4%) xəstədə dəyişiklik, hər hansı bir ritm pozğunluğu qeyd edilməmiş, müqayisə üçün koronarografiya müayinədə həmin xəstədə koronar arteriyalar təmiz çıxmışdır.

GRACE şkalasına görə yüksək risk 10,7% xəstələrdə qeyd olunmuşdur. Bu xəstələrdə ümumi bal hesabı ilə > 140 baldan yüksək təşkil etmişdir.

NƏTİCƏLƏR

1. KKS-lu xəstələr arasında MS 59% hallarda rast gəlinir (72,9% kişi və 27,1% qadınlar). MS-un daha çox yayılmış komponentləri hiperqlikemiya (57,6%) və hipertenziya (76,3%) olmuşdur. MS zamanı antiaterogen funksiya daşıyan YSLP səviyyəsinin az olması daha çox rast gəlinmişdir (müvafiq olaraq 81,4% və 39,0%, $p<0,001$).

2. MS olan KKS-li xəstələrdə MS olmayanlarla müqayisədə sol sistolik ölçü daha böyük olmuş ($p<0,05$), sol mədəciyin inotrop funksiyası daha əhəmiyyətli dərəcədə pozulmuşdur (müvafiq olaraq, 45 (37-53,8)% və 50 (45-55,4)% $p<0,05$). İlk 10 gün ərzində MS-lu KKS-lu xəstələrin 67,8%, MS-suz xəstələrin isə 34,1% relaksativ tipli diastolik disfunksiya inkişaf etmişdir. Restriktiv tipli diastolik disfunksiya MS-lu xəstələrdə 5,1%, MS-suz xəstələrdə isə 4,9% aşkar olmuşdur.

3. Koronar rezervin qiymətləndirilməsi üçün tredmil testin nəticələrinə görə MS-lu KKS-lu xəstələrdə 12 ayın sonuna ST segmentinin ağrısız depressiyası 11,9% hallarda, MS-suz KKS-lu xəstələrdə isə 2,4% hallarda qeyd olunmuşdur ($p<0,001$). Ağrılı depressiyalar müvafiq olaraq 5,1% və 2,4% ($p<0,01$) rast gəlinirdi. TIMI-nin öyrənilməsi zamanı MS olan xəstələrin 3,4% - TIMI-0, 6,4% - TIMI-3, MS olmayanlarda isə 2,4% TIMI-0, 9,8% -TIMI-3 qeyd edilmişdir.

4. MS-lu KKS-lu xəstələrdə bədən kütləsi indeksinin (BKİ), triqliseridlərin və aç qarına şəkərin səviyyəsi MS olmayan xəstələrlə müqayisədə, müvafiq olaraq, 14,4%, 12,5%, 19,2%, ($p<0,005$), yüksək olmuşdur. MS olan xəstələrdə BKİ-nin $35\text{kg}/\text{m}^2$ -dən çox olması sol mədəciyin anevrizması və ya remodeləşmə ilə düz korrelyasiya, MS olmayan xəstələrdə BKİ-nin $20\text{kg}/\text{m}^2$ -dən az olması sol mədəciyin anevrizması və sol mədəciyin remodeləşməsi ilə tərs korrelyasiya təşkil etmişdir.

5. Aparılan standart müalicənin təhlili zamanı müəyyən olmuşdur ki, MS-lu KKS-lu xəstələrdə ilk 10 gün ərzində invaziv müdaxiləyə (koronaroqrafiya) ehtiyac 15,3%, angioplastikaya və aorto-koronar şuntlanmaya isə ehtiyac 5,1% və 3,4% təşkil etmişdir. MS-suz KKS-lu xəstələrdə isə ilk 10 gündə aorto-koronar şuntlanma əməliyyatına ehtiyac olmamışdır. Bu xəstələrin 9,8% koronaroqrafiya, 4,9% isə angioplastika icra olunmuşdur. MS-lu KKS-lu 6,8% xəstələrdə təkrar tıxanma və intakt damarlarda daralma müşayət olmuş və təkrar müdaxiləyə ehtiyac olmuşdur.

PRAKTİKİ TÖVSIYƏLƏR

1. Metabolik sindromu olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə çox damar zədələnməsi nəticəsində pozulan repolyarizasiyalarda vektorların üst üstə düşməsi ilə əlaqədar elektrokardiografik dəyişikliyin olması mütləq deyil.

2. MS olan KKS-lu xəstələrə GRACE şkalasına görə (140 baldan yuxarı), Braunvald siniflənməsinə görə (ağır riskli pasientlərə) 2 saat ərzində invaziv strateqiyanın icra olunması məsləhət görülür.

3. MS-lu KKS-lu xəstələrdə 4 il müddətində şuntun, koronar arteriyanın və ya stentin təkrar tutulma ehtimalının 50% təşkil olmasını nəzərə alaraq bu kateqoriyalı xəstələrdə standart müayinə və müalicə taktikasının gücləndirilməsinə xüsusi diqqət yetirilməsi tövsiyyə olunur.

4. Altıncı aydan etibarən MS-lu KKS-lu xəstələrdə simpato-adrenal fəallığın artdığını nəzərə alaraq bu xəstələrin angioqrafik müayinəyə cəlb edilməsi tövsiyyə edilir.

Dissertasiya mövzusu üzrə dərc olunmuş elmi əsərlərin siyahısı

1. Оценка коронарного резерва у больных с острым коронарным синдромом и сопутствующим метаболическим синдромом // Медицинские Новости (Беларусь), 2016, №11, с. 77-80
2. Metabolik sindromla yanaşı ST-elevasiyası olmayan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə aparılan müalicənin xüsusiyyətləri // Sağlamlıq 2016, №2, s.110-116
3. Metabolik sindrom və onun kəskin koronar sindromda rolu // Sağlamlıq 2017, №3, s.196-201.
4. Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə trombolitik terapiya aparılan və aparılmayan hallarda EKQ göstəriciləri və TİMİ axınına görə riskin qiymətləndirilməsi // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri 2017, №2, s. 160-165.
5. Metabolik sindromu olan xəstələrdə kəskin koronar sindrom zamanı kardiohemodinamikada gedən dəyişikliklər və onların proqnoza təsiri // Azərbaycan Kardiologiya Jurnalı 2017, №1(11), s. 35-42.

6. Metabolik sindromu olan xəstələrdə kəskin koronar sindrom zamanı riskin sinifləndirilməsi və müalicə strategiyası // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri 2017, №1, s.251-259.

РАСИМ ИЛДЫРЫМ оглы ДЖАФАРОВ

**ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО
СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ**

РЕЗЮМЕ

Целью работы явилось изучить роль метаболического синдрома (МС) в развитии острого коронарного синдрома (ОКС), а также исследовать особенности клинического течения и тактики лечения данного заболевания. В исследование вошли 100 больных с ОКС, которые в зависимости от наличия или отсутствия МС делились на 2 группы. В первую группу вошли 59 больных с МС, во вторую – 41 пациент без МС (70 мужчин, 30 женщин в возрасте от 35 до 65 лет). Всем больным как до, так и после лечения проводились следующие исследования: биохимический анализ крови, суточное мониторирование артериального давления, электрокардиография, эхокардиография, нагрузочные тесты, суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру. Ряду пациентов проводилось ангиографическое исследование сосудов сердца. Больные получали стандартное лечение иАПФ, бета адреноблокаторами, антагонистами кальция, гиполипидемическими препаратами, антиагрегантами. В результате оказалось, что распространенность МС среди больных с ОКС составляет 59%. Наличие МС сопровождалось увеличением конечного систолического объема левого желудочка, ухудшением насосной функции сердца, развитием диастолической дисфункции у больных с ОКС. У пациентов с ОКС с МС, по сравнению с больными без МС, оказались достоверно высокими значения индекса массы тела, триглицеридов и глюкозы в крови натощак (соответственно на 14,4%, 12,5%, 19,2%, $p < 0,005$). При проведении стандартного лечения было выявлено, что у больных с ОКС с МС достоверно возрастает необходимость в проведении инвазивных вмеша-

тельств, ангиопластики и аорто-коронарного шунтирования, по сравнению с пациентами без МС.

**DIAGNOSTICS, CLINICAL CURRENCY AND
PECULIARITIES OF TREATMENT OF ACUTE CORONARY
SYNDROME IN PATIENTS WITH METABOLIC
SYNDROME**

SUMMARY

The aim of the work was to study the role of metabolic syndrome (MS) in the development of acute coronary syndrome (ACS), as well as to investigate the clinical course and treatment tactics of the disease. The study included 100 patients with ACS, which, depending on the presence or absence of MS divided into 2 groups. The first group included 59 patients with MS, the second group included 41 patients without MS (70 men, 30 women aged 35-65 years). All patients both before and after treatment were subjected to the following studies: biochemical blood test, daily monitoring of arterial pressure, electrocardiography, echocardiography, stress tests, daily monitoring of electrocardiograms according to Holter. A number of patients underwent an angiographic study of the heart vessels. Patients received standard treatment with ACE inhibitors, beta-blockers, calcium antagonists, lipid-lowering drugs, antiaggregans. As a result, the prevalence of MS among patients with ACS was 59%. The presence of MS was accompanied by an increase in the final systolic volume of the left ventricle, worsening of the pumping function of the heart, the development of diastolic dysfunction in patients with ACS. In patients with ACS with MS, compared with patients without MS, there were significantly high values of the body mass index, triglycerides and glucose in the blood of nato-sweaters (by 14.4%, 12.5%, 19.2 %, $P < 0,005$). In the course of standard treatment, it was found that in patients with ACS with MS there is a significant increase in the need for invasive interventions, angioplasty, and aorto-coronary shunting, compared with patients without MS.

İxtisarların siyahısı

AÇF	– angiotenzin çevirən ferment
AEA	– Amerika Endokrinoloqlar Assosiasiyası
AF	– atım fraksiyası
AH	– arterial hipertenziya
AKC	– Avropa Kardiologiya Cəmiyyəti
AKŞ	– Aorta-koronar şuntlama
AQQŞ	– acqarına qanda şəkər
ASLPx	– Aşağı sıxlıqlı lipoproteid xolesteridi
AT	– arterial təzyiq
ATSM	– arterial təzyiqin sutkalıq monitorlaşdırılması
BD	– budun dairəsi
BKI	– bədən kütləsi indeksi
ÇASLP	– çox aşağı sıxlıqlı lipoproteid
DAT	– diastolik arterial təzyiq
DH	– dəqiqəlik həcm
ExoKQ	– exokardioqrafiya
EKQ	– elektrokardioqram
XÜÇ	– xroniki ürək çatışmazlığı
KKS	– kəskin koronar sindrom
MAÇ	– mədəciklərarası çəpər
Mİ	– miokard infarktı
MS	– metabolik sindrom
Ps	– nəbz
SAT	– sistolik arterial təzyiq
SDÖ	– son diastolik ölçü
SMADQ	– sol mədəciyin arxa divarının qalınlığı
SPAB	– sistolik pulmonar arterial barometr
SSÖ	– son sistolik ölçü
STEKKS	– ST-elavasiyalı kəskin koronar sindrom
STEMİ	– ST-elavasiyalı miokard infarktı
STQOKKS	– ST-qalxması olmayan kəskin koronar sindrom
STQOMİ	– ST-qalxması olmayan miokard infarktı
TQ	– triqliseridlər
ÜDX	– ürək-damar xəstəlikləri
ÜİX	– ürəyin işemik xəstəliyi
YSLx	– yüksək sıxlıqlı lipoproteidli xolesterin
YSLP	– yüksək sıxlıqlı lipoproteid

