

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİNİN KƏSKİN FORMALARINDA İNVAZİV MÜDAXİLƏNİN EFFEKTİVLİYİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

İxtisas: 3218.01 - Kardiologiya

Elmi sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Firdovsi Nəbi oğlu İbrahimov**

Elmlər doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş
dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2022

Dissertasiya işi Mərkəzi Klinik Xəstəxana və Azərbaycan Tibb Universitetinin Anesteziologiya və reanimatologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi məsləhətçi: tibb elmləri doktoru, professor
İsbəndiyar Səlimxan oğlu İsmaylov

Rəsmi opponentlər: tibb elmləri doktoru, professor
Azad Bəhmən oğlu Hacıyev
tibb elmləri doktoru, professor
Faiq Əli-muxtar oğlu Quliyev
professor. dr.
Ömer Ahmet Turan oğlu Kozan
professor. dr.
Mustafa Mustafa oğlu Çalışkan

Azərbaycan Respublikası Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.27 Dissertasiya şurası

Dissertasiya Şurasının sədri:
_____ tibb elmləri doktoru, professor
Yaqub Ziyəddin oğlu Qurbanov

Dissertasiya şurasının elmi katibi:
_____ tibb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent
Törə Akif qızı Sadıqova

Elmi seminarın sədri:
_____ tibb elmləri doktoru
Yusif Qədir oğlu Nağıyev

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) dünyada ölümün əsas səbəblərindən biri olmaqla, rastgəlmə tezliyi getdikcə artmaqdadır. Avropada son üç onillik ərzində ÜİX-dən ölüm hallarının azaldılması məqsədilə bir cərəyan yaradılmasına baxmayaraq ¹, bu hal 35 yaşdan yuxarı şəxslərdə bütün ölüm hallarının 1/3 hissəsinin səbəbi olmaqda davam edir. ÜİX Avropada təxminən illik 1,8 milyon və ya bütün ölümlərin 20%-nin səbəbi olmaqla, müxtəlif ölkələr arasında ölüm faizləri fərqlidir. Müxtəlif Avropa ölkələrində ölüm halları hər 100.000 nəfərə 43-144 arasında aşkar edilmişdir ². ABŞ-da xəstəliyin rastgəlmə tezliyi getdikcə azalmaqdadır, belə ki, 1999-cu ildə hər 100.000 nəfərə 133 xəstə qeyd edilmişdirsə, 2008-ci ildə hər 100.000 nəfərə 50 xəstə qeydə alınmışdır. Avropa və ABŞ ilə müqayisədə ÜİX-dən ən az ölüm faizi Yaponiyada qeyd edilmişdir. Belə ki, bu hal kişilər arasında hər 100.000 nəfərə ölüm halları 50-dən 36-ya (29%), qadınlar arasında isə hər 100.000 nəfərə düşən ölüm halları 28-dən 18-ə qədər (36%) azalmışdır ³. Rusiyada bu rəqəmlər müqayisədə daha üstündür: hər 100.000 nəfərə kişilərdə - 330, qadınlarda isə - 154 nəfərə çatır ⁴.

Bütün bunların əksinə, inkişaf etməkdə olan ölkələr (Çin, Hindistan, Latın Amerikas, Afrikada Sahara çölü sahilləri və s.)

¹ O'Flaherty, M. Exploring potential mortality reductions in 9 European countries by improving diet and lifestyle: A modelling approach / M. O'Flaherty, P. Bandosz, J. Critchley [et al.] // *Int J Cardiol.* –2016. – Vol. 207. – p.286–291. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.01.147.

² Townsend, N. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016 / N.Townsend, L.Wilson, P.Bhatnagar [et al.] // *European Heart Journal.* – 2016. – Vol. 37 (42). – p. 3232–3245. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw334>.

³ Finegold J.A., Asaria P., Francis D.P. Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: Statistics from World Health Organisation and United Nations *Int J Cardiol.* 2013 Sep 30; 168(2): 934–945. doi: 10.1016 /j.ijcard. 2012.10.046.

⁴Кикалишвили Т., Чумбуридзе В. Женщины и мужчины: различия в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2018. – Т. 2, № 1. – с. 258-269.

arasında ürəyin işemik xəstəliklərindən ölümün artacağı, 1990-cı ildə qeydə alınmış 9 milyon ölümə qarşı bu göstəricinin 2020-ci ildə 19 milyon olması gözlənilir ⁵.

ST elevasiyası ilə müşayiət olunan miokard infarktı (STEMİ) azalmaqda, ST elevasiyasız Mİ-nin rastgəmə tezliyi isə bəzi ölkələrdə heç dəyişməmiş, digərlərində isə - çox artmışdır. STEMİ yaşlı xəstələrə nisbətən cavanlarda, qadınlarla müqayisədə kişilərdə, ağdərililərlə müqayisədə isə qaradərili xəstələrdə daha çox rast gəlinir ⁶.

Sosial və iqtisadi dəyişikliklər, oturaq həyat tərzi, gözlənilən ortalama yaşam müddətinin artması, “qərb mətbəxinə meyilli” pəhrizə üstünlük verilməsi, siqaretdən istifadənin artması və digər amillər ÜİX-nın artımını sərtləşdirir.

STEMİ xəstələrində ölüm faizi bir çox faktorlardan asılıdır, bunlar arasında yaş, müalicəyə qədər keçən müddət, STEMİ idarəsinin xəstələrə təcili yardım göstərən sistemlərinin olması, müalicə strategiyası, Mİ-nin baş vermə zamanı şəkərli diabet, böyrək çatışmazlığı, zədələnən koronar arteriyaların sayı və sol mədəciyin atım fraksiyası kimi göstəricilər xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Son tədqiqatlara görə reperfüziya müalicəsi, ilkin perkutan koronar müdaxilə, yeni antitrombotik müalicə və ikincili qoruma tədbirlərinin sayəsində STEMİ-nin kəskin fazasında və uzunmüddətli müşahidəsində ölüm faizlərində nəzərə çarpacaq dərəcədə azalmanın olması qeyd edilmişdir⁷. Risk faktorlarının kontrol altına alınması ölüm faizlərinin ümumilikdə 50%-ə qədər azalmasına səbəb olur, məsələn, total xolesterol (24%), sistolik qan təzyiqi (20%), siqaret istifadəsi (12%), oturaq həyat tərzi

⁵Доклад о состоянии здоровья в мире (2020) ВОЗ, Женева.- <https://compendium.com.ua/clinical-guidelines/cardiology/section-3/glava-1-epidemiologicheskie-aspekty-serdechno-sosudistyh-zabolevanij/>

⁶Jayaraj J.Ch., Davatyan K., Subramanian S.S., Priya J. Epidemiology of myocardial infarction. (Burak Pamukçu Ed.) [electronic resource]. – IntechOpen. – 2019. – 138 P. DOI: 10.5772/intechopen.69907.

⁷Chacko, L. Effects of percutaneous coronary intervention on death and myocardial Infarction Stratified by Stable and Unstable Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials / L. Chacko, J.P. Howard, C. Rajkumar [et al.] // Circ Cardiovasc Qual Outcomes. – 2020. – Vol. 13 (2). – p. e006363. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.119.006363.

(5%) bu faktorlardan ən önəmliləridir. Bədən çəki indeksinin və şəkərli diabetin rastgəlmə tezliyinin artması inkişaf etməkdə olan ölkələrdə ürəyin işemik xəstəliklərindən ölümün 18%-ə qədər artmasına səbəb olur. Buna baxmayaraq, müxtəlif Avropa ölkələrində STEMI xəstələri arasında xəstəxanadaxili ölüm faizləri 4-12% arasında dəyişir. Angioqrafiya icra edilən STEMI xəstələrinin illik ölüm halları təxminən 10% təşkil edir⁸. ÜİX kişilərlə müqayisədə qadınlarda orta hesabla 7-10 il sonra baş verir, fəqət MI qadınlarda da ölümün əsas səbəbi olaraq qalmaqdadır. Kəskin koronar sindrom (KKS) 60 yaşa qədər olan kişi xəstələrdə qadınlara nisbətən 3-4 dəfə daha çox rast gəlinir, lakin 75 yaşdan yuxarı xəstələr arasında qadınlar üstünlük təşkil edir. Kişilərlə müqayisədə qadınlarda atipik simptomlar daha çox rast gəlinir⁹, yaxud bu simptomlar özünü daha gec birüzə verir¹⁰. Məhs buna görə də potensial işemiya simptomları olan qadınlara yanlış diaqnoz qoyulmaması üçün daha diqqətli yanaşmaq lazımdır. Geyd etmək lazımdır ki, qadınlarda perkutan koronar müdaxilə zamanı qanaxma ağırlaşmaları daha çox rast gəlinir.

Qadın xəstələr arasında arzuolunmaz nəticələrin nə ilə əlaqədar olması barədə müzakirələr davam etməkdədir. Bununla belə, çoxsaylı tədqiqatlarda miokard infarktından əziyyət çəkən daha yaşlı və yanaşı xəstəlikləri çox olan qadınlarda daha da kəskin ağırlaşmaların olması göstərilmişdir¹¹.

⁸ Cutlip D.E., Fischman D.L. Mortality After Percutaneous Coronary Intervention. *Circulation: Cardiovascular Interventions*. – 2018. – p. 11. – p. e007008. <https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.118.007008>.

⁹ Ferry, A.V. Presenting symptoms in men and women diagnosed with myocardial infarction using sex-specific criteria / A.V. Ferry, Anand A., Strachan F.E. [et al.] // *Journal of the American Heart Association*. – 2019. – Vol. 8. – p. e012307. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012307>.

¹⁰ DeVon H.A., Mirzaei S., Zègre-Hemsey J. Typical and atypical symptoms of acute coronary syndrome: time to retire the terms? *Journal of the American Heart Association*. – 2020. – Vol. 9. – p. e015539. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.015539>

¹¹ Hawes E.M., Smith J.N., Negrelli J.M. Diagnosis and management of acute coronary syndrome: an evidence-based update. *d Fam Med*. – 2015. – Vol. 28 (2). – p. 283-293.

Bəzi tədqiqatlarda qadınların daha az invaziv müdaxiləyə məruz qalması və daha az reperfüziya müalicəsi aldığı qeyd edilmişdir¹². Bu qaynaqlarda kişi cinsli xəstələrin STEMİ-yə uyğun müalicə və reperfüzion strategiyadan eyni dərəcədə fayda gördükləri məlumatları öz əksini tapmışdır.

Ümumi populyasiya səviyyəsində aparılan tədqiqatların nəticələrinə görə, stenokardiyanın rastgəlmə tezliyi hər iki cinsdə yaşa uyğun olaraq artmaqdadır. Rastgəlmə tezliyi qadınlarda 45-64 yaş arasında 5-7%, 65-74 yaş arasında 10-12%, kişilərdə isə 45-64 yaş arasında 4-7%, 65-74 yaş arasında isə 12-14%-dir. Diqqətəlayiq məqam orta yaşlı qadınlarda stenokardiya rastgəlmə tezliyinin kişilərlə müqayisədə daha çox olmasıdır. Bu vəziyyət, böyük ehtimalla, funksional koronar arteriya xəstəliklərinin (məsələn, mikrovaskulyar stenokardiya) qadınlarda daha çox rast gəlinməsilə əlaqədardır və sonrakı yaşlarda vəziyyət əksinə dəyişir.

Mövcud məlumatlara əsasən, qərb əhalisində 45-65 yaş arasında kişilərdə ağırlaşmasız keçən stenokardiyanın illik rastgəlmə tezliyi 1% olub, qadınlarda isə bu tezlik bir qədər daha yüksəkdir. Yaş artdıqca bu hal əhəmiyyətli dərəcədə artaraq, 75-84 yaş arasında 4%-ə qədər yüksəlir. Stenokardiyanın rastgəlmə tezliyi koronar arteriya xəstəliyi ilə əlaqədar ölüm faizində gözlənilən beynəlxalq göstəricilərlə uyğunluq təşkil edir¹³.

Ürəyin işemik xəstəliklərinin azalmasına baxmayaraq, miqrasiya hadisələrinin artması, ümumi əhalinin orta yaşama müddətinin artması ürəyin işemik hadisələrinin rastgəlmə tezliyinin gələcəkdə də artması etimal olunur. Bütün bunlarla yanaşı, oturaq həyat tərzini, siqaretdən və/ya narkotik maddələrdən istifadə, qərb mətbəxinə meyillik adətləri kimi qlobal faktorlar ürəyin işemik xəstəliklərinin artmasına səbəb olmaqdadır. Bütün bunlarla birlikdə, kəskin koronar sindrom

¹² Strauer B.E. The concept of coronary flow reserve. *J Cardiovasc Pharmacol.* – 1992. – Vol. 19 (Suppl 5.). – p. S67-S80.

¹³ Hemingway, H. Prevalence of Angina in Women Versus Men. A Systematic Review and Meta-Analysis of International Variations Across 31 Countries / H. Hemingway, C. Langenberg, J. Damant [et al.] // *Circulation.* – 2008. – Vol. 117. – p. 1526–1536. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.720953>

xəstələrinin konservativ və invaziv müalicə metodlarının, ikincili qoruma tədbirlərinin inkişafı ürəyin işemik xəstəliklərindən ölüm faizini progressiv şəkildə azaltmaqdadır.

Beləliklə, ÜİX inkişafında, proqnozlaşdırılmasında, müalicə və profilaktikasında risk amillərinin və yanaşı gedən xəstəliklərin araşdırılması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bununla yanaşı ÜİX zamanı müxtəlif risk amillərinə məruz qalan xəstələrdə hansı müalicə taktikasının seçilməsi müasir invaziv kardiologiyanın əsas problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır. Geyd etmək lazımdır ki, müxtəlif risk amilləri olan fərqli xəstələr qruplarında müəyyən müalicə üsullarının üstünlüklərini və çatışmazlıqlarını aşkar etmək, onların tədbiq imkanlarını qiymətləndirməkdə vacib rol oynayır. Yuxarıda göstərilənlər bu istiqamətdə tədqiqatların aparılmasını günün tələbinə çevirir.

Tədqiqatın məqsədi müxtəlif risk amilləri və yanaşı gedən xəstəlikləri olan şəxslərdə ÜİX zamanı perkutan transluminal koronar angioplastikanın və aorta-koronar şuntlamanın uzaq (5 illik) nəticələrinin müqayisəli təhlili əsasında, fərqli xəstə qruplarında müqaisə olunan revaskulyarizasiya üsullarının effektivliyini və çatışmazlıqlarını aşkar etməklə, onların tədbiq imkanlarını qiymətləndirməkdən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Perkutan transluminal koronar angioplastikanın (PTKA) uzaq nəticələrinin – revaskularizasiyadan sonrakı müddətdə (5 il ərzində) müxtəlif risk amilləri və yanaşı gedən xəstəlikləri olan qadın və kişilərdə bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE (əsas kardiyal və serebrovaskulyar ağrılaşmalar) və yaşama müddətinin təhlili.

2. Aorta-koronar şuntlamanın (AKŞ) uzaq nəticələrinin – revaskularizasiyadan sonrakı müddətdə (5 il ərzində) müxtəlif risk amilləri və yanaşı gedən xəstəlikləri olan qadın və kişilərdə bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin təhlili.

3. Müxtəlif risk amilləri və yanaşı gedən xəstəlikləri olan qadın və kişilərdə PTKA və AKŞ-nin uzaq nəticələrinin – revaskularizasiyadan sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm

halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin müqayisəli qiymətləndirilməsi.

4. Şəkərli diabet xəstələrində PTKA və AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrılıqda və müqayisəli qiymətləndirilməsi.

5. Şəkərli diabeti olmayan xəstələrin PTKA və AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrılıqda və müqayisəli qiymətləndirilməsi.

6. Yanaşı ekstrakardial arteriopatiyası olan və olmayan xəstələrin PTKA və AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin təhlili.

7. Atım fraksiyası 35%-dən aşağı və 35%-dən yuxarı olan xəstələrdə PTKA və AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin təhlili.

8. Yanaşı gedən xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyi olan və olmayan ürəyin kəskin işemik xəstələrində PTKA və AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin təhlili.

9. Ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formalarında (qeyri-stabil stenokardiya və ST-yüksəlməsi olmayan miokard infarktının) PTKA və AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin təhlili.

10. Yanaşı gedən arterial hipertenziyası olan və olmayan xəstələrdə PTKA və AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin təhlili.

11. Yaşlı xəstələrdə (≥ 75 yaş) PTKA və AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrılıqda və müqayisəli təhlili.

Tədqiqatın elmi yeniliyi:

– Çox damarlı ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formalarında (QSS və ST yüksəlməsi olmayan Mİ) PTKA və AKŞ-in uzaq nəticələri kompleks şəkildə müqayisəli öyrənilmiş və dəyərləndirilmişdir.

– ÜİX-nin kəskin formalarında ekstrakardiyal arteriopatiyası olan xəstələrin uzun müddətli təqibinə görə myokardiyal revaskulyarizasiyada ilkin tərcih AKŞ olmalıdır.

– ÜİX-nin kəskin formalarında ekstrakardiyal arteriopatiyası olan xəstələrdə həm PTKA, həm də AKŞ-nin uzun müddətli letallığı yüksəkdir.

– ÜİX-nin kəskin formalarında ekstrakardiyal arteriopatiyası olan xəstələrdə həm PTKA, həm də AKŞ-də yaşama müddətinin qısalması müəyyən edilmişdir.

– ÜİX-nin kəskin formalarında $AF \leq 35\%$ olan xəstələrdə PTKA və AKŞ-nin uzaq nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi zamanı hər hansı ciddi fərq aşkar olunmamışdır.

– ÜİX-nin kəskin formalarında, şəkərli diabeti olmayan, çox damarlı (bir neçə koronar arteriya zədələnməsi ilə) xəstələrinin PTKA və AKŞ üsülü ilə revaskulyarizasiya nəticələrinə əsasən bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm və kardial ölüm halları statistik əhəmiyyətli fərqlənməmişdir. Bununla belə MACCE nəticələri 5 illik müddətində PTKA qrupunda daha yüksək olmuşdur.

– ÜİX-nin kəskin formalarında, şəkərli diabeti olan, çox damarlı (bir neçə koronar arteriya zədələnməsi ilə) xəstələrin PTKA və AKŞ üsülü ilə revaskulyarizasiya nəticələrinə görə bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm, kardiyal ölüm halları və yaşama müddəti statistik əhəmiyyətli fərqlənməmişdir. Bununla belə təkrari revaskulyarizasiya PTKA qrupunda 2 dəfəyə yaxın üstünlük təşkil etmişdir.

– Yaşlı xəstələrdə (≥ 75 yaş) ÜİX-nin kəskin formalarında PTKA və AKŞ üsulları ilə aparılan revaskulyarizasiyanın nəticələrinə əsasən (bütün səbəblərə bağlı ölüm, kardiyal ölüm halları və MACCE nisbətləri) əhəmiyyətli fərqlənməmişdir. Bununla belə Kaplan–Meier analizinə əsasən yaşama müddəti AKŞ qrupunda daha uzun idi.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti. Ürəyin işemik xəstəliyinin mualicəsində PTKA və AKŞ əməliyyat üsullarının uzaq (5 illik)

nəticələrinin yaşa, cinsə, müxtəlif risk amillərə və yanaşı gedən xəstəliklərə görə fərqlənən xəstə qruplarında müqayisəli təhlili əsasında onların üstünlüklərini və çatışmazlıqlarını aşkar etməkdən, tətbiq imkanlarını qiymətləndirməkdən ibarətdir. Tədqiqatda alınan nəticələrə əsasən yuxarıda göstərilən fərqli risk qruplarında miokardial revaskulyarizasiya üsullarından (PTKA yaxud AKŞ) optimal seçilməsinin mümkünlüyü mühüm praktik əhəmiyyət kəsb edir.

Praktikaya tətbiqi. Tədqiqatın nəticələri Mərkəzi Klinik Xəstəxanada və Azərbaycan Tibb Universitetində klinik təcrübəsinə tətbiq edilmişdir.

Müdafiyə çıxarılan əsas müddəalar:

– Şəkərli diabetlə ilə müşayiət olunan və olunmayan ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formalarının müalicəsində PTKA və AKŞ-dən sonrakı 5 il müddətində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrı-ayrılıqda müqayisəli təhlili.

– Ekstrakardial arteriopatiyanın ilə müşayiət olunan ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formalarının müalicəsində PTKA və AKŞ-dən sonrakı 5 il müddətində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrı-ayrılıqda müqayisəli təhlili.

– ÜİX-nin kəskin formalarında atım fraksiyasının 35%-dən aşağı olan xəstələrin müalicəsində PTKA və AKŞ-dən sonrakı 5 il müddətində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrı-ayrılıqda müqayisəli təhlili.

– ÜİX-nin kəskin formalarında xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyi müşayiət olunan xəstələr müalicəsində PTKA və AKŞ-dən sonrakı 5 il müddətində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrı-ayrılıqda müqayisəli təhlili.

– ÜİX-nin kəskin formalarında arterial hipertenziya ilə müşayiət olunan xəstələr müalicəsində PTKA və AKŞ-dən sonrakı 5 il müddətində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrı-ayrılıqda müqayisəli təhlili.

– ÜİX-nin kəskin formalarında mualicə (qeyri-stabil stenokardiya və miokard infarktı) olunan xəstələrdə PTKA və AKŞ-dən sonrakı 5 il müddətində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrı-ayrılıqda müqayisəli təhlili.

– Ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formalarının yaşlı xəstələrdə (≥ 75 yaş) mualicəsində PTKA və AKŞ-dən sonrakı 5 il ərzində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları, kardial ölüm, insult, təkrar revaskulyarizasiya, MACCE və yaşama müddətinin ayrı-ayrılıqda müqayisəli təhlili.

Publikasiya. Dissertasiya materiallarına əsasən 39 elmi iş, o cümlədən 27 elmi məqalə (10 məqalə xaricdə) və 8 tezis (5 tezis xaricdə) nəşr edilmişdir.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya işi 326 səhifə – 382.031 işarə həcmində olaraq, giriş (14.328 işarə), ədəbiyyat icmalından (121.005 işarə), tədqiqatın nəticələrini əks etdirən 6 fəsildən (29.743 + 11.341 + 17.996 + 34.872 + 45.581 işarə), nəticələrdən, praktik tövsiyələrdən (12.900 işarə), istifadə edilmiş ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısında əksəriyyəti əcnəbi ədəbiyyatlardan ibarət olan 464 mənbə daxildir. Dissertasiyanın mətni 89 cədvəl və 21 şəkillə illüstrasiya edilmişdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tədqiqatlar 2006-2014-cü illdə Mərkəzi Klinik Xəstəxananın kardiologiya və kardiocərrahiyyə bölməsində koronar müayinədən keçən 13622 xəstə arasından seçilən 1414 kəskin koronar sindromlu xəstələrdə aparılmışdır. AKŞ qrupunda xəstə sayı 715 (50,6%), PTKA qrupunda xəstə sayı isə 699 (49,4%) olmuşdur.

Çoxdamar (bir neçə koronar arteriya) zədələnməsi ilə olan xəstələrin araşdırmaya alınması retrospektiv, təqibi isə prospektiv randomizə olaraq aparılmışdır. Xəstələr aparılmış əməliyyatlar nəzərə alınmaqla iki qrupa bölünmüşdür. Bunlar perkutan transluminal angioplastika (PTKA) və aorta koronar şuntlama (AKŞ) qruplarıdır.

Yanaşı arterial hipertenziya ilə müşayət olan xəstələrin diaqnozunu təsdiq olunması üçün arterial hipertenziya anamnezi, antihipertenziv dərmanlardan istifadə və ya arterial təzyiqinin $>140/90$ mm c.s. olması kriteriyalarından biri qəbul edilmişdir¹⁴.

2-ci tip şəkərli diabet diaqnozunun təsdiq olunması üçün isə müraciət zamanı xəstənin insulin və ya diabet əleyhinə oral dərman qəbul etməsi və ya aclıq qan şəkərinin ≥ 126 mg/dl, toxluq qan şəkərinin ≥ 200 mg/dl olması əsas götrülmüşdür¹⁵.

Xəstələrin PTKA vəya AKŞ üsulları ilə mualicə metodunun seçilməsi multidissiplinar “ürək komandası” tərəfindən aparılmış və xəstələrin imzalı razılığı ilə keçirilmişdir. PTKA Avropa Kardioloqlar Cəmiyyətinin (AKC) tibbi tövsiyələrinə uyğun olaraq aparılmışdır¹⁶.

Bütün xəstələrdə standart olaraq proseduradan əvvəl və sonrakı təqiblərdə 2 aparmalı EKG, transtorakal exokardioqrafiya muayinələri aparılmışdır. Bütün xəstələrdə troponin səviyyəsi müəyyən edilmişdir. Kəskin koronar sindromda qeyri-stabil stenokardiya və miokard infarktını fərqləndirmək üçün 12 aparmalı EKQ, transtorakal exokardioqrafiya və kardial fermentlər dəyərləndirilmişdir.

Q-dişçikli miokard infarktı tipik işemik sinə ağrısının olması və ST segmentinin yüksəlməsinə əsasən dəyərləndirilmişdir. Qeyri-stabil stenokardiya isə tipik olaraq 20 dəqiqədən çox davam edən stenokardik ağrılarla birlikdə ST depressiyasının mövcudluğu və ya olmaması, və/və ya mənfi T dişçiyinin olması və troponin səviyyəsinin yüksəlməsinə əsasən dəyərləndirilmişdir.

Stent trombozu (Thrombolysis In Myocardial Infarction (TIMI)) dərəcəsi sıfır olan hallarda istifadə olunmuşdur. PTKA mümkünlüyü

¹⁴ Резник Е.В., Никитин И.Г. Новые рекомендации ACC/AHA и ESC/ESH по артериальной гипертензии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018. – т. 17 (5). – с. 99-119.

¹⁵ American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. – 2020. – Vol. 43 (Supplement 1). – p. S1–S212,

¹⁶ Neumann, F.-J. ESC Scientific Document Group, 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization / F.-J. Neumann, M. Sousa-Uva, A. Ahlsson [et al.]// European Heart Journal. – 2019. – Vol. 40 (2). – p. 87–165. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394>.

TİMİ 3 axını təmin edilən və 10%-dən daha az daralma qalan hallarda qəbul olunmuşdur.

MACCE olaraq miokard infarktı, ölüm halları, serebral işemik hadisələr və hədəf damar revaskulyarizasiya mümkünsüzlüyü nəzərə alınmışdır. Dərman mualicəsi, hemodializ alan və ya kreatinin səviyyəsi 2 mg/dl-dən yüksək olan xəstələr xronik böyrək çatışmazlığı kimi qəbul edilmişdir. Proseduraya ilə əlaqəli kontrast nefropatiası isə xəstəxanadaxili kreatinin səviyyəsinin 0,5 mg/dl-dən çox artması olaraq qəbul edildi. Bununla belə dializ xəstələri və kreatinin səviyyəsi 3 mg/dl-nin üzərində olan xəstələr tədqiqata daxil edilməmişlər.

Xəstələrin yaşı 40 ilə 80 arasında olmuş, yaş cəhətdən iki qrup arasında (AKŞ-də orta yaş – 56,9±8,2, PTKA-da isə orta yaş 56,2±9,1) ($p=0.632$) fərq olmamışdır (cədvəl.1). Şəkərli diabet AKŞ qrupunda 31%, PTKA qrupunda 26,2% idi.

Cədvəl 1.

Tədqiqata daxil edilən xəstələrinin ümumi xarakteristikası

Xəstələrin xarakteristikası	Əməliyyatın növü		P
	AKŞ n = 715 (50.6%)	PTKA n = 699 (49.4%)	
Hiperxolesterinemiya	453 (63,3%)	440 (62,9%)	P=0.231
Siqaret istifadəçiləri	173 (24,1%)	165 (23,7%)	P=0.781
Arterial hipertenziya	270 (37,7%)	236 (33,8%)	0.061
Şəkərli diabet	222 (31%)	183 (26,2%)	0.066
Periferik damar xəstəliyi	84 (11,7%)	6 (0,9%)	P=0.0005
Kreatinin səviyyəsi (150-250 mg/dl)	29 (4%)	22 (3,1%)	P=0.365
Sol mədəciyin atım fraksiyası	46,9%	47,8%	P=0.056

Araşdırmada bütün laborator analizlər Mərkəzi Klinik Xəstəxanada aparılmışdır. Xəstələr klinik olaraq 30 gün, 1 il və 5 illik olaraq izlənmişdir. Bütün səbəblərə əlaqəli ölümlər, kardial ölümlər, miokard infarktı, şok, revaskulyarizasiya və stent trombozları kimi klinik hadisələrin ciddi qeydiyyatı aparılmışdır.

Daha əvvəllər AKŞ ya PTKA olunmuşlar, koronar arteriyadan kənar kardial, yaxud damar müdaxiləsinə ehtiyacı olanlar, dializ alanlar və minimal invaziv əməliyyatlar icra edilmiş xəstələr tədqiqatdan kənarlaşdırılmışdır.

Araşdırmada alt qrup olaraq 2-ci tip ŞD və kəskin koronar sindromu olan çoxdamar xəstələrində PTKA ilə AKŞ ayrı olaraq dəyərləndirilmişdir. Bu dəyərləndirməyə 2-ci tip ŞD olan 405 xəstə alınmışdır. Bunlardan 183 (45,1%) nəfər PTKA qrupunda, 222 (54,8%) nəfər isə AKŞ qrupunda olmuşdur. Yaş ($p=0,071$), cins ($p=0,218$) və kreatinin səviyyəsi ($p=0,641$) cəhətdən fərq yox idi, arterial hipertenziyaya ($p=0,00016$) və sol mədəciyin atım fraksiyasına ($p=0,019$) görə iki qrup arasında fərq izlənmişdir.

Digər bir alt qrup dəyərləndirilməsində çoxdamar xəstəlikli, kəskin koronar sindromda sol mədəciyin çatışmazlığı olan xəstələrdə PTKA və AKŞ əməliyyatlarının nəticələri, 405 xəstədə araşdırmaya alınmış xəstələr ilə müqayisə edilmişdir. Tədqiqata sol mədəciyin sistolik disfunksiyası şəklində atım fraksiyası 35%-dən az olan xəstələr daxil edilmişdilər. Araşdırmaya alınan xəstələrdən 183 (45,1%) nəfər PTKA qrupunda, 222 (54,8%) nəfər isə AKŞ qrupunda olmuşdur. Yaş ($p=0,051$), cins ($p=0,522$), kreatinin səviyyəsi ($p=0,367$), arterial hipertenziya ($p=0,367$), sol mədəciyin atım fraksiyası ($p=0,922$) və Syntax skoru ($p=0,632$) cəhətdən iki qrup arasında fərq olmamışdır.

Çoxdamar xəstəlikli kəskin koronar sindromda PTKA aparılan çoxdamarlı qeyri-stabil stenokardiyalı (QSS) 434 xəstə və ST-yüksəlməsi olmayan miokard infarktlı 265 xəstə (cəmi 699 xəstə) daxil edilmişdir. Kişilər QSS qrupunda 373 (85,9%), ST-yüksəlməsi olmayan Mİ qrupunda 238 (89,8%) nəfər olmuşdur. Xəstələrin klinik xarakteristikası: orta yaş QSS qrupunda 56,8, Mİ qrupunda 55,3. QSS qrupunda 113 xəstə (26%), Mİ qrupunda isə 70 (26,4%) xəstə yanaşı gedən 2-ci tip ŞD ilə geydə alınmışdır. QSS xəstələrinin 58%-də, Mİ xəstələrinin 56%-də ürəyin işemik xəstəliyi cəhətdən ailə anamnezi olmuşdur. Syntax skoru QSS qrupunda 26,3, Mİ qrupunda isə 25,1 təşkil etmişdir. Klopidrogrel qəbulu 1 il müddətində davam etmişdir.

Şəkərli diabeti olmayan çoxdamar xəstəlikli kəskin koronar sindromda PTKA ilə AKŞ-nin qarşılaşdırılmasına cəmi 1011 xəstə alınmışdır. Bu xəstələrin 495-i AKŞ və 516 PTKA olmaqla iki qrupa ayrılmışdır. Xəstələrin orta təqib müddəti 60,7 ay olmuşdur.

Yaş ($p=0,954$), cins ($p=0,124$), kreatinin səviyyəsi ($p=0,152$) və sol mədəciyin atım fraksiyası ($p=0,057$) cəhətdən iki qrup arasında fərq olmamış, arterial hipertenziya ($p=0,0001$) PTKA qrupunda daha

yüksək idi. Bununla belə şəkərli diabet xəstələrin sayı AKŞ qrupunda çoxluq təşkil etmişdir.

Perkutan transluminal angioplastika aparılan çox damarlı kəskin koronar sindromlu xəstələrdə atım fraksiyasının (AF) 35%-dən aşağı olan 122 xəstə və AF 35%-dən yuxarı olan 577 xəstə araşdırmaya alınmışdır. AF 35%-dən aşağı olanlar qrupunda orta yaş 55,4, AF 35%-dən yuxarı olanlar qrupunda isə 55,8 olmuşdur. AF 35%-dən aşağı olanlar qrupunda 110 (90,2%) kişi xəstə, AF 35%-dən yuxarı olanlar qrupunda isə 501 (86,8%) kişi xəstə olmuşdur. AF 35%-dən aşağı olanlar qrupunda 12 (9,8%) qadın, AF 35%-dən yuxarı olanlar qrupunda isə 76 (13,2%) qadın olmuşdur. AF 35%-dən aşağı olan xəstələr qrupunda 42 (34,4%), AF 35%-dən yuxarı olanlar qrupunda isə 141 (24,4%) xəstə 2-ci tip ŞD diaqnozu ilə müalicə alanlar idi. AF 35%-dən aşağı olanlar qrupunda Syntax skoru 26,8, AF 35%-dən yuxarı olanlar qrupunda isə 25,5 olmuşdur.

Kəskin koronar sindromlu (KKS) xəstələrdə AKŞ ilə aparılan miokardial revaskulyarizasiyada cinslər arasındakı fərqləri müəyyən etmək üçün araşdırmaya 715 xəstə daxil edilmiş, bunlardan 596 kişi (orta yaş $56,3 \pm 8,2$), 121 isə qadın (orta yaş $60 \pm 7,3$) olmuşdur.

Xəstələrin koronar angiografiyaya hazırlanması. Koronar angiografiyaya başlamazdan əvvəl xəstələrdən ətraflı anamnez toplanmış, obyektiv müayinələr aparılmış, laborator analizlər (tam qan analizi, koagulyasiya paneli, ac qarına qan şəkərinin səviyyəsi, kreatinin, infeksiyon analizlər) aparılmışdır.

Koronar arteriya daralmasının dəyərləndirilməsi. Hər bir koronar arteriya daralması ən az iki proyeksiyada kəmiyyət və keyfiyyət üsulları ilə dəyərləndirilmişdir. LAD, CX və RCA-da 70% və daha çox, LMCA və LAD proksimalında isə 50% və daha çox daralmalar ciddi olaraq qəbul edilmişdir. Ostial daralma dedikdə damarın və ya şaxənin başlanğıc hissəsindən ilk 3 mm məsafədəki daralma nəzərdə tutulmuşdur. Bifurkasiyon zədələnmə dedikdə əsas damarın 1,5mm-dən çox diametrli yan şaxə ilə birləşmə nahiyəsindəki daralmalar nəzərdə tutulmuşdur. AHA kriteriyalarına görə 10 mm-dən kiçik zədələnmələr spot və ya diskret, 10-20 mm arasında olanlar tubulyar, 20 mm-dən böyük olanlar isə diffuz daralma kimi dəyərləndirilmişdir. Total okkluziya dedikdə distal axımın tam olaraq kəsilməsi və ya onun

anteqrad/retroqrad kollaterallar vasitəsilə təmin olunması nəzərdə tutulmuşdur.

Koronar angioqarfiya və PTKA müalicəsinin icrası üçün GE In-nova 3131 IQ angioqrafiya cihazı istifadə edilmişdir. Cihaz rentgen əsaslı olaraq kontrast maddə istifadə edilməklə damarların aterosklerotik problemlərini, anevrizmaları, trombotik dəyişiklikləri, xəstədə yaranmış hər hansı bir ritm dəyişikliklərini, anadangəlmə problemləri aşkarlamaq və müalicə etmək imkanı yaradır.

Perkutan koronar müdaxilə. Xəstənin vəziyyətinin təciliyyəindən asılı olaraq bəzi xəstələrdə perkutan koronar müdaxilə angioqrafiyadan dərhal sonra eyni prosedur kimi icra edilmiş, digər xəstələrdə isə bu, planlı şəkildə icra edilmişdir. Müdaxilə əksər xəstələrdə ilkin koronar angioqrafiya olunmuş damardan, eyni qılıfdan keçilərək icra edilmişdir.

Perkutan koronar müdaxilədə istifadə edilən kateterlər. Perkutan koronar müdaxilə zamanı adətən sol system üçün Ebu (6F), sağ koronar arteriya üçün isə JR kateteri (6F) istifadə edilmişdir. Kateterlərin ölçüsü əksər hallarda 3,5 mm olmuşdur, bəzi hallarda, böyük bədən səth sahəsinə malik insanlarda 4,0 mm ölçülü kateterlərdən istifadə edilmişdir. Koronar arteriyaların çıxış anomaliyaları zamanı Judkins guiding kateterlərdən istifadə edilmişdir.

Prosedurun icrası. Prosedur zamanı daralmalardan keçmək üçün 0,14 inch ölçülü floppy tellərdən istifadə edilmişdir. Nadir hallarda xronik total okkluziya olan zamanı intermediate, FC, XT kimi xronik total okkluziya tellərindən istifadə edilmişdir. Daralmaları genişləndirmək məqsədilə adətən 2,5x20 mm ölçülü, bəzən isə 2,0x20 mm, 2,0x15 mm ölçülü balonlardan istifadə olunmuşdur. Adekvat genişləndirmədən sonra stent ölçüsü seçilmişdir. Dərman örtüklü, “Bio-matrix”, “Promus”, “Resolute” markalı, diametri 2,5-4,0 mm, uzunluğu isə 10-38 mm olan stentlərdən istifadə edilmişdir. Bəzi daralmalara maksimal 38 mm ölçülü stentlər çatmadığından iki və nadir hallarda 3 stent bir-biri ilə birləşdirilərək implantasiya edilmişdir. Stent implantasiya edildikdən sonra daxili stentin diametri ölçüsündə və yaxud bir ölçüdə böyük NC balonlarla postdilatasiya edilmişdir. Xəstələrin hamısı prosedurdan sonra koronar intensiv terapiya şöbəsində nəzarət altında saxlanılmışdır.

Aorta-koronar şuntlama. Müasir dövrdə ürək əməliyyatları ürək komandası tərəfindən (ürək cərrahları, perfuzionist, anestezioloq və tibb personalı daxil olmaqla) icra olunur. Hal-hazırda koronar şuntlama əməliyyatları ürəyi dayandırmaqla, yaxud döyünən ürəkdə icra olunmaqdadır.

Koronar cərrahiyyədə qızıl standart daxili döş arteriyası (DDA) sayılır. Bizim xəstələrdə əməliyyat zamanı heç olmasa bir ədəd arterial qreftin (adətən sol daxili döş arteriyası) istifadə edilməsi mütləq hesab edilmişdir. Venoz konduitlərdən böyük dərialtı vena istifadəsi tərəfimizdən rutin hesab olunmuşdur.

Qreftlər hazırlandıqdan sonra xəstənin çəkisinə uyğun olaraq heparin vurulmuşdur. Aorto-koronar şuntlama əməliyyatlarının 80-85% süni qan dövranı (SQD) vasitəsi ilə icra olunmuşdur. Ürək-ağciyər aparatı ürəyin nasos funksiyasını pompa ilə, ağciyərin qaz mübadiləsi funksiyalarını oksigenator vasitəsi ilə müvəqqəti olaraq yerinə yetirildi.

Sistemik arterial təzyiq, ürək ritmi, ürəyin doluluğu, yığılma qabiliyyəti, qan qazları, elektrolitlərin səviyyəsi, turşu-qələvi müvazinəti kafi olduqda xəstələr tədricən süni qan dövrənindən ayrıldı. Venoz kanyul çıxarıldıqdan sonra heparini neytrallaşdırmaq üçün protamin sulfat məhlullu verilmişdir. Ən sonda arterial kanyula çıxarılmışdır. Beləliklə, xəstə SQD-dən tamamilə ayrılmış olmuşdur. Cərrahi hemostaz əldə olunduqdan sonra açılan boşluqlar (adətən sol plevral boşluq və ön mediastinum drenaj olunur, sağ mədəciyə epikardial elektrodlarla tikilmişdir. Döş qəfəsi polad saplar vasitəsi ilə bağlanmış, qatlara uyğun tikilmişdir.

Statistik analizlər SPSS 18.0 paket programında dəyərləndirildi. Riyazi məlumatlarda orta ədəd \pm standart meylə, kateqorial məlumatlarında isə nisbətə baxılmışdır. Kateqoriya məlumatların müqayisəsində ki-kvadrat testindən istifadə edilmişdir. Uzunmüddətli məlumatların müqayisəsində isə t-testindən istifadə edilmişdir. Göstəricilərin bir-birlərinə olan təsirlərini aradan qaldırmaq və göstəricilərlə birlikdə alt qruplardakı risk nisbətini dəyərləndirmək üçün logistik reqresiya təhlilindən istifadə edilmişdir. Uzunmüddətli hadisələr arasındakı fərqlilik log-rank testli Kaplan-Mayer analizi ilə ortaya qoyulmuşdur.

P dəyərinin $<0,05$ olması statistiki olaraq əhəmiyyətli qəbul edildi. Bütün etibar intervalları 95% nisbətində hesablanmışdır.

MÜAYİNƏLƏRİN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Ümumiyyətlə, tədqiqata miokardial revaskulyarizasiya (MR) əməliyyatı keçirmiş 1414 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrdən 699-da perkutan transluminal koronar angioplastika (PTKA) və 715-də isə aorta-koronar şuntlama (AKŞ) əməliyyatı icra edilmiş və onların nəticələri müqayisəli təhlil edilmişdir. Xəstələr miokardial revaskulyarizasiyadan sonra təqribən 5 il müddətində müşahidə olunmuşlar (orta müşahidə müddəti – 61,5 ay).

MR sonrası müşahidə müddətində diabeti olmayan xəstələrin 94,6% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,4%), diabeti olan xəstələrin 90,8% yaşamışdır (ölüm faizi – 9,2%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilir ($p=0,007$). Başqa sözlə şəkərli diabetin olması MR sonrası ölüm hallarını 1,7 dəfə artırır.

MR sonrası diabeti olmayan kişi xəstələrin 94,4% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,6%), diabeti olan kişi xəstələrin 91,9% yaşamışdır (ölüm faizi – 8,1%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilir ($p=0,04$). Şəkərli diabetin olması kişi xəstələrdə MR sonrası ölüm hallarını əhəmiyyətli dərəcədə artırır.

MR sonrası diabeti olmayan qadın xəstələrin 96,1% yaşadığı halda (ölüm faizi – 3,9%), diabeti olan qadınların 87,3% yaşamışdır (ölüm faizi – 12,7%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,014$). Şəkərli diabetin olması qadın xəstələrdə MR sonrası ölüm hallarını 3,6 dəfə artırır.

Kaplan-Mayer yaşam analizi dinamik olaraq bütün müşahidə müddətində bu fərqlin olmasını göstərir ($p<0,05$).

Miokardial revaskulyarizasiyadan sonra ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, ölüm halları, diabeti olan xəstələrin 54,1%-də kardial, 10,8%-də ekstrakardial, 35,1%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Diabeti olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 60,7%-i kardial, 9,8%-i ekstrakardial, 29,5%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Miokardial revaskulyarizasiyadan sonra kişi və qadın xəstələrdə ölüm səbəblərini müqayisəli təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, diabeti olan kişi xəstələrin 60%-də kardial, 12%-də ekstrakardial, 28%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur. Diabeti olan qadın xəstələrdə ölüm hallarının 41,7%-i kardial, 8,3%-i ekstrakardial, 50%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, şəkərli diabet 2-ci tip xəstəliyi olan kişi və qadın cinsli pasientlərdə revaskulyarizasiyadan sonra ölüm hallarının təhlili göstərir ki, şəkərli diabet olan kişilərdə MR sonrası ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən olsa da, ŞD olan qadınlarda MR sonrası ölüm halları əsasən ekstrakardial səbəblərdən baş verir.

Ekstrakardial arteriopatiyanın miokardial revaskulyarizasiyanın nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün arteriopatiyası olan və olmayan qruplarda araşdırma aparılmışdır.

MR sonrası müşahidə müddətində ekstrakardial arteriopatiyası olmayan xəstələrin 94,0% yaşadığı halda (ölüm faizi - 6,0%), arteriopatiyası olan xəstələrin 86,4% yaşamışdır (ölüm faizi – 13,6%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilir ($P=0,005$). Ekstrakardial arteriopatiyanın olması MR sonrası ölüm hallarını təqribən 2,5 dəfə artırır. Kaplan-Mayer yaşam analizi dinamik olaraq bu fərqi ilk həftələrdən etibarən müşahidə olunmasını göstərir ($p=0,007$)

MR sonrası ekstrakardial arteriopatiyası olmayan kişi xəstələrin 94,0% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,0%), arteriopatiyası olan kişi xəstələrin 90,3% yaşamışdır (ölüm faizi – 9,7%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,264$). Ekstrakardial arteriopatiyanın olması kişi xəstələrdə MR sonrası ölüm hallarını artırırsa da, bu statistik əhəmiyyət kəsb etməmişdir.

MR sonrası ekstrakardial arteriopatiyası olmayan qadın xəstələrin 94,1% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,9%), arteriopatiyası olan qadın xəstələrin 76,9% yaşamışdır (ölüm faizi – 23,1%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə

əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,002$). Arteriopatiyanın olması qadın xəstələrdə MR sonraki ölüm hallarını 3,9 dəfə artırmışdır.

Miokardial revaskulyarizasiyadan sonra ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, ekstrakardial arteriopatiası olan xəstələrin 53,8%-də kardial, 7,7%-də ekstrakardial, 38,5%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Ekstrakardial arteriopatiası olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 58,8%-i kardial, 10,6%-i ekstrakardial, 30,6%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Miokardial revaskulyarizasiyadan sonra kişi və qadın xəstələrdə ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, ekstrakardial arteriopatiası olan kişi xəstələrin 62,2%-də kardial, 9,5%-də ekstrakardial, 28,4%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur. Arteriopatiası olan qadın xəstələrdə ölüm hallarının 36,4%-i kardial, 18,2%-i ekstrakardial, 45,5%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, ekstrakardial arteriopatiası olan pasientlərdə revaskulyarizasiyadan sonra ölüm hallarının kişilərdə MR sonraki ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən olsa da, ekstrakardial arteriopatiası olan qadınlarda MR sonrası ölüm halları əsasən ekstrakardial və bəd xassəli şiş səbəblərindən baş verir.

Atım fraksiyasının (AF) miokardial revaskulyarizasiyanın nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün AF 35%-dən aşağı və 35%-dən yuxarı olan alt qruplarda araşdırma aparılmışdır. AF aşağı və yuxarı olan xəstələrdə miokardial revaskulyarizasiyadan sonraki 5 il müşahidə müddətində AF 35%-dən aşağı olan xəstələrin 87,3% yaşadığı halda (ölüm faizi – 12,7%), AF 35%-dən yuxarı olan xəstələrin 94,6% yaşamışdır (ölüm faizi – 5,4%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,00067$). AF 35%-dən aşağı olması MR sonrası ölüm hallarını 2,5 dəfə artırır.

Kaplan-Mayer yaşam analizi dinamik olaraq bu fərqi ilk həftələrdən etibarən müşahidə olunmasını göstərir .

MR sonrası AF 35%-dən aşağı olan kişi xəstələrin 88,1% yaşadığı halda (ölüm faizi – 11,9%), AF 35%-dən yuxarı olan kişi xəstələrin 94,9% yaşamışdır (ölüm faizi – 5,1%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar

edildi ($p=0,000297$). AF 35%-dən aşağı olması kişi xəstələrdə MR sonrası ölüm hallarını əhəmiyyətli dərəcədə artırır. MR sonrası AF 35%-dən aşağı olan qadın xəstələrin 78,9% yaşadığı halda (ölüm faizi - 21,1%), AF 35%-dənyuxarı olan qadın xəstələrin 92,9% yaşamışdır (ölüm faizi - 7,1%).

Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,036$). AF 35%-dən aşağı olması qadın xəstələrdə MR sonrası ölüm hallarını orta hesabla 3 dəfə artırmışdır.

Miokardial revaskulyarizasiyadan sonraki ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, atım fraksiyası 35%-dən aşağı olan xəstələrin 75,9%-də kardial, 24,1%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Atım fraksiyası 35%-dənyuxarı olan xəstələrdə ölüm hallarının 52,5%-i kardial, 14,8%-i ekstrakardial, 32,8%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, atım fraksiyası 35%-dən aşağı xəstələrdə ölüm səbəbləri arasında kardial səbəblər üstünlük təşkil edir. Atım fraksiyası 35%-dənyuxarı olan xəstələrdə isə ölüm səbəbləri arasında kardial və digər səbəblər, demək olar ki, eyni səviyyə təşkil edir.

Xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyinin (XOAX) miokardial revaskulyarizasiya nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün XOAX olan və olmayan qruplarda araşdırma aparılmışdır. XOAX olan və olmayan xəstələrdə miokardial revaskulyarizasiyadan sonraki 5 il müşahidə müddətində XOAX olmayan xəstələrin 93,5% yaşadığı halda (ölüm faizi - 6,5%), XOAX olan xəstələrin 90,7% yaşamışdır (ölüm faizi - 9,3%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.401$). Beləliklə, XOAX olması MR sonrası yaşam müddətinə əhəmiyyətli təsir etmir.

Miokardial revaskulyarizasiyadan sonra ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, XOAX olan xəstələrin 33,3%-də kardial, 16,7%-də ekstrakardial, 50,0%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

XOAX olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 59,8%-i kardial, 9,8%-i ekstrakardial, 30,4%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Kəskin koronar sindromun (KKS) miokardial revaskulyarizasiya nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün qeyri-stabil stenokardiya (QSS) və miokard infarktı (Mİ) olan qruplarda araşdırma aparılmışdır. QSS və Mİ olan xəstələrdə miokardial revaskulyarizasiyadan sonrakı 5 il müşahidə müddətində QSS olan xəstələrin 94,1% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,9%), Mİ olan xəstələrin 91,5%-i yaşamışdır (ölüm faizi – 8,5%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,096$). Kaplan-Mayer yaşam analizi dinamik olaraq bu fərqi müşahidənin əvvəllərində əhəmiyyətli olmadığını bir daha göstərir .

MR sonrası QSS olan kişi xəstələrin 94,5% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,5%), Mİ olan kişi xəstələrin 91,7%-i yaşamışdır (ölüm faizi – 8,3%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilmir ($p=0,08$).

MR sonrası QSS olan qadın xəstələrin 92,0% yaşadığı halda (ölüm faizi–8,0%), Mİ olan qadın xəstələrin 89,7% yaşamışdır (ölüm faizi–10,3%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilmir ($p=0,0645$).

Miokardial revaskulyarizasiyadan sonra ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, qeyri-stabil stenokardiya xəstələrin 64,3%-də kardial, 11,9%-də ekstrakardial, 23,8%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Miokard infarktı olan xəstələrdə ölüm hallarının 64,0%-i kardial, 4,0%-i ekstrakardial, 32,0%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, qeyri-stabil stenokardiya və miokard infarktı olan xəstələrdə revaskulyarizasiyadan sonrakı ölüm hallarının əsasən kardial səbəblərdən baş verir.

MÜXTƏLİF RİSK AMİLLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ PERKUTAN TRANSLUMİNAL KORONAR ANGİOPLASTİKANIN UZAQ NƏTİCƏLƏRİ

Miokardial revaskulyarizasiya olunmuş 1414 xəstədən 699-da perkutan transluminal koronar angioplastika (PTKA) əməliyyatı icra edilərkən, onun nəticələri təhlil edilmişdir.

Şəkərli diabetin mövcudluğunun PTKA nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün diabet olan və olmayan alt qruplarda araşdırma aparılmışdır.

Göründüyü kimi, PTKA sonrakı müşahidə müddətində diabeti olmayan xəstələrin 93,8% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,2%), diabeti olan xəstələrin 90,6% yaşamışdır (ölüm faizi – 9,4%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir. Şəkərli diabetin olması PTKA sonrası ölüm hallarını bir qədər artırsa da bu statistik əhəmiyyətli dərəcəyə çatmamışdır ($p=0,147$).

PTKA sonrası müşahidə müddətində diabeti olmayan kişi xəstələrin 94,5%-i yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,5%), diabeti olan kişilərin 91,6%-i yaşamışdır (ölüm faizi – 8,4%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizlərində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir.

ŞD-in mövcudluğu kişi xəstələrdə PTKA-dan sonrakı ölüm hallarını bir qədər artırsa da bu statistik əhəmiyyətli fərq deyil ($p=0,077$).

PTKA sonrası müşahidə müddətində diabeti olmayan qadın xəstələrin 95,3%-i yaşadığı halda (ölüm faizi – 4,7%), diabeti olan qadınlardan 87,5%-i yaşamışdır (ölüm faizi – 12,5%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir. ŞD-in olması qadın xəstələrdə MR sonrası ölüm hallarını təqribən 3 dəfə artırmışdır ($p=0,044$). Beləliklə, ŞD-in olması qadın xəstələrdə PTKA sonrası yaşam müddətinə təsir edən amillərdəndir.

PTKA sonrası ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, diabeti olan xəstələrin 57,1%-də kardial, 11,4%-də ekstrakardial, 31,4%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Diabeti olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 61,8%-i kardial, 9,1%-i ekstrakardial, 29,1%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, PTKA sonrası xəstələrdə ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, ŞD olan və olmayan xəstələrdə PTKA sonrası ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən baş verir.

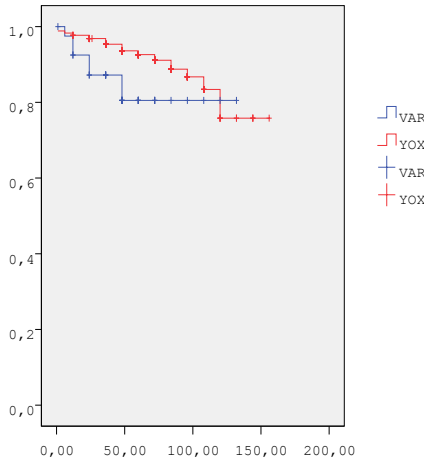
MACCE faiz nisbətində (DM olanlarda 25.7%, DM olmayanlarda 20.3%, $p=0.133$), təkrar revaskulyarizasiyada (DM olanlarda 15.4%, DM olmayanlarda 13.6%, $p=0.55$) və insultun rast gəlmə tezliyində (DM olanlarda 1.1%, DM olmayanlarda 0.8%, $p=0.689$) iki

qrup arasında fərq aşkar edilməmişdir. PTKA qrupunda Kaplan –Mayer yaşama analizinin təhlili zamanı şəkərli diabeti olan xəstələrdə ölüm hallarının daha çox rast gəlmə tezliyinə baxmayaraq fərq statistik dürüst olmamışdır ($p=0.122$).

Ekstrakardial arteriopatiyanın PTKA nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün arteriopatiyası olan və olmayan qruplarda araşdırma aparılmışdır.

PTKA sonrası müşahidə müddətində ekstrakardial arteriopatiyası olmayan xəstələrin 93,2% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,8%), arteriopatiyası olan xəstələrin 66,7% yaşamışdır (ölüm faizi – 33,3%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,011$). Ekstrakardial arteriopatiyanın olması PTKA sonrası ölüm hallarını orta hesabla 1,5 dəfə artırır. Kaplan-Mayer yaşama analizi dinamik olaraq bu fərqin ilk həftələrdən etibarən müşahidə olunmasını göstərir ($p=0,04$). PTKA sonrası EA olanlarla olmayanların müqayisəsində MACCE faiz nisbətində ($p=0.49$), təkrar revaskulyarizasiyada ($p=0.320$) və insult hallarında ($p=0.819$) fərq aşkarlanmamışdır

PTKA sonrası ekstrakardial arteriopatiyası olmayan kişi xəstələrin 93,1% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,9%), arteriopatiyası olan kişi xəstələrin 75,0% yaşamışdır (ölüm faizi – 25,0%) (Şəkil 1).



Şəkil 1. Ekstrakardial arteriopatiyası olan və olmayan xəstələrdə PTKA sonrakı Kaplan-Mayer yaşama analizi. Absis oxu üzrə

müşahidə müddəti (həftələrlə), ordinat oxu üzrə yaşayan xəstələrin nisbi sayı.

Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq

Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,159$). Ekstrakardial arteriopatiyanın olması kişi xəstələrdə PTKA sonrası ölüm hallarını artırsa da, bu statistik əhəmiyyətli deyərə çatmamışdır.

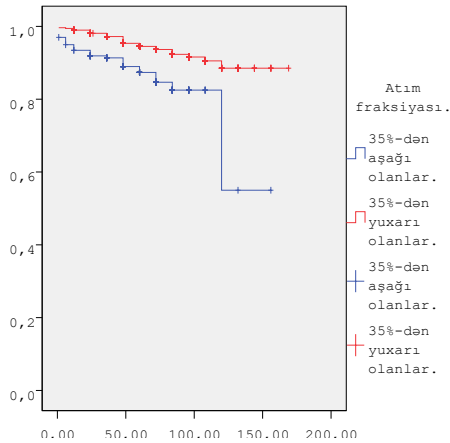
PTKA sonrası ekstrakardial arteriopatiyası olmayan qadınlarda 94,1% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,9%), arteriopatiyası olan qadın xəstələrin 50,0% yaşamışdır (ölüm faizi – 50,0%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,015$). Arteriopatiyanın olması qadın xəstələrdə PTKA-dan sonrakı ölüm hallarını təqribən 8 dəfə artırır.

PTKA sonrası ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, ekstrakardial arteriopatiyası olan xəstələrin 53,8%-də kardial, 7,7%-də ekstrakardial, 38,5%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Ekstrakardial arteriopatiyası olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 60,5%-i kardial, 7,0%-i ekstrakardial, 32,6%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Atım fraksiyasının (AF) PTKA-nın sonrakı nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün AF 35%-dən aşağı və 35%-dən yuxarı olan alt qruplarda araşdırma aparılmışdır. PTKA sonrası müşahidə müddətində AF 35%-dən aşağı olan xəstələrin 87,3% yaşadığı halda (ölüm faizi – 12,7%), AF 35%-dən yuxarı olan xəstələrin 94,6% yaşamışdır (ölüm faizi – 5,4%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,00067$). AF 35%-dən aşağı olması PTKA-dan sonrakı ölüm hallarının sayını 2,5 dəfə artırır. Bununla belə MACCE faizi nisbətində (AF 35-dən az olanlar 25.4%, AF 35%-dən çox olanlar 21%, $p=0.280$), təkrar revaskulyarizasiyada (AF 35-dən az olanlar 9.1%, AF 35-dən çox olanlar 15.1%, $p=0.084$) və insult hallarında ($p=0.959$) iki qrup arasında fərq aşkarlanmamışdır.

Kaplan-Mayer yaşama analizi dinamik olaraq bu fərqin ilk həftələrdən etibarən müşahidə olunmasını göstərir. $p=0.038$ (Şəkil 2)



Şəkil 2. Atım fraksiyası 35%-dən aşağı və 35%-dən yuxarı olan xəstələrdə xəstələrdə PTKA –dan sonra Kaplan-Mayer yaşama analizi. Absis oxu üzrə müşahidə müddəti (həftələrlə), ordinat oxu üzrə yaşayan xəstələrin nisbi sayı. $p=0.038$

PTKA sonrası AF 35%-dən aşağı olan kişi xəstələrin 88,1% yaşadığı halda (ölüm faizi – 11,9%), AF 35%-dən yuxarı olan kişi xəstələrin 94,9% yaşamışdır (ölüm faizi – 5,1%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,000297$). AF 35%-dən aşağı olması kişi xəstələrdə MR sonrası ölüm hallarını əhəmiyyətli dərəcədə artırır.

PTKA sonrası AF 35%-dən aşağı olan qadınların 78,9% yaşadığı halda (ölüm faizi - 21,1%), AF 35%-dən yuxarı olan qadınların – 92,9% yaşamışdır (ölüm faizi – 7,1%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,036$). AF 35%-dən aşağı olması qadın xəstələrdə PTKA-dan sonrakı ölüm hallarını orta hesabla 3 dəfə artırır.

PTKA-dan sonra ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, atım fraksiyası 35%-dən aşağı xəstələrin 75,9%-də kardial, 24,1%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Atım fraksiyası 35%-dən yuxarı olan xəstələrdə ölüm hallarının 52,5%-i kardial, 14,8%-i ekstrakardial, 32,8%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, PTKA-dan sonra ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, atım fraksiyası 35%-dən aşağı xəstələrdə ölüm səbəbləri arasında kardial səbəblər üstünlük təşkil edir. Atım fraksiyası 35%-dən yuxarı olan xəstələrdə isə ölüm səbəbləri arasında kardial və digər səbəblər demək olar ki, eynidir.

Xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyinin (XOAX) PTKA nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün aparılmış araşdırmamız göstərmişdir ki, PTKA sonrası müşahidə müddətində XOAX olmayan xəstələrin 93,2% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,8%), XOAX olan xəstələrin 77,8% yaşamışdır (ölüm faizi – 22,2%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,71$).

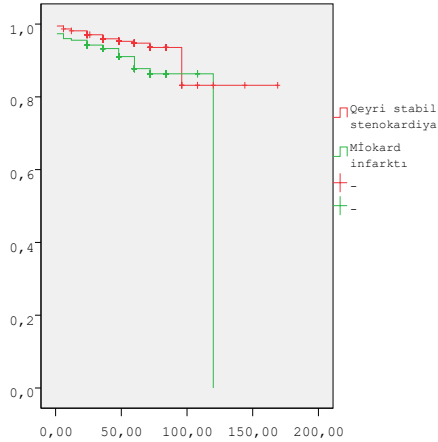
PTKA sonrası ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, XOAX olmayan xəstələrin 64,4%-də kardial, 6,7%-də ekstrakardial, 28,9%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Kəskin koronar sindromun (KKS) PTKA-dan sonrakı nəticələrinə təsirini qiymətləndirərkən aydın olmuşdur ki, PTKA sonrası müşahidə müddətində QSS olan xəstələrin 94,6% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,4%), ST-yüksəlməsi olmayan Mİ olan xəstələrin 90,3%-i yaşamışdır (ölüm faizi – 9,7%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,034$). Kaplan-Mayer yaşama analizi dinamik olaraq bu fərqi müşahidənin əvvəllərindən etibarən əhəmiyyətli olduğunu göstərmişdir.

PTKA sonrası QSS olan kişilərin 94,5% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,5%), Mİ olan kişilərin 90,5%-i yaşamışdır (ölüm faizi – 9,5%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,06$).

PTKA sonrası QSS olan qadınların 95,0% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,0%), Mİ olan qadınların 88,9% yaşamışdır (ölüm faizi – 11,1%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,29$).

PTKA sonrakı sonra ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, qeyri-stabil stenokardiya xəstələrin 66,7%-də kardial, 9,5%-də ekstrakardial, 23,8%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur (Şəkil 3).



Şəkil 3. Qeyri-stabil stenokardiya və miokard infarktı olan xəstələrdə PTKA-dan sonrakı Kaplan-Mayer yaşama analizi. Absis oxu üzrə müşahidə müddəti (həftələrlə), ordinat oxu üzrə yaşayan xəstələrin nisbi sayı ($p=0,01$).

Mİ-tı olan xəstələrdə ölüm hallarının 61,5%-i kardial, 3,8%-i ekstrakardial, 34,6%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, qeyri-stabil stenokardiya və miokard infarktı olan xəstələrdə PTKA-dan sonrakı ölüm hallarının təhlili göstərir ki, hər iki alt qrupda ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən baş verir.

Arterial hipertenziyanın PTKA-dan sonrakı nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün aparılmış araşdırmalardan məlum olmuşdur ki, PTKA-dan sonrakı 5 il müşahidə müddətində hipertenziyası olmayan xəstələrin 94,0% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,0%), hipertenziyası olan xəstələrin 91,4% yaşamışdır (ölüm faizi – 8,6%). Yəni hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir. Hipertenziyanın olması PTKA-dan sonrakı ölüm hallarını bir qədər artırsa da, statistik əhəmiyyətli fərq olmamışdır ($p=0,186$).

PTKA-dan sonrakı müşahidə müddətində hipertenziyası olmayan kişi xəstələrin 94,0%-i yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,0%), hipertenziyası olan kişilərin 91,1%-i yaşamışdır (ölüm faizi – 8,9%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli

fərq aşkar edilmişdir. Hipertenziyanın olması PTKA-dan sonrakı ölüm hallarını bir qədər artırsa da, statistik cəhətdən etibarlı fərq geyd edilməmişdir ($p=0,19$). PTKA-dan sonrakı müşahidə müddətində hipertenziyası olmayan qadınların 94,3%-i yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,7%), hipertenziyası olan qadınların 92,3%-i yaşamışdır (ölüm faizi – 7,7%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,72$). PTKA-dan sonrakı ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, hipertenziyası olan xəstələrin 77,3%-də kardial, 22,7%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Hipertenziyası olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 63,8%-i kardial, 6,4%-i ekstrakardial, 29,8%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, PTKA-dan sonrakı xəstələrdə ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, hipertenziyası olan və olmayan xəstələrdə PTKA-dan sonrakı ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən baş verir.

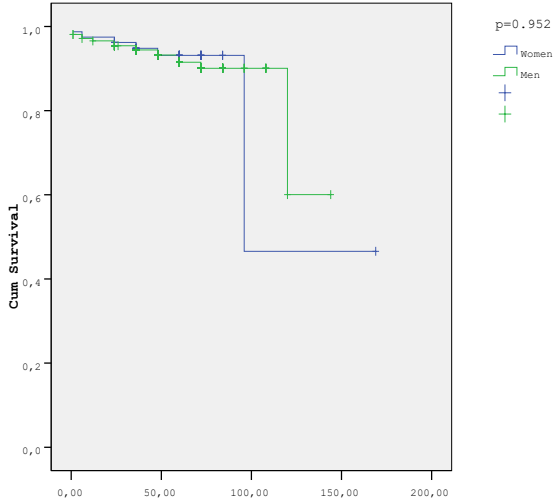
Cinslər arasındakı fərqlər. Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə PTKA ilə aparılan miokardial revaskulyarizasiyadan sonrakı 5 il müddətində cinslər arasındakı fərqlər araşdırılmışdır. Cəmi 669 xəstənin müalicə nəticələri retrospektiv təhlil edilmişdir. Bunlardan 237-si qadın (33,9%), 463-ü kişi (66,1%) xəstələrdir. ŞD (44,3%-ə qarşı 23,6%, $p=0,0034$), arterial hipertoniya xəstəliyi (60,2%-ə qarşı 36%, $p=0,00013$) və xronik böyrək çatışmazlığı (15,3%-ə qarşı 12,4%, $p=0,031$) qadınlarda kişilərə nisbətən daha çox olmuşdur.

Ürək çatışmazlı kişilərdə qadınlara nisbətən daha çox (17,3%-ə qarşı 9,1%, $p=0,003$) rastgəlinmişdir.

Bizim tədqiqatda stentləmə qadın və kişilərdə demək olar bərabər tezliklə müşahidə edilmişdir. Kaplan-Mayer yaşama analizi də göstərir ki, 5 illik təqibdə (yeni nəsil dərman örtüklü stentlərin istifadəsi ilə) hər iki cins arasında fərq aşkarlanmamışdır ($p=0,952$) (Şəkil 4).

Qanaxma və damar ağırlaşmaları qadınlarda daha çox müşahidə edilmişdir. Xəstəxanadaxili qan transfuziyasına ehtiyac qadınlarda daha çox müşahidə edilmişdir (8% və 3%, $p<0,001$). Bundan əlavə, kreatinin yüksəlməsi ilə müşayət olunan kontrastın induksiya etdiyi

nefropatiya qadınlarda daha çox rast gəlinmişdir (7%-ə qarşı 4%, $p < 0,001$). Koronar angiyoqrafiyada prosesə cəlb edilmiş damarların sayı (1.93 ± 0.86 ilə müqayisədə 1.82 ± 0.85 , $p < 0.001$) və PTKA ilə müalicə olunmuş damarların sayı (1.63 ± 1.0 ilə müqayisədə 1.58 ± 0.8 , $p = 0.05$) qadınlarda daha az olmuşdur.



Şəkil 4. PTKA-dan sonrakı 5 illik müşahidə müddətində yeni nəsil dərman örtüklü stentlərin istifadəsi baxımından cinslər arasında fərqləri göstərən Kaplan-Mayer yaşama analizi. Absis oxu üzrə müşahidə müddəti (həftələrlə), ordinat oxu üzrə yaşayan xəstələrin nisbi sayı ($p = 0,952$).

PTKA-dan sonrakı 30 gün müddətində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları qadınlarda daha yüksək olmuşdur (qadınlarda – 4,1%, kişilərdə – 2,9%, $p = 0,02$). Lakin 5 il sonra cinslər arasında ölüm halları əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir ($p = 0,959$) (cədvəl 2).

Cədvəldən görüldüyü kimi, PTKA-dan sonrakı 30 gün müddətində MACCE qadınlarda daha yüksək olsa da (9,5%-ə qarşı 7,1%, $p = 0,01$), 5 illik müşahidədə kişi və qadınlar arasında əhəmiyyətli fərqlənməmişdir (22,7%-ə qarşı 21,6%, $p = 0,811$).

PTKA-dan sonrakı 30 gün və 5 il sonra rast gəlinən böyük kardivaskulyar və serebrovaskulyar hallar (MACCE)

Hallar	30 günlük müşahidə (%)			5 illik müşahidə (%)		
	Qadın (n=237)	Kişi (n=463)	P	Qadın (n=237)	Kişi (n=463)	P
MACCE	9,5%	7,1%	0,01	22,7%	21,6%	0,811
Miokard infarktı	1,1%	0,7%	0,616	9,1%	5,2%	0,146
Bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları	4,1%	2,9%	0,02	8,9%	9,2%	0,959
İnsult	0,2%	0,3%	0,704	1,8%	2,1%	0,351
Təkrari revaskulyarizasiya	0,25%	0,46%	0,510	18,5%	16,6%	0,389
Birincili sonlanma nöqtəsi	3,4%	3,9%	0,813	17,6%	15,4%	0,751

PTKA-dan sonrakı 30 gün müddətində təkrar revaskulyarizasiya tezliyi qadınlarda (0,25%) kişilərə nisbətən (0,46%) yüksək olsada statistic dürüst olmamışdır ($p=0,510$). 5 il sonra isə təkrari revaskulyarizasiyaya 18,5% qadında, 16,6% kişidə ehtiyac yaranmışdır ($p=0,389$).

PTKA sonrası 30 gün müddətində kişi qrupu ilə müqayisədə qadın qrupunda daha çox insult müşahidə edilsədə statistic dürüst olmamışdır ($p=0,704$). 5 il sonrakı dövrdə isə hər iki cins üçün insult tezliyində əhəmiyyətli fərq müşahidə edilməmişdir ($p=0,351$).

ŞD-in qadınlarda kişilərə nisbətən rastgəlmə tezliyi daha yüksək olmuşdur və hər iki cinsdə MACCE-nin səbəblərindən əsası olmuşdur. Kişilərdə daha çox müşahidə edilən ürək çatışmazlığı, MACCE-nin hər iki cinsdə tez-tez rastgəlinən səbəblərindəndir. Prosedurdan 5 il sonra ŞD olan xəstələrin müşahidəsində hər iki cinsdə MACCE ($p=0,835$) və ölüm halları ($p=0,405$) baxımından fərq aşkarlanmamışdır.

**MÜXTƏLİF RİSK AMİLLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ
AORTA-KORONAR ŞUNTLAMANIN UZAQ NƏTİCƏLƏRİ**

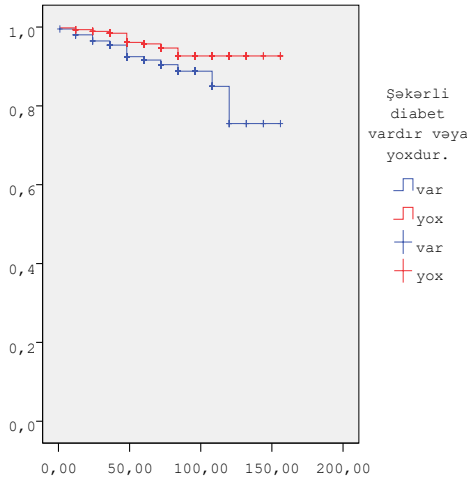
Miokardial revaskulyarizasiya olunmuş 1414 xəstədən 715-də aorta-koronar şuntlama (AKŞ) əməliyyatı aparılmışdır. Bütün xəstə-

lərdə AKŞ əməliyyatının uzaq nəticələri - 5 il ərzində yaşama müddətləri, və, ölüm səbəbləri təhlil edilmişdir. Ölüm səbəbləri arasında kardial və ekstrakardial səbəblər araşdırılmışdır.

Şəkərli diabetin AKŞ nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün diabeti olan və olmayan alt qruplarda araşdırma aparılmışdır. AKŞ-dan sonrakı müşahidə müddətində diabeti olmayan xəstələrin 95,3% yaşadığı halda (ölüm faizi – 4,7%), diabeti olan xəstələrin 90,6% sağ qalmışdır (ölüm faizi – 9,4%). ŞD-in olması AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarını 2 dəfə artırmışdır ($p=0,016$). Beləliklə, ŞD-in olması AKŞ-dan sonrakı yaşama müddətinə təsir edən amillərdəndir.

Şəkərli diabeti olan və olmayan xəstələrdə AKŞ-dan sonrakı Kaplan-Mayer yaşama analizi. Absis oxu üzrə müşahidə müddəti (həftələrlə), ordinat oxu üzrə yaşayan xəstələrin nisbi sayı.

AKŞ-dan sonrakı müşahidə müddətində diabeti olmayan kişi xəstələrin 95,4%-i yaşadığı halda (ölüm faizi – 4,6%), diabeti olan kişilərin 92,3%-i sağ qalmışdır (ölüm faizi – 7,7%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir. ŞD-in olması AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarını bir qədər artırsa da, statistik cəhətdən etibarlı fərqlənməmişdir ($p=0,142$) (Şəkil 5).



Şəkil 5. Kaplan–Mayer yaşama analizi ŞD-ti olan xəstələrdə ölüm hallarının çox rast gəlməsini və bu fərqlənmənin ilk həftələrindən etibarən başlanmasını göstərmişdir ($p=0,018$).

AKŞ-dan sonrakı müşahidə müddətində diabeti olmayan qadın xəstələrin 94,9%-i yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,1%), diabeti olan qadınların 86%-i sağ qalmışdır (ölüm faizi – 14%). ŞD-in olması AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarını bir qədər artırsa da, statistik cəhətdən etibarlı fərq izlənməmişdir ($p=0,11$).

AKŞ sonrası ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, diabeti olan xəstələrin 42,1%-də kardial, 10,5%-də ekstrakardial, 47,4%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Diabeti olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 66,7%-i kardial, 16,7%-i ekstrakardial, 16,7%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur. Beləliklə, AKŞ-dan sonrakı xəstələrdə ölüm halları ŞD olan və olmayan xəstələrdə əsasən kardial səbəblərdən baş verir.

AKŞ qrupunda MACCE faiz nisbəti (DM olanlarda 23.4%, DM olmayanlarda 14.5%, $p=0.004$) diabeti olan xəstələrdə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur. AKŞ qrupunda insult hallarının rast gəlmə tezliyində (DM olanlarda 4.1%, DM olmayanlarda 2.6%, $p=0.305$) və təkrar revaskulyarizasiyada (DM olanlarda 11.7%, DM olmayanlarda 8.1%, $p=0.12$) iki qrup arasında fərq aşkar edilməmişdir.

Ekstrakardial arteriopatiyanın AKŞ-dan sonrakı nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün aparılmış araşdırmalardan aydın olmuşdur ki, AKŞ-dan sonrakı müşahidə müddətində ekstrakardial arteriopatiyası olmayan xəstələrin 94,7% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,3%), arteriopatiyası olan xəstələrin 87,3% sağ qalmışdır (ölüm faizi – 12,7%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,01$). Ekstrakardial arteriopatiyanın olması AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarını orta hesabla 2,5 dəfə artırır və yaşama müddətinə təsir edən ciddi bir amil kimi dəyərləndirilə bilər. Kaplan-Mayer yaşama analizi dinamik olaraq bu fərqin ilk həftələrdən etibarən müşahidə olunmasını göstərir ($p=0,02$).

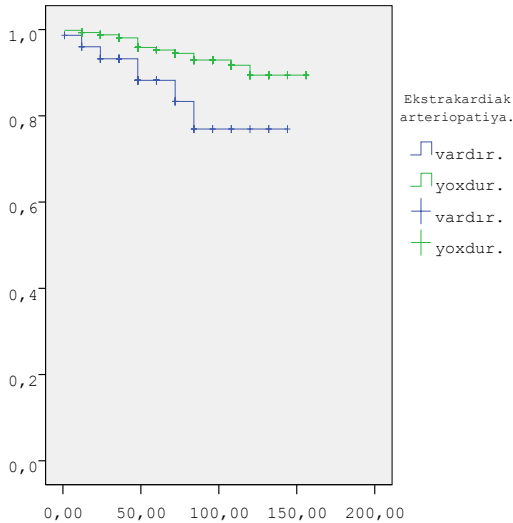
Ekstrakardial arteriopatiyası olmayan kişi xəstələrin AKŞ-dən sonrakı 5 il ərzində 94,9% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,1%), arteriopatiyası olan kişi xəstələrin 91,1% sağ qalmışdır (ölüm faizi - 8,9%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli statistik fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,228$). Ekstrakardial arteriopatiyanın olması kişi xəstələrdə AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarını artırsa da, fərq statistik əhəmiyyətli olmamışdır.

AKŞ-dan sonrakı ekstrakardial arteriopatiyası olmayan qadınların 93,5% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,5%), arteriopatiyası olan qadınların isə 78,3% sağ qalmışdır (ölüm faizi – 21,7%).

Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,025$). Arteriopatiyanın olması qadınlarda AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarını orta hesabla 3 dəfə artırır və qadın xəstələrdə AKŞ-dan sonrakı yaşama müddətinə təsir edən xüsusi bir amil kimi dəyərləndirilə bilər.

AKŞ sonrası ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, ekstrakardial arteriopatiyası olan xəstələrin 45,5%-də kardial, 9,1%-də ekstrakardial, 45,5%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Ekstrakardial arteriopatiyası olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 59,4%-i kardial, 15,6%-i ekstrakardial, 25%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur (Şəkil 6).



Şəkil 6. Ekstrakardial arteriopatiyası olan və olmayan xəstələrdə AKŞ-daan sonrakı Kaplan-Mayer yaşama analizi. Absis oxu üzrə müşahidə müddəti (həftələrlə), ordinat oxu üzrə yaşayan xəstələrin nisbi sayı $p=0.02$

Beləliklə, ekstrakardial arteriopatiyası olan və olmayan pasientlərdə AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarının təhlili göstərir ki, arteriopatiyası olmayanlarda ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən olsa da, ekstrakardial arteriopatiyası olanlarda ölüm halları kardial və ekstrakardial səbəblərindən demək olar ki, eyni tezliklə baş verir.

AKŞ qrupunda ekstrakardiyak arteriopatiyası olan xəstələrdə olmayanlarla müqayisədə MACCE faiz nisbətində ($p=0.871$), təkrar revaskulyarizasiyada ($p=0.057$) və insult hallarında ($p=0.288$) fərq aşkarlanmamışdır.

AKŞ qrupunda ekstrakardial arteriopatiya qadın xəstələrin 20,7%-də, kişilərin isə 9,9%-də müşahidə edilmişdir ($p=0,001$). XOAX olan xəstələrdə ekstrakardial arteriopatiya demək olar ki, eyni tezlikdə rast gəlinmişdir ($p=0,905$). Diabetik xəstələrdə (17,6%) diabeti olmayanlarla (9,1%) müqayisədə ekstrakardial arteriopatiya daha çox rast gəlinmişdir ($p=0,001$).

Ekstrakardial arteriopatiya qanda kreatin səviyyəsi yüksək olanlarda 20,7%, normal kreatin səviyyəsi olanlarda isə 11,3% rast gəlinmişdir, fərq statistik əhəmiyyətli olmamışdır ($p=0,125$).

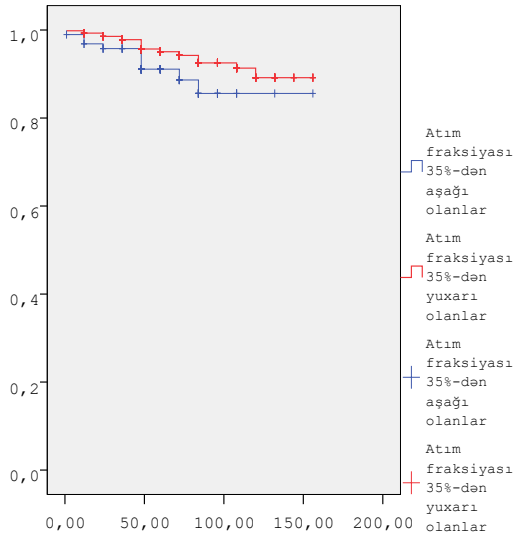
Ekstrakardial arteriopatiya hipertenziyası olan xəstələrin 13%-də, olmayanların isə 8,8%-də rast gəlinmişdir ($p=0,111$). Ekstrakardial arteriopatiya QSS ilə müraciət etmiş xəstələrin 11,5%-də, Mİ ilə müraciət etmiş xəstələrin isə 13%-də müşahidə edilmişdir ($p=0,667$).

Ekstrakardial arteriopatiya AF 35%-dən aşağı olanların 17,9%-də, AF 35%-dən yuxarı olanların 10,6%-də müşahidə edilmişdir ($p=0,31$). AKŞ-dan sonrakı 5 illik müşahidə müddətində ekstrakardial arteriopatiya olanlarda ölüm faizi 33,3%, olmayanlarda – 6,8% olmuşdur ($p=0,011$). Beləliklə, ekstrakardial arteriopatiya AKŞ-dan sonrakı yaşama müddətinə təsir edən amil kimi dəyərləndirilə bilər.

Atım fraksiyasının (AF) səviyyəsinin AKŞ-nın nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün AF 35%-dən aşağı və 35%-dən yuxarı olan alt qruplarda araşdırma aparılmışdır. AKŞ-dan sonrakı müşahidə müddətində AF 35%-dən aşağı olan xəstələrin 90,3% yaşadığı halda (ölüm faizi – 9,7%), AF 35%-dənyuxarı olan xəstələrin – 94,5% sağ qalmışdır (ölüm faizi – 5,5%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,135$). AF 35%-dən aşağı olması AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarının sayını bir

qədər artırsa da, bu fərq statistik dürüst olmamışdır. AKŞ qrubunda MACCE faizi nisbətində (AF 35%-dən az olanlar 16%, AF 35%-dən çox olanlar 17.5%, $p=0.711$), təkrar revaskulyarizasiyada (AF 35%-dən az olanlar 7.5%, AF 35%-dən çox olanlar 9,5% ($p=0.522$) və insult hallarında (AF 35%-dən az olanlar 1%, AF 35%-dən az olanlar 3.4%, $p=0.169$) hər iki qrup arasında fərq aşkarlanmamışdır.

AF 35%-dən aşağı olan kişi xəstələrin AKŞ-dən sonrakı 5 il ərzində 92,7% yaşadığı halda (ölüm faizi – 7,3%), AF 35%-dənyuxarı olan kişi xəstələrin 94,9% sağ qalmışdır (ölüm faizi – 5,1%) (Şəkil 7).



Şəkil 7. Kaplan-Mayer yaşama anizini gözdən keçirdikdə atım fraksiyası 35%-dən aşağı olanlarda ölüm hallarının AKŞ-dən sonrakı ilk həftələrdən etibarən daha çox olmasını ($p=0,049$) aşkarlamışdır.

Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,386$). AF 35%-dən aşağı olması AKŞ-dən sonrakı ölüm hallarının sayını bir qədər artırsa belə bu fərq statistik əhəmiyyətsiz olmuşdur.

AF 35%-dən aşağı olan qadınların AKŞ-dən sonrakı 5 il ərzində 57,1% yaşadığı halda (ölüm faizi – 42,9%), AF 35%-dən yuxarı olan qadınların 92,7% sağ qalmışdır (ölüm faizi – 7,3%). Hər iki alt qrupda

yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir ($p=0,002$). AF 35%-dən aşağı olması qadınlarda AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarının sayını orta hesabla 6 dəfə artırmışdır. Beləliklə, atım fraksiyasının həcmi qadınlarda AKŞ-dan sonrakı yaşama müddətinə təsir edən xüsusi bir amil kimi dəyərləndirilə bilər.

AKŞ-dan sonrakı ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, atım fraksiyası 35%-dən aşağı xəstələrin 70%-də kardial, 30%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Atım fraksiyası 35%-dən yuxarı olan xəstələrdə ölüm hallarının 51,5%-i kardial, 18,2%-i ekstrakardial, 30,3%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, AKŞ-dan sonrakı ölüm səbəblərini təhlil edərkən aydın olmuşdur ki, atım fraksiyası 35%-dən aşağı xəstələrdə ölüm səbəbləri arasında kardial səbəblər üstünlük təşkil edir. Atım fraksiyası 35%-dən yuxarı olan xəstələrdə isə ölüm səbəbləri arasında kardial və digər səbəblər demək olar ki, eyni dərəcədə rast gəlir.

Xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyinin (XOAX) AKŞ-nın nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün xəstələrin XOAX olan və olmayan alt qruplarda araşdırma aparılmışdır. AKŞ-dan sonrakı müşahidə müddətində XOAX olmayan xəstələrin 93,9% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,1%), XOAX olan xəstələrin 93,3% sağ qalmışdır (ölüm faizi – 6,7%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,879$). AKŞ-dan sonrakı ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, XOAX olan xəstələrin 25%-də kardial, 25%-də ekstrakardial, 50%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

AKŞ-dan sonrakı ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, XOAX olmayan xəstələrin 69%-də kardial, 12,8%-də ekstrakardial, 28,2%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən dünyasını dəyişmişdir.

Beləliklə, XOAX olan və olmayan pasientlərdə AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarının təhlili göstərir ki, XOAX olmayanlarda ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən, XOAX olanlarda ölüm halları əsasən ekstrakardial səbəblərindən baş verir.

Kəskin koronar sindromun (KKS) AKŞ-nın nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün aparılmış araşdırmalardan aydın olmuşdur

ki, 5 il ərzində QSS olan xəstələrin 93,7% yaşadığı halda (ölüm faizi – 6,3%), ST- yüksəlməsi olmayan Mİ olan xəstələrin 94,8%-i sağ qalmışdır (ölüm faizi – 5,2%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,682$).

Eləcə də QSS və ST- yüksəlməsi olmayan Mİ olan kişilərdə AKŞ-dan sonrakı yaşam müddətində ciddi fərq aşkar edilməmişdir. Həmçinin QSS və Mİ olan qadınlarda AKŞ-dan sonrakı yaşama müddətində ciddi fərq aşkar edilməmişdir.

AKŞ-dan sonrakı ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, qeyri-stabil stenokardiya xəstələrin 55,3%-də kardial, 13,2%-də ekstrakardial, 31,6%-də isə bəd xassəli şış səbəbindən olmuşdur.

Miokard infarktı olan xəstələrdə ölüm hallarının 60%-i kardial, 20%-i ekstrakardial, 20%-i isə bəd xassəli şış səbəbindən olmuşdur.

Beləliklə, qeyri-stabil stenokardiya və ST yüksəlməsi olmayan miokard infarktı olan xəstələrdə AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarının təhlili göstərir ki, hər iki alt qrupda ölüm halları arasında kardial səbəblər üstünlük təşkil etmişdir.

Arterial hipertenziyanın AKŞ-nın nəticələrinə təsirini öyrənir-kən aydın olmuşdur ki, müşahidə müddətində hipertenziyası olmayan xəstələrin 94,7% yaşadığı halda (ölüm faizi – 5,3%), hipertenziyası olan xəstələrin 93,5% sağ qalmışdır (ölüm faizi – 6,5%). Hər iki alt qrupda yaşayan xəstələrin sayında, və ölüm faizində müqayisə zamanı əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir. Hipertenziyanın olması AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarının sayını bir qədər artırsa da, bu fərq statistik əhəmiyyətsiz olmuşdur ($p=0,567$).

Arterial hipertenziyası olmayan kişi xəstələrin müşahidə müddətində 95,1%-i yaşadığı halda (ölüm faizi - 4,9%), hipertenziyası olan kişilərin 94,3%-i sağ qalmışdır (ölüm faizi - 5,7%). Hər iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilmir. Arterial hipertenziyanın olması AKŞ sonrası ölüm hallarını bir qədər artırsa da bu statistik cəhətdən etibarlı fərq deyil ($p=0,67$).

AKŞ-dən sonrakı müşahidə müddətində hipertoniyası olmayan qadın xəstələrin 90,5%-i yaşadığı halda (ölüm faizi – 9,5%), hipertoniyası olan qadınlardan 90,5%-i sağ qalmışdır (ölüm faizi – 9,5%). Hər

iki qrupda yaşayan xəstələrin sayını, və ölüm faizini müqayisə etdikdə əhəmiyyətli fərq aşkar edilmir ($p=0,994$).

AKŞ sonrası ölüm səbəblərini təhlil edərkən məlum olmuşdur ki, bu, arterial hipertoniyası olan xəstələrin 51,5%-də kardial, 15,2%-də ekstrakardial, 33,3%-də isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur. Arterial hipertoniyası olmayan xəstələrdə ölüm hallarının 70%-i kardial, 10%-i ekstrakardial, 20%-i isə bəd xassəli şiş səbəbindən olmuşdur.

Cinslər arasındakı fərqlər. Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə AKŞ ilə aparılan miokardial revaskulyarizasiyada cinslər arasındakı fərqlər araşdırılmışdır. Araşdırmamızda alt qrup analizində AKŞ olan cəmi 715 xəstədən 596 kişi, 121 isə qadın olmuşdur. Xəstələrin yaşı cinslərə görə dəyərləndirildiyində qadınlar ($60 \pm 7,3$) kişilərə ($56,3 \pm 8,2$) nisbətən daha yaşlı olmuşlar ($p=0,00012$). Ölüm faizini dəyərləndirdiyimizdə 30 günlük müşahidə müddətində ölüm halları qadınlarda 3,4%, kişilərdə 0,5% olmuşdur ($p=0,004$). 1 illik müşahidə müddətində isə ölüm halları qadınlarda (3,5%) kişilərdən (0,7%) əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur ($p=0,012$). 5 illik müşahidə müddətində MACCE faizi qadınlarda (19%) kişilərdən (16,9%) daha yüksək olsada, bu, statistik əhəmiyyətli fərq deyil ($p=0,585$).

5 illik müşahidə müddətində bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlər qadınlarda (9,5%) kişilərlə (5,5%) müqayisədə daha çox olmuşdur ($p=0,042$). Əməliyyat vaxtı yaşın çox olması qadınlarda erkən ölümlərin səbəbini izah edə bilmir. İnsult hallarına isə kişilərdə (3,4%) qadınlardan (1,7%) daha çox rast gəlinməsinə baxmayaraq statistik əhəmiyyətli olmamışdır ($p=0,322$). Təkrar revaskulyarizasiyanın rast gəlmə tezliyində (qadınlarda 8,3%, kişilərdə 9,4%, $p=0,695$) iki cins arasında fərq aşkar edilməmişdir. Kaplan-Mayer yaşama analizinin nəticələrinə əsasən 5 illik təqibdə yaşama müddəti qadınlarda kişilərlə nisbətən azalmağa meyilli olmuşdur ($p=0,050$).

Risk amillərindən olan ŞD qadınlarda (48,8%) kişilərdən (27,3%) xeyli çox olmuşdur ($p=0,00034$). AKŞ olunan ŞD xəstələrdə 5 illik müşahidə müddətində ölüm faizi qadınlarda 14%, kişilərdə isə 7,7% faiz olmuşdur ($p=0,048$).

Ümumi sonlanma nöqtələrinə görə dəyərləndirmədə qadınların kişilərə nisbətən daha çox risk altında qaldığı görülür (18% qadınlar, 12% kişilər).

Kəskin koronar sindromlu xəstələr arasında qadınlar daha çox qeyri-stabil stenokardiya (qadınlarda – 80,9%, kişilərdə – 73,1%), kişilər isə miokard infarktına görə (kişilərdə – 26,9%, qadınlarda – 19,1%) üstünlük təşkil edir ($p=0,017$). Qadınlar kişilərə nisbətən daha yaşlı olmuş, hipertoniya və koronar arteriya xəstəliyi üçün ailə anamnezi onlarda daha çox müşahidə edilmişdir.

Ürək çatışmazlığı olan (AF 35%-dən aşağı) kişi xəstələr 16,6%, qadınlar isə 5,8% təşkil etmişdir ($p=0,002$). Kişilərdə atım fraksiyasının orta göstəricisi 47,7%, qadınlarda isə 52% olmuşdur ($p=0,00024$).

Siqaret istifadəsi kişi xəstələrin 34,7%-də, qadınların isə 1,4%-də müşahidə edilmişdir ($p=0,00021$).

MÜXTƏLİF RİSK AMİLLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ PERKUTAN TRANSLUMİNAL KORONAR ANGİOPLASTİKANIN VƏ AORTA-KORONAR ŞUNTLAMANIN UZAQ NƏTİCƏLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Ümumi olaraq çox damarlı ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formasında revaskulyarizasiyadan sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında PTKA (7%) və AKŞ (6.1%) göstəriciləri arasındakı fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.508$). MACCE faiz nisbəti PTKA-da (21.7%) AKŞ-dən (17.3%) daha yüksək olmuşdur ($p=0.035$). Təkrar revaskulyarizasiya halları PTKA (14.1%) qrupunda AKŞ (9.2%) qrupu ilə müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir ($p=0.004$). İnsult hadisəsinin rastgəlmə tezliyinə isə AKŞ-də (3.1%) PTKA-ya (0.9%) nisbətən daha çox rast gəlinmişdir və bu da ölüm hallarının əsas səbəblərindən biri kimi dəyərləndirilmişdir ($p=0.003$). Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlili zamanı (5 il müddətində) hər iki qrup arasında fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.076$).

Qadınlarda çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyində PTKA və AKŞ göstəriciləri arasında bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlərdə (PTKA 6.9%, AKŞ 9.5%, $p=0.510$), MACCE faiz nisbətində (PTKA 22.7%, AKŞ 19%, $p=0.511$), insultda (PTKA 0.2%, AKŞ 1.7%

$p=0.226$) və Kaplan-Mayer yaşama analizində ($p=0.529$) fərq aşkar edilməmişdir. Bununla belə təkrar revaskulyarizasiyanın rast gəlmə tezliyi (PTKA 17%, AKŞ 8.3% $p=0.05$) PTKA qrupunda daha çox olmuşdur.

Kişilərdə də bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlərdə (PTKA 7%. AKŞ 5.5%, $p=0.264$) fərq aşkar edilməmişdir. Bununla belə MACCE faiz nisbəti (PTKA 21.6%. AKŞ 16.9%, $p=0.04$) və təkrar revaskulyarizasiya (PTKA 13.6%, AKŞ 9.4%, $p=0.021$) kişilərdə PTKA qrupunda AKŞ qrupu ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur. İnsultun rast gəlmə tezliyi isə AKŞ qrupunda (3.4%) PTKA qrupu (1%) ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur ($p=0.005$). Kaplan-Mayer yaşama analizinin nəticələrinin təhlilində AKŞ-də kişi xəstələrdə yaşama müddətinin daha uzun olduğu aşkar edilmişdir ($p=0.022$).

Ekstrakardiyak arteriopatiya ürəyin kəskin işemik xəstəliyində yanaşı gedən ekstrakardial arteriopatiyada (EA) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hadisələri PTKA-da (22.7%) AKŞ (12.7%) ilə müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir ($p=0,043$). Beləliklə, arteriopatiyanın olması xəstələrdə PTKA-dan və AKŞ-dan sonrakı yaşama müddətinə təsir edən xüsusi bir amil kimi dəyərləndirilə bilər.

XOAX ilə yanaşı gedən ürəyin kəskin işemik xəstəliyində PTKA ilə AKŞ qrupunda olan xəstələrin müqayisəli nəticələrində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları (PTKA 7%, AKŞ 6.1%, $p=0.142$), MACCE faiz nisbəti ($p=0.278$), təkrar revaskulyarizasiya ($p=0.425$) və insult hallarında ($p=0.374$) fərq aşkar edilməmişdir. XOAX olanlarda və olmayanlarda Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlilində adı çəkilən qruplar arasında yaşama müddəti cəhətdən fərq olmamışdır. XOAX olan və olmayan pasientlərdə PTKA-dan və AKŞ-dan sonrakı ölüm hallarının təhlili göstərir ki, XOAX olmayanlarda ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən olsa da, XOAX olanlarda ölüm halları əsasən ekstrakardial səbəblərindən baş vermişdir.

Kəskin koronar sindromun (KKS) PTKA və AKŞ nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün qeyri-stabil stenokardiya (QSS) və miokard infarktı (Mİ) olan alt qruplarda araşdırma aparılmışdır.

Qeyri stabil stenokardiya zamanı PTKA ilə AKŞ-nin müqayisəli nəticələrində bütün səbəblərlə əlaqəli baş verən ölüm hallarında

(PTKA 5.8%, AKŞ 6.3%, $p=0.558$) fərq aşkar edilməmişdir. MACCE faz nisbəti (PTKA 23.3%, AKŞ 18.2%, $p=0.042$) və təkrar revaskulyarizasiya (PTKA 17.6%, AKŞ 10%, $p=0.0004$) PTKA qrupunda AKŞ qrupu ilə müqayisədə daha yüksək olmuşdur. İnsult halları isə AKŞ (2.9%) qrupunda PTKA (0.7%) qrupuna nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək rast gəlinmişdir ($p=0.011$). Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlilində AKŞ ilə PTKA qrupları arasında yaşam müddəti cəhətdən fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.879$).

ST-yüksəlməsi olmayan miyokard infarktı zamanı PTKA ilə AKŞ-nin müqayisəli nəticələrində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında (PTKA 9.7%, AKŞ 5.2%, $p=0.178$), MACCE faz nisbətində (PTKA 19.2%, AKŞ 12%, $p=0.102$), təkrar revaskulyarizasiyada (PTKA 8.3%, AKŞ 4%, $p=0.152$) və insult hallarında (PTKA 1.1%, AKŞ 4%, $p=0.075$) fərq aşkar edilməmişdir. Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlilində AKŞ ilə PTKA qrupları arasında yaşam müddəti cəhətdən fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.073$).

Hipertenziya ilə yanaşı gedən çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyi zamanı PTKA (8.6%) ilə AKŞ-nin (6.5%) müqayisəli nəticələrində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında ($p=0.276$) fərq aşkar edilməmişdir. PTKA qrupu xəstələrində AKŞ-li xəstələrlə müqayisədə MACCE faz nisbəti (PTKA 30%, AKŞ 16.6%, $p=0.00012$) və təkrar revaskulyarizasiya halları (PTKA 20.9%, AKŞ 7.6%, $p=0.0007$) daha yüksək olmuşdur. Bununla belə AKŞ qrupunda (3.6%) insultun rast gəlmə tezliyi PTKA qrupundan (1.1%) daha yüksək idi $p=0.041$. HT olmayanlarda AKŞ (5.3%) ilə PTKA (6%) qrupları arasında bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlərdə fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.742$). Hipertenziyası olanlarda ($p=0.102$) və olmayanlarda ($p=0.195$) Kaplan-Mayer yaşam analizinin təhlilində göstərilən qruplar arasında fərq aşkar edilməmişdir. Və, müəyyən edilmişdir ki, PTKA-dan sonrakı hipertenziyası olan və olmayan xəstələrdə ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən baş verir. Lakin AKŞ-dan sonrakı hipertenziyası olan xəstələrdə ölüm halları kardial və ekstrakardial səbəblərdən demək olar ki, eyni tezlikdə baş versə də, hipertenziyası olmayan xəstələrdə AKŞ-dan sonrakı ölüm halları əsasən kardial səbəblərdən baş verir.

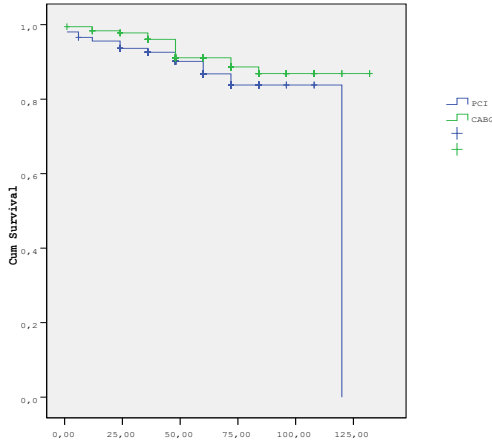
Sol mədəciyin çatışmazlığı olan çox damarlı, kəskin koronar sindromlu xəstələrdə ikinci nəsil dərmanlı stent istifadəsi ilə aparılmış PTKA və AKŞ nəticələrinin müqayisəsi. Cəmi 1414 kəskin koronar sindromlu xəstədən sol mədəciyin (SM) sistolik disfunksiyası olan 442 xəstə dəyərləndirilməyə alınmışdır. Bunlardan 198 nəfər (45,1%) PTKA qrupunda, 244 (54,8%) nəfər isə AKŞ qrupunda olmuşdur. Bütün PTKA xəstələrində ikinci nəsil dərman örtüklü stent istifadə edilmişdir. AKŞ xəstələrinin 94,9%-də LİMA istifadə edilmişdir. Xəstələr əməliyyatlardan sonra orta hesabla 5 il müddətində müşahidə edilmişlər.

Birincili sonlanma nöqtəsi olaraq ölüm, Mİ və insult PTKA xəstələrinin 53-də (21,7%), AKŞ xəstələrinin isə 36-da (18,2%) müşahidə edilmişdir ($p=0,356$). Beləliklə, iki qrup arasında birincili sonlanma nöqtəsi cəhətdən fərq olmamışdır.

Bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlər PTKA qrupunda 27 (11,4%), AKŞ qrupunda isə 19 (9,9%) olmuşdur ($P=0,618$). Təkrari revaskulyarizasiya PTKA qrupunda (9,8%), AKŞ qrupundan (4,9%) daha çox qeyd edilmişdir ($p=0,05$). İnsult PTKA qrupunda xəstələrin 1,2%-də, AKŞ xəstələrinin isə 4%-də müşahidə edilmişdir ($p=0,05$). AF 35%-dən aşağı olan qrupda həmçinin MACCE faiz nisbəti PTKA qrupunda (21,7%) AKŞ qrupu(17,3%) ilə müqayisədə daha yüksək idi ($p=0,035$).

30 gün sonra ölüm halları PTKA qrupunda 3,0%, AKŞ qrupunda 0,5% ($p=0,064$) idi. MACCE faizi PTKA qrupunda (22,1%), AKŞ qrupundan (18,2%) daha üstün olsa da, bu, statistik əhəmiyyətsiz olmuşdur ($p=0,305$).

Ölüm səbəblərini araşdırarkən PTKA qrupunda cəmi 28 ölüm halı qeyd edilmişdir. Bu ölümlərin 18-i (64,3%) kardial səbəblərdən, 10-u (35,7%) isə ekstrakardial səbəblərdən baş vermişdir. AKŞ qrupunda ümumi 19 ölüm olmuşdur. Bu ölümlərin 10-u (52,6%) kardial, 9-u isə (47,4%) ekstrakardial (xərçəng və digərləri) səbəblərdən baş vermişdir ($p=0,05$). Kaplan-Mayer yaşam analizi göstərir ki, 5 illik təqibdə PTKA (ikinci nəsil dərman örtüklü stent istifadəsi halında) və AKŞ qrupunda əhəmiyyətli fərq qeyd edilməmişdir ($p=0,195$) (Şəkil 8).



Şəkil 8. Sol mədəciyin çatışmazlığı olan çox damarlı, kəskin koronar sindromlu xəstələrdə AKŞ və PTKA arasında Kaplan-Mayer yaşama analizi. Absis oxu üzrə müşahidə müddəti (həftələrlə), ordinat oxu üzrə yaşayan xəstələrin nisbi sayı.

Şəkərli diabeti olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə ikinci nəsil dərmanlı stent istifadəsi ilə aparılmış PTKA və AKŞ nəticələrinin müqayisəsi. Cəmi 1414 kəskin koronar sindromlu xəstədən 405 ŞD-li xəstə dəyərləndirilməyə alınmışdır. Bunlardan 183 (45,1%) nəfər PTKA qrupunda, 222 (54,8%) nəfər isə AKŞ qrupunda olmuşdur. Bütün PTKA xəstələrində ikinci nəsil dərman örtüklü stent istifadə edilmişdir. AKŞ xəstələrinin 94,9%-də LİMA istifadə edilmişdir. Xəstələr əməliyyatlardan sonra ortahesabla 5 il müddətində müşahidə edilmişlər.

Birincili sonlanma nöqtəsi olaraq ölüm, Mİ və insult PTKA xəstələrinin 31-də (16,9%) və AKŞ xəstələrinin isə 33-də (14,9%) görülmüşdür ($p=0,582$). Beləliklə, iki qrup arasında birincili sonlanma nöqtəsi cəhətdən fərq olmamışdır.

Bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlər PTKA qrupunda 17 xəstə (9,8%), AKŞ qrupunda isə 20 (9,1%) xəstədə baş vermişdir ($p=0,989$).

Təkrari revaskulyarizasiya PTKA qrupunda 18,4%, AKŞ qrupunda 10,8% qeyd edilmişdir ($p=0,012$). İnsult PTKA qrupundakı

xəstələrin 1,1%-də, AKŞ xəstələrinin isə 4,9%-də baş vermişdir ($p=0,05$).

30 gün sonra ölüm PTKA qrupunda 3,3%, AKŞ qrupunda 0,5% hallarda baş vermişdir ($p=0,034$).

MACCE faizi PTKA qrupunda (25,7%) AKŞ qrupundan (23,5%) daha çox olsa da, bu, statistik əhəmiyyətsiz olmuşdur ($p=0,616$).

Ölüm səbələrini araşdırarkən PTKA qrupunda cəmi 16 ölüm halı geyd edilmişdir. Bu ölüm hallarının 75%-i kardial səbəblərdən, 25%-i isə ekstrakardial (xərçəng və digərləri) səbəblərdən baş vermişdir. AKŞ-dan sonrakı müşahidə olunan 19 ölüm halından 42,1%-i kardial səbəblərdən, 57,9%-i isə ekstrakardial (xərçəng və digərləri) səbəblərdən baş vermişdir ($p=0,05$).

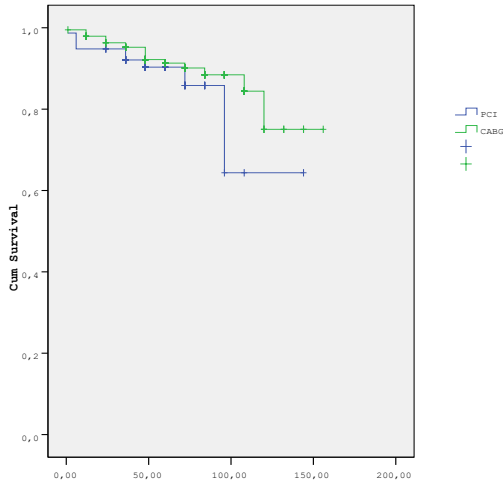
Kişi cinsindən olan xəstələrdə MACCE ($p=0,611$), təkrari revaskulyarizasiya ($p=0,630$) və 5 illik ölüm hallarına görə ($p=0,661$) iki müalicə üsulu arasında fərq aşkar edilməmişdir. Kişi xəstələrdə insult AKŞ qrupunda 4,9%, PTKA qrupunda isə 1,4% olmuşdur ($p=0,049$). 30 günlük müşahidədə ölüm PTKA qrupunda AKŞ qrupu ilə müqayisə üstünlük təşkil etmişdir ($p=0,019$).

Qadın cinsindən olan xəstələrin sayı az olduğundan bu göstəricilərə görə sərbəst dəyərləndirilməyə alınmamışdır.

Kaplan-Mayer yaşama analizi ŞD olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə ikinci nəsil dərmanlı stent istifadəsi ilə aparılmış PTKA və AKŞ arasında əhəmiyyətli fərq aşkar olunmamışdır ($p=0,353$).

Şəkərli diabeti olmayan çox damarlı kəskin koronar sindromlu xəstələrdə ikinci nəsil dərmanlı stent istifadəsi ilə aparılmış PTKA və AKŞ nəticələrinin müqayisəsi. Araşdırmaya 495 AKŞ və 516 PTKA olmaqla 1011 xəstə alınmışdır. Xəstələrin 89%-i kişi, 11%-i isə qadın olmaqla 40 yaş ilə 80 yaş arasında (orta yaş $56,4\pm 8,7$) olmuşlar. Xəstəxanadan evə yazılarkən PTKA qrupunda xəstələrin 98,6%-i və AKŞ qrupunda isə 96,5%-i ($p=0,085$) aspirin qəbul edirdi. Statin qəbulu isə müvafiq olaraq 96% və 94,5% ($p=0,785$) olmuşdur. Xəstələr əməliyyatlardan sonra orta hesabla 5 il müddətində müşahidə edilmişlər.

ŞD olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə ikinci nəsil dərmanlı stent istifadəsi ilə aparılmış PTKA və AKŞ arasında Kaplan-Mayer yaşama analizi. $p=0.09$.



Şəkil 9. ŞD olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə ikinci nəsil dərmanlı stent istifadəsi ilə aparılmış PTKA və AKŞ arasında Kaplan-Mayer yaşama analizi. Absis oxu üzrə müşahidə müddəti (həftələrlə), ordinat oxu üzrə yaşayan xəstələrin nisbi sayı.

Bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm AKŞ qrupunda 4,7%, PTKA qrupunda isə 6,2% hallarda qeyd edilmişdir ($p=0,298$). Kardial səbəblərdən ölüm halları AKŞ qrupunda 66,7%, PTKA qrupunda isə 58,1% təşkil etmişdir ($p=0,515$).

5 il müddətində təqibdə MACCE faizi PTKA qrupunda (20,3%), AKŞ qrupu ilə (14,5%) müqayisədə üstünlük təşkil etmişdir ($p=0,015$).

30 gün sonra ölüm halları AKŞ qrupunda 0,2%, PTKA qrupunda isə 1,6% təşkil etmişdir ($p=0,024$). 5 il müddətində təqibdə AKŞ qrupunda (8,1%) təkrar revaskulyarizasiya PTKA qrupu (13,6%) ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə az olmuşdur ($p=0,005$). Serebral hallar PTKA qrupunda (0,8%) AKŞ qrupu (2,6%) ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə az olmuşdur ($p=0,022$) (Cədvəl 3).

Cədvəl 3

ŞD-i olmayan çox damarlı kəskin koronar sindromlu xəstələrdə ikinci nəsil dərmanlı stent istifadəsi ilə aparılmış PTKA və AKŞ nəticələrinin müqayisəsi

Xəstələrin xarakteristikası	AKŞ n = 495 (49%)	PTKA n = 516 (49%)	P
Bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm	22 (4,7%)	31 (6,2%)	P = 298
Kardiak ölüm	16 (66,7%)	18 (58,1%)	P = 515
MACCE	72 (14,5%)	105 (20,3%)	P = 0,150
30 günlük ölüm	0,2% (1)	1,6% (8)	P = 0,024
Təkrar revaskulyarizasiya	8,1% (40)	13,6% (70)	P = 0,005
Serebral hallar	2,6% (13)	0,8% (4)	P = 0,022
Aspirin	96,5%	98,6%	P = 0,085
Statin	94,5%	96%	P = 0,785

Yaşlı xəstələrdə (≥ 75 yaş) PTKA və AKŞ qrupları arasında bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında (PTKA 12.7%, AKŞ 9.1%, $p=0.225$), MACCE faiz nisbətində (PTKA 23%, AKŞ 18.7%, $p=0.264$) və təkrari revaskulyarizasiya hallarında (PTKA 10.1%, AKŞ 10.8%, $p=0.337$) alınan nəticələrdə statistiki dürüstlük aşkar edilməmişdir. İnsult hallarının rast gəlmə tezliyi AKŞ (4.8%) qrubunda PTKA (1.3%) qrup xəstələrindən daha çox olmuşdur ($p=0.048$). Kaplan –Meier yaşama analizinin təhlilinə görə yaşam müddətinin AKŞ qrubunda daha uzun olduğu göstərilmişdir ($p=0.029$).

NƏTİCƏLƏR

1. Çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyi zamanı PTKA-dan sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları (qadınlarda 6.9%, kişilərdə 7%, $p=0.959$), təkrar revaskulyarizasiya tezliyi (qadınlarda 17%, kişilərdə 13.6%, $p=0.389$), insult (qadınlarda 0.2%, kişilərdə 1%, $p=0.351$) və MACCE faizi nisbətində (qadınlarda 22.7%, kişilərdə 21.6%, $p=0.811$) qadınlarla kişilərə arasında əhəmiyyətli dərəcədə fərq aşkar edilməmişdir. Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlili zamanı (5 il müddətində)

hər iki cins arasında yaşama müddəti göstəricilərində fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.952$). [10, 22, 25, 26]

2. Çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyi zamanı AKŞ-dən sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarına qadınlarda (9,5%) kişilərlə (5,5%) müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir ($p=0.042$) Bununla belə MACCE faiz nisbətinin qadınlarda (19%) kişilərdən (16,9%) daha yüksək olmasına baxmayaraq statistik dürrüst olmamışdır ($p=0.585$). İnsult hallarına isə kişilərdə (3,4%) qadınlardan (1,7%) daha çox rast gəlinməsinə baxmayaraq statistik əhəmiyyətli olmamışdır ($p=0.322$). Təkrar revaskulyarizasiyanın rast gəlmə tezliyində (qadınlarda 8,3%, kişilərdə 9,4%, $p=0.695$) iki cins arasında fərq aşkar edilməmişdir. Kaplan-Mayer yaşama analizinin nəticələrinə əsasən 5 illik təqibdə yaşama müddəti qadınlarda kişilərlə nisbətən azalmağa meyilli olmuşdur ($p=0.050$). [20, 22, 25, 26]

3. Çox damarlı ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formasında revaskulyarizasiyadan sonrakı müddətdə (5 il ərzində) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında PTKA (7%) və AKŞ (6,1%) göstəriciləri arasındakı fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.508$). MACCE faiz nisbəti PTKA-da (21,7%) AKŞ-dən (17,3%) daha yüksək olmuşdur ($p=0.035$). Təkrar revaskulyarizasiya halları PTKA (14,1%) qrupunda AKŞ (9,2%) qrupu ilə müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir ($p=0.004$). İnsult hadisəsinin rastgəlmə tezliyinə isə AKŞ-də (3,1%) PTKA-ya (0,9%) nisbətən daha çox rast gəlinmişdir və bu da ölüm hallarının əsas səbəblərindən biri kimi dəyərləndirilmişdir ($p=0.003$). Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlili zamanı (5 il müddətində) hər iki qrup arasında fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.076$). Qadınlarda çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyində PTKA və AKŞ göstəriciləri arasında bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlərdə (PTKA 6,9%, AKŞ 9,5%, $p=0.510$), MACCE faiz nisbətində (PTKA 22,7%, AKŞ 19%, $p=0.511$), insulda (PTKA – 0,2%, AKŞ – 1,7% $p=0.226$) və Kaplan-Mayer yaşama analizində ($p=0.529$) fərq aşkar edilməmişdir. Bununla belə təkrar revaskulyarizasiyanın rast gəlmə tezliyi (PTKA – 17%, AKŞ – 8,3%, $p=0.05$) PTKA qrupunda daha çox olmuşdur. Kişilərdə də bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlərdə (PTKA – 7%, AKŞ – 5,5%, $p=0.264$) fərq aşkar edilməmişdir. Bununla belə MACCE

faiz nisbəti (PTKA – 21,6%, AKŞ – 16,9%, $p=0.04$) və təkrar revaskulyarizasiya (PTKA – 13,6%, AKŞ – 9,4%, $p=0.021$) kişilərdə PTKA qrupunda AKŞ qrupu ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur. İnsultun rast gəlmə tezliyi isə AKŞ qrupunda (3,4%) PTKA qrupu (1%) ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur ($p=0.005$). Kaplan-Mayer yaşama analizinin nəticələrinin təhlilində AKŞ-də kişi xəstələrdə yaşama müddətinin daha uzun olduğu aşkar edilmişdir ($p=0.022$) [3, 17, 22, 26].

4. Yanaşı gedən şəkərli diabet (ŞD) olan ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formalarında PTKA və AKŞ-nin müqayisəli təhlili zamanı bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlərdə (PTKA 9.8%, AKŞ 9.1% $p=0,989$) və MACCE faiz nisbətində (PTKA – 25,7%, AKŞ – 23,5%, $p=0,616$) fərq aşkar edilməmişdir. Təkrar revaskulyarizasiya hadisəsi hallarına PTKA qrupunda (18,4%) AKŞ qrupuna (10,8%) nisbətən daha çox rast gəlinmişdir ($p=0.012$). İnsult hallarına fərqli olaraq AKŞ qrupunda (4,9%), PTKA qrupu (1,1%) ilə müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir ($p=0.05$). Kaplan-Mayer yaşama analizinin nəticələrində PTKA və AKŞ qrupları arasında yaşama müddətində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.353$). Yanaşı şəkərli diabeti olan AKŞ aparılan xəstələrdə diabeti olmayanlarla müqayisədə bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları diabeti olanlarda (9,4%) diabeti olmayanlarla (4,7%) müqayisədə 2 dəfə çox aşkar edilmişdir ($p=0.016$). MACCE faiz nisbəti ŞD olanlarda 23,4%, ŞD olmayanlarda – 14,5%, ($p=0.004$) diabeti olan xəstələrdə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur. AKŞ qrupunda insult hallarının rast gəlmə tezliyində (ŞD olanlarda 4,1%, ŞD olmayanlarda 2,6%, $p=0.305$) və təkrar revaskulyarizasiyada (ŞD olanlarda – 11,7%, ŞD olmayanlarda – 8,1%, $p=0.12$) iki qrup arasında fərq aşkar edilməmişdir. AKŞ qrupunda Kaplan-Mayer yaşama analizinin nəticələrinə əsasən 5 illik təqibdə yaşama müddəti şəkərli diabeti olanlarda olmayanlara nisbətən azalmağa meyilli olmuşdur ($p=0.018$). PTKA aparılan şəkərli diabeti olan(6.2%) xəstələrdə olmayanlarla(9.4%) müqayisədə bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında ($p=0.147$), MACCE faiz nisbətində (ŞD olanlarda 25,7%, ŞD olmayanlarda 20,3%, $p=0.133$), təkrar revaskulyarizasiyada (ŞD olanlarda 15,4%, ŞD olmayanlarda 13,6%, $p=0.55$) və insultun rast gəlmə tezliyində (ŞD olanlarda

1,1%, ŞD olmayanlarda 0,8%, $p=0.689$) fərq aşkar edilməmişdir. Bununla belə ŞD olan qadınlarda PTKA-dan sonrakı ölüm halları orta hesabla 3 dəfəyə qədər ($p=0,044$) yüksək olmuşdur. PTKA qrupunda Kaplan–Mayer yaşama analizinin təhlili zamanı ŞD olan xəstələrdə ölüm hallarının daha çox rast gəlmə tezliyinə baxmayaraq fərq statistik dürüst olmamışdır ($p=0.122$) [1, 2, 3, 19, 20, 23,26].

5. Şəkərli diabeti (ŞD) olmayan çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında (PTKA 6,2%, AKŞ 4,7%, $p=0.298$) AKŞ qrupu ilə PTKA qrupu arasında fərq aşkarlanmamışdır. Bununla belə MACCE faiz nisbətinə (PTKA 20.3%, AKŞ 14.5%, $p=0,015$) və təkrar revaskulyarizasiya hallarına (PTKA 13.6%, AKŞ 8.1%, $p=0,005$) PTKA qrupunda AKŞ qrupu ilə müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir. İnsult halları isə PTKA qrupunda AKŞ qrupu ilə müqayisədə xeyli az aşkar edilmişdir (PTKA – 0,8%, AKŞ – 2,6%, $p=0,022$). Kaplan-Mayer yaşama analizində isə PTKA və AKŞ arasında əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.09$) [18, 25].

6. Ürəyin kəskin işemik xəstəliyində yanaşı gedən ekstrakardial arteriopatiyada (EA) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hadisələri PTKA-da (22,7%), AKŞ (12,7%) ilə müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir ($p=0,043$). PTKA-da yanaşı gedən EA-nın dəyərləndirilməsi zamanı (EA olanlarda 33.3%%, EA olmayanlarda 6.8%) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarına daha çox rast gəlinmişdir ($p=0.011$). Bu hal həmçinin PTKA-da Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlilində aydın nəzərə çarpır ($p=0.04$). MACCE faiz nisbəti ($p=0.49$), təkrar revaskulyarizasiya ($p=0.320$) və insult hallarında ($p=0.819$) fərq aşkarlanmamışdır. AKŞ qrupunda ekstrakardiyak arteriopatiyası olan xəstələrdə olmayanlarla müqayisədə bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları 2,5 dəfə çox olmuşdur ($p=0.01$). MACCE faiz nisbətində ($p=0.871$), təkrar revaskulyarizasiyada ($p=0.057$) və insult hallarında ($p=0.288$) fərq aşkarlanmamışdır. Kaplan-Mayer yaşama analizində yaşama müddətində ciddi azalma müşahidə olunmuşdur ($p=0.02$) [11,13].

7. Atım fraksiyası 35%-dən aşağı olan çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəlikləri zamanı AKŞ qrupu ilə müqayisədə PTKA qrupunda təkrari revaskulyarizasiya daha çox rast gəlinmişdir

(PTKA 9,8%, AKŞ 4,9%, $p=0.05$). MACCE faiz nisbəti PTKA qrupunda (21,7%) AKŞ qrupu (17,3%) ilə müqayisədə daha yüksək idi ($p=0.035$). Bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında (PTKA 11,4%, AKŞ 9,9%, $p=0.618$) müqayisə olunan qruplar arasında fərq olmamışdır. İnsult hallarına PTKA qrup xəstələrində (1,2%) AKŞ qrupu ilə müqayisədə daha az rast gəlinmişdir ($p=0.05$). Kaplan-Mayer yaşama analizlərinin nəticələrinə əsasən PTKA və AKŞ qrupları arasında əhəmiyyətli fərq aşkarlanmamışdır ($p=0,195$). Atım fraksiyasının (AF) 35%-dən aşağı olanlarla (ölüm faizi 12,7%) və 35%-dən yuxarı olan (ölüm faizi 5,4%) halların müqayisəsində PTKA-dan sonrakı bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarını ümumi olaraq 2,5 dəfə ($p=0,00067$) artırmaqla kişilərdə ($p=0.00029$) və qadınlarda ($p=0.036$) yaşama müddətinə (Kaplan-Mayer yaşama analizində $p=0.038$) təsir edən ciddi amil kimi aşkar edilmişdir. MACCE faizi nisbətində (AF 35%-dən az olanlar 25,4%, AF 35%-dən çox olanlar 21%, $p=0.280$), təkrar revaskulyarizasiyada (AF 35%-dən az olanlar 9,1%, AF 35%-dən çox olanlar 15,1%, $p=0.084$) və insult hallarında ($p=0.959$) iki qrup arasında fərq aşkarlanmamışdır. AKŞ qrupunda bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları AF 35%-dən aşağı olanlarda (ölüm faizi 9,7%) və AF 35%-dən yuxarı olanlarla (ölüm faizi 5,5%) müqayisədə daha çox olsada statistik dürüst əhəmiyyət kəsb etməmişdir ($p=0.135$). MACCE faizi nisbətində (AF 35%-dən az olanlar 16%, AF 35%-dən çox olanlar 17,5%, $p=0.711$), təkrar revaskulyarizasiyada (AF 35%-dən az olanlar 7,5%, AF 35%-dən çox olanlar ($p=0.522$) və insult hallarında (AF 35%-dən az olanlar 1%, AF 35%-dən az olanlar 3,4%, $p=0.169$) hər iki qrup arasında fərq aşkarlanmamışdır. AF-nın 35%-dən aşağı olması halları qadınlarda AKŞ-dən sonrakı ölüm hallarını əhəmiyyətli dərəcədə (6 dəfə, $p=0,002$) artırmasına baxmayaraq bu hal kişilərdə isə əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir ($p=0.386$). Kaplan-Mayer yaşam anlyzi təhlilində atım fraksiyası 35%-dən aşağı olanlarda yaşama müddəti daha qısa olmuşdur ($p=0.049$). [2, 25]

8. Xroniki obstruktiv ağciyər xəstəliyi (XOAX) ilə yanaşı gedən ürəyin kəskin işemik xəstəliyində PTKA ilə AKŞ qrupunda olan xəstələrin müqayisəli nəticələrində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm halları (PTKA – 7%, AKŞ – 6,1%, $p=0.142$), MACCE faz

nisbəti ($p=0.278$), təkrar revaskulyarizasiya ($p=0.425$) və insult hallarında ($p=0.374$) fərq aşkar edilməmişdir. XOAX olanlarda və olmayanlarda Kaplan-Mayer yaşam analizinin təhlilində adı çəkilən qruplar arasında yaşama müddəti cəhətdən fərq olmamışdır. [7,]

9. Arterial hipertenziya (AH) ilə yanaşı gedən çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyi zamanı PTKA (8,6%) ilə AKŞ-nin (6,5%) muqayisəli nəticələrində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında ($p=0.276$) fərq aşkar edilməmişdir. PTKA qrupu xəstələrində AKŞ-li xəstələrlə muqayisədə MACCE faz nisbəti (PTKA – 30%, AKŞ – 16,6%, $p=0.00012$) və təkrar revaskulyarizasiya halları (PTKA – 20,9%, AKŞ – 7,6%, $p=0.0007$) daha yüksək olmuşdur. Bununla belə AKŞ qrupunda (3,6%) insultun rast gəlmə tezliyi PTKA qrupundan (1,1%) daha yüksək idi $p=0.041$. AH olmayanlarda AKŞ (5,3%) ilə PTKA (6%) qrupları arasında bütün səbəblərlə əlaqəli ölümlərdə fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.742$). AH-sı olanlarda ($p=0.102$) və olmayanlarda ($p=0.195$) Kaplan-Mayer yaşam analizinin təhlilində göstərilən qruplar arasında fərq aşkar edilməmişdir. [1, 14, 15]

10. Qeyri stabil stenokardiya zamanı PTKA ilə AKŞ-nin muqayisəli nəticələrində bütün səbəblərlə əlaqəli baş verən ölüm hallarında (PTKA – 5,8%, AKŞ – 6,3%, $p=0.558$) fərq aşkar edilməmişdir. MACCE faz nisbəti (PTKA – 23,3%, AKŞ – 18,2%, $p=0.042$) və təkrar revaskulyarizasiya (PTKA 17,6%, AKŞ 10%, $p=0.0004$) PTKA qrupunda AKŞ qrupu ilə muqayisədə daha yüksək olmuşdur. İnsult halları isə AKŞ (2,9%) qrupunda PTKA (0,7%) qrupuna nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək rast gəlinmişdir ($p=0.011$). Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlilində AKŞ ilə PTKA qrupları arasında yaşama müddəti cəhətdən fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.879$). ST-yüksəlməsi olmayan miyokard infarktı zamanı PTKA ilə AKŞ-nin muqayisəli nəticələrində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında (PTKA – 9,7%, AKŞ – 5,2%, $p=0.178$), MACCE faz nisbətində (PTKA – 19,2%, AKŞ – 12%, $p=0.102$), təkrar revaskulyarizasiyada (PTKA – 8,3%, AKŞ – 4%, $p=0.152$) və insult hallarında (PTKA – 1,1%, AKŞ – 4%, $p=0.075$) fərq aşkar edilməmişdir. Kaplan-Mayer yaşama analizinin təhlilində

AKŞ ilə PTKA qrupları arasında yaşam müddəti cəhətdən fərq aşkar edilməmişdir ($p=0.073$). [14,17 ,26]

11. Yaşlı xəstələrdə (≥ 75 yaş) PTKA və AKŞ qrupları arasında bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında (PTKA – 12,7%, AKŞ – 9,1%, $p=0.225$), MACCE faiz nisbətində (PTKA – 23%, AKŞ – 18,7%, $p=0.264$) və təkrari revaskulyarizasiya hallarında (PTKA – 10,1%, AKŞ – 10,8%, $p=0.337$) alınan nəticələrdə statistiki dürüstlük aşkar edilməmişdir. İnsult hallarının rast gəlmə tezliyi AKŞ (4,8%) qrupunda PTKA (1,3%) qrup xəstələrindən daha çox olmuşdur ($p=0.048$). Kaplan–Meier yaşama analizinin təhlilinə görə yaşam müddətinin AKŞ qrupunda daha uzun olduğu göstərilmişdir ($p=0.029$) [21].

PRAKTİK TÖVSIYYƏLƏR

1. ŞD ilə yanaşı gedən çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyi zamanı ölüm faizinin yüksəkliyini, ağırlaşmaların rast gəlmə tezliyini və yaşama müddətinin qısalmasını nəzərə alaraq revaskulyarizasiya tövsiyyələr əsasında gecikmədən aparılmalıdır.

2. Ekstrakardial arteriopatiyanın revaskulyarizasiyadan sonrakı müqayisəli nəticələrini nəzərə alaraq belə xəstələrdə AKŞ-nin aparılması daha məqsədə uyğun hesab edilir.

3. Atım fraksiyası (AF) 35%-dən aşağı olan çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyində bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm faizində və yaşama müddətində fərq olmadığını nəzərə alaraq, revaskulyarizasiyanın tam aparılması mümkün olan və təkrar revaskulyarizasiya rast gəlmə tezliyinin ehtimalı az olan xəstələrdə PTKA seçilməsi daha məqsədə uyğundur.

4. AH ilə müşayiət olunan ürəyin kəskin işemik xəstəliyi zamanı PTKA və AKŞ qrupları arasında bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında fərq olmamasına baxmayaraq, MACCE və təkrar revaskulyarizasiyanın PTKA zamanı çox rast gəldiyini nəzərə alaraq bu ağırlaşmaların meydana gəlmə halı yüksək olan xəstələrdə AKŞ üsulluna üstünlük vermək lazımdır. İnsult riski yüksək olan xəstələrdə isə PTKA daha məqsədə uyğun hesab edilir.

5. Qeyri-stabil stenokardiya zamanı bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında və yaşama müddətində AKŞ və PTKA qrupları arasında fərq aşkar edilməmişdir. Bu səbəbdən MACCE və təkrar revaskulyarizasiyanın rast gəlmə tezliyi az olan hallarda PTKA üsuluna, əksi halda isə AKŞ üsuluna üstünlük verilməsi daha məqsədə uyğun hesab edilir.

6. ŞD olmayan çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyində PTKA ilə tam revaskulyarizasiya aparılması mümkün olmayan və təkrar revaskulyarizasiyanın rast gəlmə tezliyi artıq olan hallarda AKŞ üsuluna üstünlük verilməsi daha məqsədə uyğun hesab edilir. Bununla belə yuxarıda qeyd edilən ağırlaşmaların rast gəlmə tezliyi az olan və insult riski yüksək olan hallarda isə PTKA üsuluna üstünlüyün verilməsi daha məqsədə uyğun hesab edilir.

7. Qadın xəstələrdə çox damarlı ürəyin kəskin işemik xəstəliyi zamanı mümkün ola biləcək ağırlaşmaları və yaşama müddətini nəzərə almaqla əsasən PTKA üsuluna, kişi xəstələrdə isə AKŞ üsuluna üstünlük verilməlidir.

8. Yaşlı xəstələrdə (75-yaşdan yuxarı) bütün səbəblərlə əlaqəli ölüm hallarında, MACCE faiz nisbətində və təkrar revaskulyarizasiya hadisələrində PTKA və AKŞ qrupları arasında fərq aşkar edilməmişdir. Yaşama müddəti isə AKŞ qrupunda nisbətən daha uzun olmuşdur. Buna əsaslanaraq mümkün ola biləcək bütün ağırlaşmaları nəzərə almaq və yaşama müddəti hesablanmaqla yaşlı xəstələrdə uyğun revaskulyarizasiya üsulu seçilməlidir.

Dissertasiya mövzusu üzrə çap edilmiş elmi işlərin siyahısı

1. F.N. İbrahimov, R.N. Nəcəfov, F.V. Əliyev [və b.] Koronar revaskulyarizasiya aparılmış xəstələrdə şəkərli diabet ilə hipertoniya xəstəliyinin rastgəlmə tezliyi və onların arasındakı əlaqə // Azərbaycan Kardiologiya Jurnalı. – 2014. – № 6. – s. 37-41.

2. F. İbrahimov, E. Ələkbərov, R. Nəcəfov [və b.] Miokardın revaskulyarizasiyası aparılmış koronar arteriya xəstəliyi olan xəstələrdə şəkərli diabetin rolu və onun sol mədəciyin atım fraksiyasına təsirinin öyrənilməsi // Azərbaycan Kardiologiya jurnalı. – 2015. – № 1 (7). – s. 23-26.

3. F.N. İbrahimov, R.N. Nəcəfov, T.Ş. Cahangirov [və b.] Miokardın revaskulyarizasiyası aparılmış xəstələrdə koronar arteriya xəstəliyinin risk amillərindən biri olan şəkərli diabetin cinslə ararası fərqlərinin araşdırılması // Azərbaycan Kardiologiya jurnalı. – 2015. – № 2 (8). – s. 53-58.

4. R.N. Nəcəfov, S.H. Şahhüseynov, F.N. İbrahimov və [b.] Ateroskleroz mənşəli ürəyin işemik xəstəliyinin kəskin formalarının klinik gediş xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi // Azərbaycan Kardiologiya jurnalı. – 2015. – № 2 (8). – s. 47-53

5. F.M. Səmədov, E.İ. İsayev, F.N. İbrahimov [və b.] Koronar arteriyaların xronik total okkluziyası olan xəstələrdə hemoqram parametrləri ilə kollateral inkişaf dərəcəsi arasında əlaqə // Azərbaycan Kardiologiya jurnalı. – 2016. – № 1(9). – s. 20-29.

6. R.Ə. Rzayeva, Y.Z. Qurbanov, F.N. İbrahimov. Şəkərli diabet və onun metabolik sindromla müştərəkliyi zamanı ateroskleroz prosesinin damar yatağında lokalizasiyası prinsipləri // Azərbaycan Kardiologiya jurnalı. – 2017. – № 1 (11). – s. 21-30.

7. F.N. İbrahmov, Ş.S.Şahbazova. Miokardial revaskulyarizasiya olunmuş xəstələrdə xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyi: rastgəlinmə tezliyi və yaşama müddətinə təsiri // Azərbaycan Kardiologiya Jurnalı. – 2018 – s. 62-67.

8. V.Ə. Əzizov, S.Z. Hacıyeva, F.N. İbrahimov [və b.] H.pylori ilə assosasiya olunmuş koronar damarlarında restenoz olan pasiyentlərdə C reaktiv protein və homosisteinin qarşılıqlı əlaqəsi // Azərbaycan Metabolizm Jurnalı. – 2018. – № 4. – s. 10-14.

9. V.Ə. Əzizov, S.Z. Hacıyeva, F.N. İbrahimov. Koronar damarların restenozunun angioqrafik risk amilləri // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri jurnalı. – 2018. - № 4. – s. 162-167.

10. F.N. İbrahimov. Five-year results of randomized clinical trial in patients with multi-vessel unstable angina pectoris and myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary angioplasty // Медицинские новости. – 2018. – с. 63-66.

11. F. İbrahimov. Periferik arteriya xəstəliyinin AKŞ olunmuş xəstələrdə miokardial revaskulyarizasiyanın nəticələrinə təsiri: 5 illik nəticə // Metabolizm jurnalı. – 2019. – с. 16, № 3. – s. 37-39.

12. F. İbrahimov. Nevroloji disfunksiyanın miokardial revaskulyarizasiyanın nəticələrinə təsiri // Sağlamlıq Jurnalı. – 2019. – c. 24, № 5. – s. 74-77.

13. F. İbrahimov. Perkutan koronar müdaxilə olunmuş xəstələrdə periferik arteriya xəstəliyinin 5 illik nəticələrə təsiri // Azərbaycan Kardiologiya Jurnalı. – 2019. - № 1 (15). – s. 28-32.

14. F.N. İbrahimov. 3 damar xəstəliyi olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə hipertoniya xəstəliyi: 5 illik müşahidə // Sağlamlıq jurnalı. – 2019. – № 2. – s. 66-69.

15. . F.N. İbrahimov. Hipertoniya xəstəliyi ilə aorta koronar şuntlama əməliyyatının proqnozu arasında əlaqə. // Cərrahiyyə jurnalı. 2019. – № 2. – s. 49-53.

16. V.Ə. Əzizov, S.Z. Hacıyeva, F.N. İbrahimov [və b.] H. Pylori ilə assosiasiya olunmuş koronar damarlarında restenoz olan pasiyentlərdə eradikasiya terapiyasının antilipidemik effektivliyinə yanaşı xəstəliklərin təsiri // Sağlamlıq jurnalı. – 2019. – № 1. – s. 86-91.

17. Ф.Н. Ибрагимов. Результаты 5-летнего исследования фракции выброса у больных с острым коронарным синдромом после проведения многососудистой чрескожной транслюминальной ангиопластики // Euroasian heart journal. – 2019. – № 2. – p. 46-54.

18. Firdovsi İbrahimov, Yusuf Yılmaz, İsfandiyar İsmayilov [et al.] Comparing 5-year Outcomes of Aorta-Coronary Bypass Surgery and Percutaneous Coronary Intervention with New-Generation Drug-Eluting Stents in Non-Diabetic and Multivessel Acute Coronary Syndrome Patients with Intermediate Syntax Score // İstanbul Medeniyyət medical jurnalı. – 2020. – № 2 (35). – p. 121-127.

19. Meral Kayıkcıoğlu, Şəfa Şahbazova, Firdovsi İbrahimov [və b.] Uzun dönmə fibrat tədavisi alan hipertrigliseridemi hastalarında kumulatif HDL-dışı kolesterol yükü: Bir lipid kohortunun gerçək həyat veriləri // Türk kardioloji Derneyi Arşivi. – 2020. – № 48 (4). Səh 359-367

20. Akut koroner sendromlu diyabetik hastalarda aort-koroner bypass cərrahisi ilə yeni nesil ilaç salınımlı stentlərlə uygulanan

perkütan koroner girişimin erken ve uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması Çukurova Medical Journal 2020, № 4 (45) - s - 1302 - 1308

21. F.İbrahimov, I. İsmayilov, O.Musayev, K.Musayev, Sh. Alasgerli, F. Aliyev, T.Cahangirov. Cahangirov Short and long-term follow-up after coronary artery bypass surgery or percutaneous coronary intervention among elderly patients with multivessel disease. Annals of Medical Research. – 2021. – Vol. 28 (9). – p. 1626-1631.

22. ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization, 2014. Authors/Task Forcemembers: S. Windecker, Ph. Kolh, F. Alfonso. Rewievers: Firdovsi Ibrahimov [et al.]. European Heart Journal. – 2014. – Vol. 35. – p. 2541–2619.

23. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias, 2016. Authors/Task Force Members: A.L. Catapano, I. Graham, G. De Backer [et al.]. Rewievers: Firdovsi Ibrahimov [et al.]. European Heart Journal. – 2016. – Vol. 37. – p. 2999–3058

24. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation, 2014. Authors/Task Force Members: B. Ibanez, S. James, S. Agewall. Rewievers: Firdovsi Ibrahimov [et al.]. European Heart Journal. – 2018. – Vol. 39. – p. 119–177.

25. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics A. Timmis¹, N. Townsend, C. Gale. Rewievers: Firdovsi Ibrahimov [et al] 2017. European Heart Journal. – 2018. – Vol. 39. – p. 508–577..

26. ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization, 2018. Authors/Task Force Members: F.-J. Neumann, , M. Sousa-Uva, A. Ahlsson, [et al.]. Rewievers: Firdovsi Ibrahimov [et al.]. European Heart Journal. – 2019. – Vol. 40. – p. 87–165.

27. Firdovsi İbrahimov/ Çıxış/. Subakut stent trombozu ile gelen hastada yaklaşım. Türk Kardiyoloji Derneği. – 35-ci Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi. – 2014. – Antalya, Türkiye.

28. Firdovsi İbrahimov. Atriyal fibrilasyonla gelen hasta: İlk değerlendirme, antitrombotik ve antiaritmik tedavi, kardiyoversiyon öğrenimhedefleri: Kime ne zaman tıbbi ne zaman elektiriksel müdahale. Akut AF'de, modern dünyada tıbbi tedavi seçen eklerin anlatılması. 32-ci Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi. – 2016. – Antalya, Türkiyə.

29. Firdovsi İbrahimov. /Çıxış / HDL-K için zamanın sonu geldi mi?. Türk Kardiyoloji Derneği. 35-ci Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi. – 2019. – Antalya, Türkiyə.

30. İ.S. İsmayılov, F.N. İbrahimov. Yanaşı arterial hipertoniya xəstəliyinin aorta-koronar şuntlama əməliyyatının nəticələrinə təsiri / XIV Ümumdünya Böyrək Gününə həsr olunmuş “Müasir Nefrologiyanın aktual problemləri” adlı elmi-praktik konfransın materialları. – 2019. – s. 45-49.

31. Firdovsi İbrahimov. Comparison of gender difference in acute coronary syndrome patients treated with CABG. Elektron poster. Türk Kardiyoloji Derneği. 35-ci Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi. – 2019. – Antalya, Türkiyə.

32. Ş. Elesgerli, F. İbrahimov, O. Musayev, G. Agayeva / Sağ ventikülden pulmoner artere implante edilmiş konduitin erken postoperatif dönemde LAD kompresyonu. Elektron poster. Türk Kardiyoloji Derneği. 35-ci Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi. – 2019. – Antalya, Türkiyə.

33. Ş. Elesgerli, F. İbrahimov, O. Musayev/ Anstabil anjina ile baş vurmuş hastada LAD ve Cx-de tekrarlayan intraprocedural stent trombozu. //Elektron poster.// Türk Kardiyoloji Derneği. 35-ci Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi. – 2019. – Antalya, Türkiyə.

34. Р.Г. Алекперов, Т.Ш. Джахангиров, Г.М. Дадашова, Ф.Н. Ибрагимов. Эхокардиографическая оценка эффективности лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза со средним значением фракции выброса методом наружной контрпульсации. Научно-Исследовательский Институт Кардиологии им. Дж.М.Абдуллаева, Баку, Азербайджан; Центральная Клиническая Больница, Баку, Азербайджан, Министерство здравоохранения РФ, Российская академия

наук, Всемирная Федерация Сердца, Фонд содействия развитию кардиологии «34. Кардиопрогресс». – Москва – 2021.

35. T. Jahangirov, R. Alakbarov, G. Dadashova, F. Ibrahimov/ Echocardiographic evaluation of patients with diastolic dysfunction of the left ventricle treated with external counterpulsation / Beyxəlxalq ürək və damar xəstəlikləri jurnalı. – 2021. – Vol. 9 (29). – s. 4.

36. Shahana A., Firdovsi İ., Shafa Sh., Mehriban İ., Elnura G., Gulay M. Metamphetamin induced coronary thrombosis // [E-poster]. 28-ci girişimsel kardioloji konqresi. – İstanbul, Türkiyə.

37. E. Qardaşova. F. İbrahimov // [E-poster] // Koroner BT anjiyografi kılavuzluğunda korumasız sol ana koroner arter revaskulyarizasyonu // 28-31 oktyabr İstanbul, Türkiyə

38. F. İbrahimov // Azərbaycan Kardiologiya Cəmiyyətinin 10-cu milli konqressinin tezis materialları // Miokardial revaskulyarizasiya icra edilmiş KAX xəstələrində şəkərli diabetin sol mədəciyin atım fraksiyasına təsirinin öyrənilməsi // Azərbaycan Kardiologiya Jurnalı 2021 N 2 (20)-T10 – s –72.

39. F. İbrahimov // Azərbaycan Kardiologiya Cəmiyyətinin 10-cu milli konqressinin tezis materialları // Çox damar xəstəliyi olan yaşlı xəstələrdə koronar arter bypass əməliyyatı və ya perkutan koronar müdaxilədən sonra qısa və uzun müddətli təqib. // Azərbaycan Kardiologiya Jurnalı 2021 N 2(20)-T4 – s –65.

İXTİSARLARIN SİYAHISI

AKC	– Avropa Kardioloqlar Cəmiyyəti
AKŞ	– aorta-koronar şuntlama
AF	– atım fraksiyası
CO	– karbon monooksid
DÖS	– dərman örtüklü stent
DS	– dərmansız stent
DÖB	– dərman örtüklü balon
EA	– ekstrakardial arteriopatiya
KAX	– koronar arteriya xəstəliyi
KKS	– kəskin koronar sindrom
KVX	– kardiovaskulyar xəstəlik
QSS	– qeyri-stabil stenokardiya
MACCE	– <i>major cerebrovascular and cardiac adverse events</i> (əsas kardiyaq və serebrovaskulyar ağırlaşmalar)
Mİ	– miokard infarktı
MMP	– matriks metalloproteinazaları
MR	– miokardial revaskulyarizasiya
ND	– nevroloji disfunksiya
PAX	– periferik arteriya xəstəliyi
PKM	– perkutan koronar müdaxilə
PTKA	– perkutan transluminal angioplastika
SM	– sol mədəciyin
STEMİ	– ST elevasiyası ilə müşayiət olunan miokard infarktı
SÖE	– sol ön enən arteriya
ŞD	– şəkərli diabet
ÜST	– Ümumdünya səhiyyə təşkilatı
ÜİX	– ürəyin işemik xəstəliyi

Dissertasiyanın müdafiəsi “___” _____ 2022-ci ildə saat “___”-da Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində D 03.012 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan AZ 1022, Bakı şəhəri, Ə. Qasımsadə küç.,14

Dissertasiya işi ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “___” _____ 2022-ci il tarixdə göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 22.04.2022

Kağız formatı: 60 x 84 ¹/₁₆

Həcm: 76 471

Tiraj: 70