

AKC XƏBƏR:

“Kardiologiyanın Aylıq Nəbzi”

Mart 2024-cü il



TƏBİB və Azərbaycan Kardiologiya Cəmiyyəti arasında 29.02.2024-cü il tarixində qarşılıqlı əməkdaşlıq haqqında anlaşma memorandumu imzalanıb. Görüş zamanı TƏBİB-in İcraçı direktorunun müavini Araz Nəsirov, direktorun müşaviri Emin Xəlilov, Tibbi təhsil və innovasiyalar departamentinin rəhbəri Teymur Mirzəbəyli, AKC İB-nin sədri Ülvi Mirzəyev, AKC Səhiyyə Siyasəti İşçi Qrupunun rəhbəri Mehriban Sadıxova və AKC İB sədr müavinləri Abbasəli Abbasəliyev və Fuad Səmədov və AKC İB katibi Cəmil Babayev də iştirak etdilər.



Azərbaycan
Kardiologiya
Cəmiyyəti



24 fevral 2024-cü il tarixində Avropa Hipertenziya Cəmiyyəti və Azərbaycan Kardiologiya Cəmiyyətinin əməkdaşlığı ilə “I Beynəlxalq Birgə Hipertenziya” tədbiri keçirildi. Tədbirdə iştirak edən 300-ə yaxın həkim yerli və xarici məruzəçilərin çıxışlarını, maraqlı müzakirələri dinlədilər. Həmçinin tədbirdə AKC İB-nin yeni-“Hədəf-120/80” layihəsinin təqdimatı keçirildi, layihə çərçivəsində görüləcək işlər anons edildi.



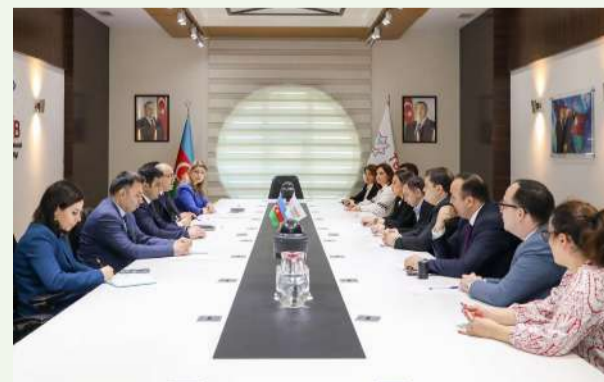
TƏBİB-in İcraçı direktorunun müavini Araz Nəsirov görüşdə bildirib ki, bu cür əməkdaşlıqlar səhiyyə sisteminin daha da inkişafına, gələcəkdə aktiv layihələrin həyata keçirilməsinə, tərəflər arasında faydalı, uzunmüddətli və effektiv əlaqələrin qurulmasına zəmin yaradır.

Tibbi təhsil və innovasiyalar departamentinin rəhbəri Teymur Mirzəbəyli vurğulayıb ki, bu əməkdaşlıq ölkədə həyata keçirilən davamlı tibbi təhsilin inkişafı, həkim, rezident, tələbə və orta tibb işçilərinin potensialının gücləndirilməsi, onların peşəkar inkişafı üçün mexanizmlərin yaradılması, nəzəri bilik və praktiki bacarıqlarının təkmilləşdirilməsi məqsədilə tibbi elmi-praktik konfrans, təlim, elmi tədqiqatların, ixtisasartırma kurslarının təşkilinə əhəmiyyətli dərəcədə töhfə verəcək.

Görüşdə gələcək planlar, qarşılıqlı maraq doğuran layihələrin hazırlanması, görülən işlərdə qarşıya çıxan problemlər də müzakirə olunub.



15 mart 2024-cü il tarixində Azərbaycan Kardiologiya Cəmiyyəti İnvaziv işçi qrupunun təşəbbüsü ilə “İnvaziv kardioloqların Bakı toplantısı” adlı tədbir keçirilib. Tədbirdə İnvaziv işçi qrupunun rəhbəri Musa Qəhrəmanov perkutan invaziv müdaxilə tələb edən məqamlarda yarana biləcək ağırlaşmalara dair məsələlərin erkən dövərdə müxtəlif innovativ texnoloji vasitələri tətbiq etməklə idarə olunmasına dair məsələləri öz məruzəsində ətraflı şəkildə vurğulamışdır, daha sonrasında invaziv kardioloqların təqdimatında mövzuya dair klinik hallar təqdim olunaraq, geniş müzakirələr aparılmışdır.



ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI İŞÇİ QRUPU:

Şahən Ələsgəri
(rəhbər)

Aysel İslamlı
(üzv)

Mehriban İsgəndər
(üzv)

Aygün Kazımlı
(üzv)

Elnur Rəşidov
(üzv)

Elnurə Qardaşova
(üzv)

Günəl Kərimova
(üzv)

Günəl Əsgərova
(üzv)

Jalə Abbasova
(üzv)

Jalə Həsənova
(üzv)

Hikmət Əliyev
(üzv)

Mayaxanım Rzayeva
(üzv)

Sahilə Tacəddinova
(üzv)

Sara Bayramova
(üzv)

Səbinə Eminova
(üzv)

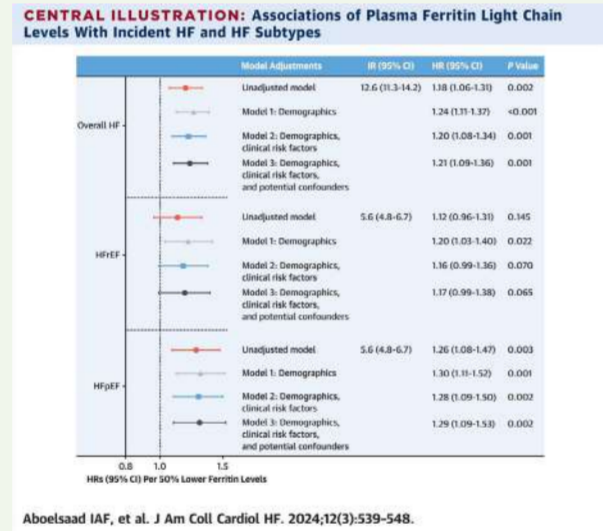
Səbinə Musayeva
(üzv)

Vüsələ Rəhimli
(üzv)

ARIC Tədqiqatı:Plazma Ferritin Səviyyələri, Ürək Çatışmazlığı hadisələri, Kardiak struktur və Funksiyaları

Ürək çatışmazlığı (ÜÇ) olan pasiyentlərin böyük bir qisminə anemiya və anemiya mövcud olmadan da dəmir defisiti rast gəlinməkdədir. Bir çox tədqiqat nəticələri və meta-analiz nəticələri dəmir defisiti izlənən ÜÇ pasiyentlərində həm həyat keyfiyyətində pisləşmə, həm də hospitalizasiya kimi halların artdığını göstərdi. Dəmirin bərpası üçün bir sıra terapevtik vasitələrin mövcud olsa da, dəmir defisitinin tez-tez rast gəlinməsi ÜÇ və kardiak disfunksiya səbəb ola biləcəyi düşünülür. Bu tədqiqatın məqsədi, yaşlılarda ümumi ÜÇ, ÜÇ fenotipləri, kardiak struktur və funksiya göstəricilərinin plazmadakı ferritin səviyyəsi ilə əlaqəsini qiymətləndirmək idi.

Tədqiqatda ARIC (İcmalarda Ateroskleroz Riski) çalışmasında öncədən bilinən ÜÇ və anemiyası olmayan iştirakçılar tədqiq edildi. Cox proporsional risklərin regressiya modellərindən istifadə etməklə, plazma ferritin səviyyələrinin ümumilikdə ÜÇ hadisələri, atım fraksiyası qorunmuş (HFpEF) ürək çatışmazlığı və atım fraksiyası azalmış (HFrEF) ürək çatışmazlığı ilə əlaqəsi qiymətləndirilmişdir. Xətti regressiya modelləri ilə isə plazma ferritin səviyyələrinin kardiak struktur və funksiyanın exokardioqrafik göstəriciləri ilə kəşifə əlaqəsi göstərildi.



Tədqiqata orta yaşı 75 ± 5 olan 3472 fərd (56% qadınlar, 14% qara dərilil) daxil edilmişdi. Tam tənzimlənmiş modellərdə, aşağı ferritin dəyəri ümumilikdə daha yüksək ÜÇ yaranması riski (HR: 50% daha aşağı ferritin səviyyəsi üçün 1.20 [95% CI: 1.08-1.34]) və HFpEF riski ilə daha çox (HR: 1.28 [95% CI: 1.09-1.50]) əlaqələndirildi. HFrEF inkişaf riski ilə əlaqə statistik olaraq əhəmiyyətli dərəcədə izlənilmədi. Aşağı ferritin səviyyələri daha yüksək E/e' nisbəti və daha yüksək pulmonar arterial sistolik təzyiq ilə əlaqələndirildi. Aşağı ferritin səviyyələrinin sol mədəciyin struktur və ya sistolik funksiyanın göstəriciləri ilə əlaqəsi izlənilmədi.

Beləliklə, yekun olaraq bilinən ÜÇ və ya anemiyası olmayan yaşlı fərdlər arasında aşağı plazma ferritin səviyyələri ÜÇ epizodu, HFpEF və sol mədəciyin yüksəlmiş dolma təzyiqi ilə əlaqəlidir.

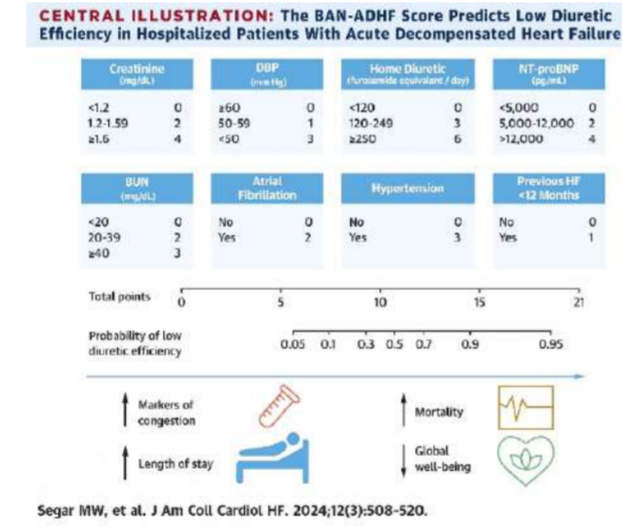
Hazırladı:

Səbinə Eminova
Bakı Sağlamlıq Mərkəzi

Mənbə:

Iman A.F. Aboulaad, Brian L. Claggett, Victoria Arthur, Pranav Dorbala, Kunihiro Matsushita, Brandon W. Lennep, Bing Yu, Pamela L. Lutsey, Chiadi E. Ndumele, Youssef M.K. Farag, Amil M. Shah, and Leo F. Buckley. J Am Coll Cardiol HF. 2024 Mar, 12 (3) 539-548

Kəskin dekompensasiyalı ürək çatışmazlığı: aşağı diuretik effektivliyinin müəyyən edilməsində fenotipik xəritələmə və klinik skora



Kəskin dekompensasiyalı ürək çatışmazlığı (KDÜÇ) olan şəxslər diuretik müalicəsinə fərqli reaksiya verirlər. Hal-hazırda durğunluğun müalicəsi zamanı aşağı diuretik effektivliyinin erkən müəyyən edilməsinə dair strategiyalar kifayət qədər deyil.

Məhz bu səbəbdən bu yeni tədqiqatda müəlliflər aşağı diuretik effektivliyi olan xəstələri müəyyən etmək üçün avtomatlaşdırılmış fenotipik xəritələmə və inteqral hesaba əsaslanan diurez skorunu inkişaf etdirməyə çalışdılar. ROSE-AHF, CARRESS-HF və ATHENA-HF tədqiqatlarından KDÜÇ olan iştirakçılar arasında diuretik effektivliyə (ümumi venadaxili furosemidə ekvivalent ilgək diuretik dozasına müvafiq ilk 72 saat ərzində sidik ifrazının miqdarı) əsaslanan fenotipləri müəyyən etmək üçün çox şaxəli mürəkkəb modelə əsaslanan fenotipik xəritələmə aparıldı. Fenotiplər isə digər KDÜÇ ilə bağlı tədqiqatlarda (DOSE/ESCAPE) birləşdirildi.

Daha öncə adları sadalanmış KDÜÇ ilə bağlı tədqiqatları istifadə edərək aşağı diuretik effektivlik ehtimalını qiymətləndirmək üçün fenotiplərin diuretik effektivlik prediktorlarına əsaslanan diurez skorunu (BAN-ADHF skorunu: qalıq azot, kreatinin, natriuretik peptid səviyyələri, atrial fibrilyasiya, diastolik qan təzyiqi, hipertenziya və

evdə diuretik istifadəsi, ürək çatışmazlığı hospitalizasiyası) hazırlanaraq təsdiq edildi. BAN-ADHF skorunun durğunluq əlamətləri və simptomları, xəstəxanada yatış müddəti, xəstəxana daxil olma, sosial vəziyyəti ilə əlaqəsi müvafiq regressiya modellərindən istifadə etməklə qiymətləndirildi.

Nəticələrə gəldikdə, ümumilikdə diuretik effektivliyə əsaslanan 3 fenotip müəyyən edildi: 1-ci fenotip (n = 370; 47%) (median: 13,1 mL/mg; Q1-Q3: 7,7-19,4 mL/mg), 2-ci (n = 290; 37%) və 3-cü fenotiplərlə müqayisədə (n = 134; 17%) (median: 17,8 mL/mg; Q1-Q3: 10,8-26,1 mL/mg və median: 35,3 mL/mg; Q1-Q3: 17,5-49,0 mL/mg, müvafiq olaraq) daha aşağı diuretik effektivliyinə malik idi (P < 0.001). Gündə iki dəfə 80mq venadaxili furosemidə cavab olaraq ən aşağı və ən yüksək diuretik effektivlik qrupu (1-ci və 3-cü fenotip) arasındakı ortalama sidik ifrazı fərqi 3520ml/gün olmuşdur. BAN-ADHF skorunu, böyrək funksiyası (kreatinin və ya qalıq azotu), natriuretik peptid səviyyələri ölçmələrindən daha üstün olaraq ən aşağı diuretik effektivlik fenotipini müəyyən etmək üçün ən yaxşı modeldir (DOSE/ESCAPE təsdiqləmə kohortunda C-indeksi : 0.92) (DeLong P<0.001 hamısı üçün). Xəstələr arasında 24 saat ərzində gündə iki dəfə 80 mg venadaxili furosemidə cavab olaraq tam sidik ifrazı müvafiq olaraq aşağı və yüksək BAN-ADHF skoruna əsasən 2650 və 660 ml olmuşdur. Sosial rifahı əhəmiyyətli dərəcədə aşağı, xəstəxana çıxışında natriuretik peptid səviyyəsi çox yüksək, xəstəxana yatış müddəti uzun olan yüksək BAN-ADHF skoruna əsaslanan iştirakçıların xəstəxanadaxili ölüm riskləri həm derivasiya, həm də təsdiq qruplarından daha yüksək idi.

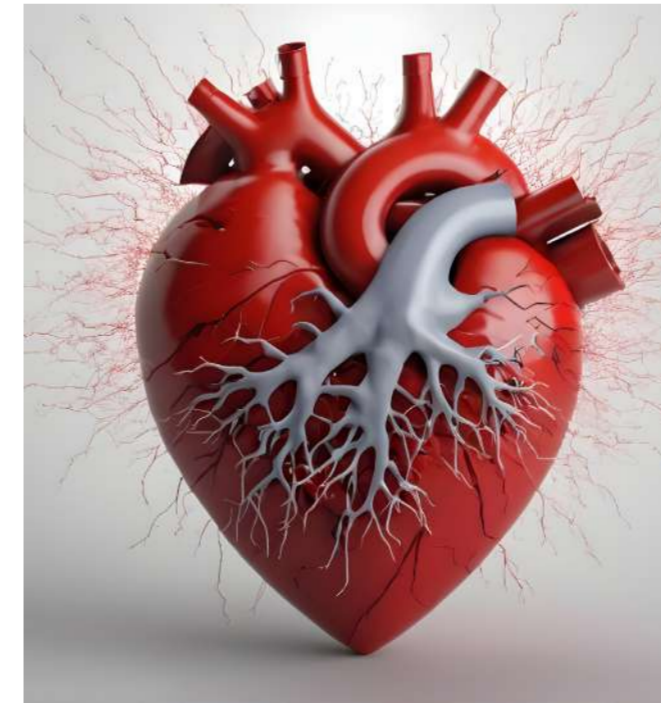
Yekun olaraq, müəlliflər KDÜÇ və diuretik müalicəsinə fərqli cavab verən şəxslər üçün yatış müddəti və mortalitə ilə əlaqəli olan fenotipik xəritələmə strategiyasını və diurez skorunu hazırlayaraq klinik faydalılığını təsdiq etdilər.

Hazırladı:

Mayaxanım Rzayeva
İstanbul NS Klinikas

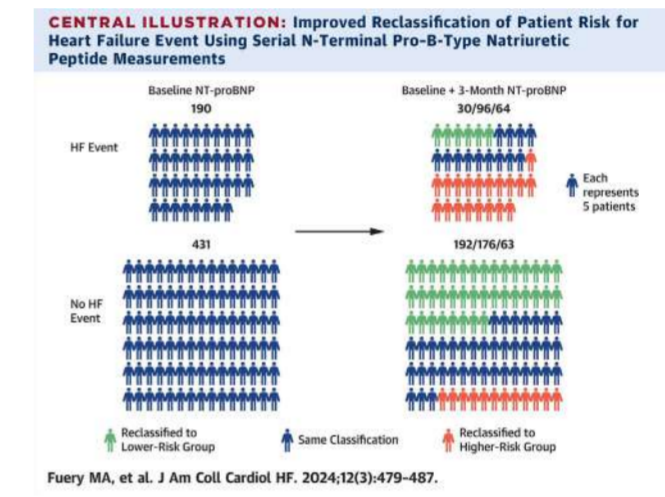
Mənbə:

Matthew W. Segar, Muhammad Shahzeb Khan, Kershaw V. Patel, Javed Butler, Ashwin K. Ravichandran, Mary Norine Walsh, DuWayne Willett, Gregg C. Fonarow, Mark H. Drazner, Robert J. Mentz, Jennifer Hall. JACC HF, 2024, 12(3) 508-520



Atım fraksiyası azalmış ürək çatışmazlığı olan pasiyentlərdə təkrari NT proBNP ölçümlərinin proqnostik təsiri.

Müasir dövrdə N – terminal pro-B tipli natriuretik peptid (NT – proBNP) Ürək çatışmazlığının həm diaqnostikasında həm də proqnozunda geniş istifadə olunan və ölçətan biomarkerdir. Hətta hal-hazırda ÜÇ-nin müalicəsində də NT – proBNP-nin təkrar seriya şəkilli ölçülməsinin müalicə effektivliyinin yüksəldilməsində və ÜÇ-nin pisləşməsinə bağlı ağırlaşmaların erkən vaxtında aşkar olunmasında əhəmiyyətli olduğu bir çox klinik tədqiqatlarda da öz əksini tapmaqdadır. GUIDE – IT (Ürək Çatışmazlığında Biomarkerlə Gücləndirilmiş Sübut Əsaslı Müalicə) tədqiqatın aparılmasında əsas məqsəd xronik ÜÇ olan xəstələr üçün tek ölçümlə müqayisədə təkrar NTpro- BNP ölçümlərinin əlavə proqnostik əhəmiyyətini müəyyən etmək idi.



GUIDE – IT tədqiqatına, ABŞ və Kanadadan atım fraksiyası azalmış xronik ÜÇ

olan 894 tədqiqat iştirakçı daxil edilmişdir. Təkrari seriya şəkilli NT – proBNP səviyyələri 2 il tədqiqat dövrü ərzində ölçüldü. Təkrari NT – proBNP ölçümləri və tədqiqat nəticələri arasındakı əlaqə birgə boylama və sağ qalma modelindən istifadə etməklə qiymətləndirilmişdir.

Beləki, ilkin NT – proBNP səviyyəsinin ikiqat artırılması ilə kardiovaskulyar ölümün və ya ÜÇ-a bağlı hospitalizasiyanın ilkin nəticələri üçün Hazard ratio (HR) 1.17 (95% CI: 1.08 – 1.28; P = 0.0003) ilə əlaqələndirildi. Seriya şəkilli ölçümlər tədqiqatın ilkin nəticələri üçün HR – nu 1.66 – ya qədər (95% CI: 1.50 – 1.84; P < 0.0001) artırırdı və ikincili nəticələrdə də oxşar risk artımı müşahidə edildi. Birgə modeləşdirilmədən istifadə etməklə müəyyən olundu ki, ÜÇ-a bağlı hadisələrin başlanmasından bir neçə həftə əvvəl NT proBNP səviyyəsində yüksəlmə baş vermişdir.

Yekun olaraq, təkrari seriya şəkilli NT – proBNP ölçümləri atım fraksiyası azalmış ÜÇ-a bağlı hadisələrin güclü proqnostik prediktorudur. Ejeksiyon fraksiyasının azalması və konsentrasiyanın artması hadisə başlamazdan xeyli əvvəl baş verir. Bu nəticələrə əsasən ÜÇ-nin müalicəsi bağlı klinik qərarların verilməsində rutin olaraq NT – proBNP monitorinqini dəstəkləyə bilər.

Hazırladı:

Jalə Abbasova
Ellab Diaqnostik Klinikas

Mənbə:

Michael A. Fuery, Eric S. Leifer, Marc D. Samsky, Sounok Sen, Christopher M. O'Connor, Mona Fiazat, Justin Ezekowitz, Ileana Piña, David Whellan, Daniel Mark, G. Michael Felker, Nihar R. Desai, James L. Januzzi, and Tariq Ahmad. J Am Coll Cardiol HF. 2024 Mar, 12 (3) 479-487





ÜRƏK-DAMAR XƏSTƏLİKLƏRİ VƏ ORUC

Oruc tutmaq İslamın vacib qaydalarındandır. Digər dinlərdə də bənzər praktika mövcuddur. Ramazanda oruc 29-30 gün ərzində, coğrafi ərazidən, iqlimdən asılı olaraq 12-20 saata qədər (qütblərdə yay fəslində) çəkə bilər. Sağlam müsəlmanlar üçün vacib sayılmaqla birgə, xəstələrdə oruc tutmağın göstərişləri tam aydın deyil. Son 2 dekadda bu problemə yönəlmiş bir çox, əsasən retrospektiv və az sayda xəstələrdən ibarət tədqiqatlar aparılsa da, hələ də klinik təcrübədə tövsiyələr məhduddur. Bu məqalənin məqsədi mövcud ədəbiyyata istinadən Ramazanda ürək-damar xəstələrinə yanaşmada yol göstərici olmaqdır.

Orucun sağlamlığa və ürək-damar risk faktorlarına təsiri nələrdir?

Oruc emosional gərginlik, stress, depressiyaya pozitiv təsir göstərir. İltihabi proses və stress ürək-damar xəstəliklərinin prediktorları hesab olunur. Oruc, ateroskleroza səbəb olan homosistein, IL-6, hs-CRP kimi iltihab faktorlarının qanda konsentrasiyasını azaldır. Oruc zamanı HDL səviyyəsində artma, LDL, VLDL və triqliserid səviyyəsində azalma görülür. İnsulinə həssaslıq artır. Simpatik sinir tonusunun azalması, azan sinir tonusunun artması nəticəsində ürək döyüntülərinin sayı, sistolik və diastolik təzyiç azalır. Coğrafi yerləşmə, iqlim, fəsildən asılı olaraq orucun təsiri fərqlənə bilər. İsti havada, daha uzun sürən aclıq artmış hipoxlikemiya və dehidratasiya riski daşıyır. Yanaşı şəkərli diabeti və xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələr daha yaxından təqib olunmalıdır.

Oruc tutmaq ürək-damar xəstəliklərinə səbəb olarmı?

Aparılan bir retrospektiv tədqiqatda 10 illik təqib müddətində Ramazan ayı boyunca ürək-damar xəstəliklərinə bağlı xəstəxanaya yatış nisbətində digər aylara görə artım izlənilməyib. Bənzər digər çalışmada **sağlam insanlarda** orucun ürək-damar xəstəliklərinə səbəb olmadığı göstərilmişdir. Ancaq, isti və uzun yay aylarında oruc tutmaq bir çox ürək damar sistemi **xəstəliyi olanlarda** problem yarada bilər. Belə ki, tərləmə ilə maye və elektrolit itirilməsi baş verir.

Bu isə qan təzyiqində düşmə, bayılma, koronar işemiya nəticəsində kəskin koronar sindrom və mövcud ürək çatışmazlığının (ÜÇ) ağırlaşmasına səbəb ola bilər. Bu vəziyyət yaşlı xəstələrdə daha tez-tez müşahidə olunur.

Ürək-damar xəstələri oruc tuta bilərlmi?

Ümumilikdə, düzgün tutulan oruc zamanı əksər ürək-damar xəstələrində əhəmiyyətli ağırlaşma izlənilir. Hətta bəzi xəstələrə faydalı ola bilər. Məsələn, hipertoniya xəstələrində dərmanlarına davam etmək, ehtiyac halında modifikasiya etmək şərti ilə oruc tutmaq arıqlamağa və qan təzyiqinin stabilləşməsinə səbəb olur. Vacib olan xəstənin dərmanlarına davam etməsi, iftar və sahurda doğru qidalanmasıdır. Ürək nahiyəsində ağrı, təngnəfəslik şikayətləri aktiv davam edən xəstələrin oruc tutması məsləhət deyil. Ciddi ürək çatışmazlığı olan xəstələrin istifadə etdikləri dərman sayının çoxluğu, əksərən yanaşı olaraq böyrək çatışmazlığı, şəkərli diabetin olması səbəbi ilə müalicələrinin iftar və sahur arasında təyin olunması da uyğun deyil. Bu xəstələrin klinikasının stabilliyi dərmanların günün müxtəlif saatlarında müntəzəm qəbulu və maye-elektrolit balansının qorunmasıyla mümkündür. Bu səbəbdən ciddi ürək çatışmazlığı olan xəstələr oruc tutmamalıdır.

Yüksək dozada sidıqquvucu dərman qəbul edən pasiyentlərin, xüsusən isti yay aylarında oruc tutmaları risklidir. Son 3 ay içində kəskin koronar sindrom/miokard infarktı, perkutan koronar müdaxilə, aorto-koronar şuntlama əməliyyatı keçirən xəstələrə, oruc tutmaq məsləhət deyil. Oruc tutarkən elektrolit disbalansı və işemiya yarana bilər. Bu səbəbdən ciddi aritmiyası olan xəstələrin oruc tutması risklidir. Rezistent hipertenziyası olan xəstələr təzyiç nəzarəti olmadan oruc tutmamalıdır. Müalicə fonunda stabil hipertenziyalı xəstələr dərmanlarına davam etmək şərti ilə oruc tuta bilərlər. Bruqada sindromu olan xəstələrdə uzun sürən aclıq sonrası ağır yemək yeyilməsi fatal aritmiyaya səbəb ola bilər. Uzun QT sindromu olan xəstələrdə anormal pankreas funksiyaları zəminində inkretrin və insulin sekresiyası arta, hipoxlikemiya yarana bilər. Hipoxlikemiya isə öz növbəsində QT ni daha da uzadaraq təhlükəli aritmiyalara səbəb olar. Bu səbəbdən, Bruqada və uzun QT sindromu olan pasiyentlərə oruc tutmaq məsləhət deyil. Ventrikulyar aritmiyalı xəstələr fərdi dəyərləndirilməlidirlər. Kontrolsuz ventrikulyar aritmiyalı xəstələr oruc tutmamalıdır. Hipertrofik obstruktiv KMP olan xəstələr təngnəfəslik və bayılmaya səbəb ola bilən dehidratasiyadan qaçmalıdırlar. Bu xəstə qrupuna oruc tutmaq məsləhət görülür. İnrakardiak cihazı olan xəstələr də fərdi dəyərləndirilməli, altıda yatan ürək xəstəliyi və hazırkı vəziyyəti nəzərə alınmalıdır. Diuretik müalicə alan xəstələrdə uzun sürən aclıq zamanı yaranan elektrolit disbalansı pacemaker funksiyalarını dəyişə bilər.



Oruc zamanı əsas xəstəlik və simptomatik statusa görə risk stratifikasiyası	
Aşağı risk	Yüksək risk
<ul style="list-style-type: none"> • Kontrol altında hipertenziya • Stabil stenokardiya • Stabil ÜÇ (LVEF>35%, HFpEF) • İmplantasiya olunan loop recorder • Permanent pacemaker • Yünül-orta dərəcəli qapaq xəstəlikləri • Yüngül-orta dərəcəli pulmonar hipertenziya • Atrial fibrilyasiya • Supraventrikulyar taxikardiya • Davamlı olmayan ventrikulyar taxikardiya 	<ul style="list-style-type: none"> • Yeni kəskin koronar sindrom/miokard infarktı • Yeni perkutan koronar müdaxilə (3 ay) • Kontrolsuz hipertenziya • Optimal medikal müalicə alan ciddi ürək çatışmazlığı (LVEF ≤35%, NYHA III və IV, son 6 ay içərisində ≥1dekompensasiya ilə hospitalizasiya və 6 dəq.lik yerimə <300m) • Ağır dərəcəli pulmonar hipertenziya • Ağır dərəcəli qapaq patologiyalar • Hipertrofik obstruktiv KMP • Bruqada sindromu • Uzun QT sindromu • Aritmogenik KMP • Nəzarət olunmayan ventrikulyar taxikardiya • ICD və CRT implantasiya olunan xəstələr

Xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrdə dehidratasiya və hiperviskozitə yəni qanın özlülülüyünün artması böyrək zədələnməsini artırır və tromboza səbəb ola bilər. Bütün ürək-damar xəstələri oruca başlamadan əvvəl kardioloq ilə məsləhətləşməlidirlər.

Oruc zamanı idman

Oruc vaxtı tərlə çoxlu maye və elektrolit itkisinin qarşısını almaq üçün idmanın gün batımında və ya gün doğmadan edilməsi tövsiyə olunur. Futbol, voleybol kimi yarışmalı idman növləri gün batandan sonra edilə bilər. Gündüz yatmaq bədənin dinlənməsi üçün faydalı olar. Ən gərgin dönmə Ramazan və orucun erkən dönməsi olduğundan idmançılarda Ramazana ən az 2 həftə qalmış bənzər rejimə yavaş yavaş keçid alınması uyğundur.

Oruc zamanı ürək xəstələrinin dərman müalicəsinin əsas prinsipləri

Ramazan ayında dərmanların qəbul olunmaması və ya kəsilməsi mövcud xəstəliyin pisləşməsinə səbəb olduğundan, əvvəlcədən dərmanların dozalarının və qəbul qaydalarının düzenlənməsinə ehtiyac yaranır. Oruc tutarkən dərmanların farmakokinetikası və farmakodinamikasını dəyişə bilər. Xüsusəndə yayda iftar və sahur arasında qısa müddət olur (5-6 saat). Bu səbəbdən dərmanların yeni həyat ritminə uyğunlaşdırılması asan olmur. Orqanizmdə dərman 4 əsas mərhələdən keçir-absorbsiyası, paylanması, metabolizmi və ekskresiyası.

Bu mərhələlər və qəbul edilən doza dərmanın plazma səviyyəsini müəyyən edir. Plazma səviyyəsini terapevtik pəncərədə tutmaq dərman güvənliyi və effektivliyi üçün vacibdir. Beləliklə, dozalar arasındakı vaxtın dəyişdirilməsi plazma səviyyəsində də dəyişikliyə səbəb ola bilər. Mümkündürsə, gündə 3 dəfə qəbul edilən dərmanların 2 dəfəyə keçilməsi uyğundur. Uzun təsirli komponentlərə malik tək dərman strategiyası arzuolunandır.

Diuretiklər-dehidratasiyanı gücləndirə, nəticədə yan təsirləri (böyrək zədələnməsi və elektrolit disbalansı) arta bilər. Digər tərəfdən, kəsilməsi ürək çatışmazlığını pisləşdirə, təzyiç kontrolunu poza bilər. Ürək çatışmazlığı xəstələrində diqqətli müayinə sonrası doza azaldıla bilər. Sahurda təyin edilməsi uyğundur. Xəstələrdə böyrək funksiyaları və elektrolit səviyyələrinin daha tez-tez təqibi aparılmalıdır. Yay aylarında daha uzun sürən oruc səbəbi ilə dehidratasiya ehtimalı yüksək olduğundan riskli xəstələr oruc tutmamalı, stabil xəstələrdə diuretiklərin kəsilməsi düşünlümdür.



AÇFİ, ARB və Neprilizin inhibitorları-dehidratasiyanı artırır, ortostatik hipotenziya, elektrolit anormallıqları (hiperkalemiya), kəskin böyrək çatışmazlığına səbəb ola bilər. Kəsilməsi ürək çatışmazlığını pisləşdirə, təzyiç kontrolunu poza bilər. Xüsusən, yüksək doza alan xəstələrdə böyrək funksiyaları və elektrolit səviyyələrinin yaxın təqibi aparılmalıdır. Bu qrup dərmanların iftardan sonra təyini uyğundur. Ağır və çox miqdar yeməkdən dərhal sonra alınması hipotenziya və ortostatik simptomlara səbəb ola bilər.

B-blokatorlar-uzun müddətli dehidratasiya dərmanın yan təsirlərini gücləndirə bilər (məs. ortostatik hipotenziya). Kəsilməsi stenokardiya, ürək çatışmazlığı, aritmiya və təzyiqin yüksəlməsinə səbəb ola bilər. İftardan sonra qəbulu uyğundur. Ağır və çox miqdar yeməkdən dərhal sonra alınması ortostatik hipotenziiyaya səbəb ola bilər. Günlük dozanın bölünməsi düşünlüə bilər.

Antiaritmiklər (amiodaron, sotalol, flekainid) – oruca bağlı hipotenziiyanı dərinləşdirərək başgicəllənmə, bayılmaya səbəb ola bilər. Elektrolit anormallıqları intoksikasiya riskini artırır.

Ca-antaqonistləri– dehidratasiya vəziyyəti dərmanın yan təsirlərini gücləndirə bilər (məs. ortostatik hipotenziiya). Kəsilməsi stenokardiya və təzyiç kontrolunun pisləşməsinə səbəb ola bilər. Başgicəllənmə olmaması üçün iftardan sonra qəbulu uyğundur. Ağır və çox miqdar yeməkdən dərhal sonra alınması ortostatik hipotenziiyaya səbəb ola bilər.

Diqoksin-dehidratasiya vəziyyəti böyrək funksiyasını poza, elektrolit disbalansına, nəticədə intoksikasiyaya səbəb ola bilər. İstənilən vaxt qəbul edilə bilər. Böyrək funksiyaları və elektrolit səviyyələri daha sitez-tez izlənilməlidir.

Varfarin – bəzi tədqiqatlarda Varfarin istifadə

edənlərdə Ramazan boyunca INR də artışı olduğu bildirilib. INR səviyyələri dəyişkən gedən, qanama riski yüksək olan xəstələrə Ramazan boyunca INR nin daha tez-tez monitorinqi planlanmalıdır. Bir çox dərman və qidalarla qarşılıqlı təsiri mövcuddur. INR nin sabit tutulması üçün Ramazan boyu yaşıl tərəvəzlərin qəbulunun artırılmaması tövsiyə olunur. İstənilən vaxt qəbul edilə bilər.

YOAK (yeni nəsil oral antikoagulyant)**–Apiksaban** və **Dabiqatran** istifadə edən xəstələr dərman qəbulunu erkən sahur və gec iftarda edərsə antikoagulyasiya edilməyən vaxt pəncərəsi qala bilər. Kəsilməsi insult və sistemik emboliyaya səbəb ola bilər. Xəstələri riskə atmamaq üçün Ramazandan əvvəl 24 saat təsir edən dərmanlara keçməkdə fayda var. Gündə tək doza istifadə olunan Rivaroksaban təyini məqsəduyğundur. Biomənimsənilməsi artdığından iftardan sonra qəbulu məsləhətdir. Dərman dəyişilməsi uyğun deyilsə, tromboz riskinə görə oruc tutulmasına icazə verilməməlidir. Xüsusən yaşlı xəstələrdə və isti havalarda dehidratasiyanın tromboz riskini artıracağı nəzərdə tutulmalıdır.

Antiaqreqantlar - Tikaqrelor alan xəstələrdə gündə 2 dəfə qəbulla əlaqəli farmakodinamik təsirin itirildiyi vaxt pəncərəsi yarana bilər.

Kəsilməsi kəskin koronar sindrom, stent trombozu, insult kimi tromboembolik ağırlaşmalar verə bilər. Gündə 1 dəfə təyin olunan antiplateletlər arasında uyğun seçim preparatı hesab olunur.

SGLT-2 inhibitorları artmış ketoasidoz riski, dehidratasiya və postural hipotenziiyaya səbəb ola bilər. Kəsilməsi ÜÇ-nı pisləşdirə bilər. Ən az Ramazandan 1 ay öncə başlanmalı, kiçik dozada təyin edilməli, iftar və sahurda maye qəbulu artırılmalıdır. Hipoxlikemiyanın qarşısını almaq üçün xəstənin qəbul etdiyi digər diabet dərmanlarına diqqət edilməlidir. yaşlı, xroniki böyrək çatışmazlığı (XBX) olanlarda, ilgək diuretikləri qəbul edənlərdə təyin edilməməlidir.

Statinlər – dehidratasiya fonunda kəskin böyrək zədələnməsi və rabdomioliz riskini arta bilər.

Vazodilatolarlar (nitratlar, alfa blokatorlar) - hipotenziya nəticəsində başgicəllənmə, bayılma müşahidə oluna bilər.

Oruc tuta bilən bir ürək xəstəsi qidalanmada nələrə diqqət etməlidir?

İsti aylarda dehidratasiya çox olacağından iftar ilə sahur arasında yetərli maye alınmalıdır. İstinin təsirindən tərlə maye və su itkisi çox olacağından oruc tutarkən isti, havalanması olmayan məkanlardan, ağır iş görməkdən uzaq durmaq məsləhətdir. Oruc tutan xəstələr ağır və çox miqdarda yeməkdən də uzaq durmalıdırlar. Ağır yemək sonrası taxikardiya, işemiya, hipertenziya yarana bilər. Ürək xəstələrinə Ramazan boyunca 3 dəfə qidalanma önərilir. İftar, iftardan 2-3 saat sonra və sahur şəklində qidalanmaqla kardiak yük azaldıla bilər. Ürək damar xəstələrində iftarda çoxlu yağ və karbohidratlı qida qəbulu sonrası mədə-bağırsaq sistemində qan ehtiyatının toplanması koronar işemiyaaya səbəb ola bilər. Həzmi uzun sürən qidaların seçilməsi lazımdır. Liflə, zülalla zəngin tərəvəzlər uzun müddət (təqribən 8 saat) həzmə uğradığından toxluq hissi də uzun müddət çəkəcək. Əksinə, şəkərli, unlu qidalar qısa müddətdə həzm olunduğundan (təqribən 3 saat) qısa müddətdə aclıq hissi yaranacaq. Tez həzm olunan karbohidrat (şəkərli qidalar, un məmulatları, çörək, makaron məmulatları, şirniyyat və s.) yerinə tərəvəz yeməkləri (lobya, noxud, mərcimək, qarabaşaq və s.) seçilməlidir. Qazlı içkilərdən uzaq durulmalıdır.

Nəticə

Oruc tutmanın ürək-damar sistemine faydaları var. Bütün xəstələri, xəstəlikləri və simptomlarına görə aşağı orta və yuxarı riskli qruplara bölürük. Yuxarı riskli xəstələrə oruc tutmaq məsləhət görülmür. Orta və aşağı riskli xəstələr fərdi yanaşma ilə oruc tuta bilərlər. Bu qrup xəstələr Ramazandan əvvəl dəyərləndirilməli, klinik vəziyyəti, simptomları, həyat tərzləri, dərmanları, yanaşı xəstəlikləri (diabet, XBC), hava şəraiti nəzərə alınmalıdır. Şəkərli diabet və böyrək çatışmazlığı yanaşı gedən xəstələrdə bu qərar endokrinoloq və nefroloqla ortaq şəkildə verilməlidir. Orucun potensial risk və faydaları müzakirə olunmalıdır. Oruc tutacaq xəstələr yaxın təqibdə qalmalıdırlar.

Hazırladı:

Günəş Hüseynova
Bakı Sağlamlıq Mərkəzinin Kardiologiya Şöbəsinin müdiri

Mənbə: Prof Dr Meral Kayıçoğlu, Prof Dr Sinan Aydoğdu. Hekimler için Orucun Kardiyak Boyutu: Kalp Hastalığı Olanlar Ramazan Ayında Oruç Tutabilir mi? (2017).

Alper AT, Akboğa MK, Özcan KS, Tengiz İ, Türk UÖ, Yıldız M, et al. Recommendations for Ramadan fasting to patients with cardiovascular diseases; Turkish Society of Cardiology consensus report. Anatol J Cardiol 2021; 25: X.

Akhtar AM, Ghouri N, Chahal CAA, et al. Ramadan fasting: recommendations for patients with cardiovascular disease. Heart 2022;108:258-265.

