

ESC Pocket Guidelines

Xronik koronar sindromların diaqnostikası və idarə edilməsinə dair 2019 ESC Təvsiyələri*

Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin (ESC) xronik koronar sindromların diaqnostikası və idarə edilməsi üzrə İşçi Qrupu

Sədrilər

Juhani Knuuti

Turku University Hospital
Kiinamyllynkatu 4-8,
FI-20520 Turku, Finland.
Tel: +358 500 592 998
Email: juhani.knuuti@tyks.fi

William Wijns

The Lambe Institute for Translational
Medicine and Curam, National University
of Ireland, Galway, University Road,
Galway, Ireland, H91 TK33.
Tel: +353 91 524411
Email: william.wijns@nuigalway.ie

İşçi qrupun üzvləri:

Antti Saraste (Finlandiya), Davide Capodanno (İtaliya), Emanuele Barbato (İtaliya), Christian Funck-Brentano (Fransa), Eva Prescott (Danimarka), Robert F. Storey (Birləşmiş Krallıq), Christi Deaton (Birləşmiş Krallıq), Thomas Cuisset (Fransa), Stefan Agewall (Norveç), Kenneth Dickstein (Norveç), Thor Edvardsen (Norveç), Javier Escaned (İspaniya), Bernard Gersh (Amerika Birləşmiş Ştatları), Pavel Svitol (Çexiya Respublikası), Martine Gilard (Fransa), David Hasdai (İsrail), Robert Hatala (Slovakiya Respublikası), Felix Mahfoud (Almaniya), Josep Masip (İspaniya), Claudio Muneretto (İtaliya), Marco Valgimigli (İsveçrə), Stephan Achenbach (Almaniya), Jeroen J. Bax (Hollandiya).

Bu sənədin hazırlanmasında iştirak edən ESC qurumları:

Assosiasiyalar: Kəskin Ürək-damar Baxım Assosiasiyası (ACCA), Ürək-damar Tibb bacısı və Mütəfəq Peşələr Assosiasiyası (ACNAP), Avropa Ürək-damar Görüntüləmə Assosiasiyası (EACVI), Avropa Profilaktik Kardiologiya Assosiasiyası (EAPC), Perkutan Ürək-damar müdaxilələr Assosiasiyası (EAPCI), Avropa Ürək Ritm Assosiasiyası (EHRA), Ürək Çatışmazlığı Assosiasiyası (HFA).

Şuralar: Kardioloji təcrübə şurası.

İşçi qruplar: Ateroskleroz və Damar Biologiyası, Ürək-damar Farmakoterapiyası, Ürək-damar Cərrahiyəsi, Koronar Patofiziologiya və Mikrosirkulyasiya, Tromboz.

Bu cib təvsiyələrinin nəzərdən keçirilməsinə töhvə verən PG üzvləri Bernard Lung və Lain A. Symptona xüsusi təşəkkürlər.

ESC Heyəti:

Veronica Dean, Nathalie Cameron, Catherine Després (Sophia Antipolis, France).

Xronik koronar sindromun diaqnostikası və idarə olunması üzrə 2019-cu il AKC Təvsiyələrindən uyğunlaşdırılmışdır (European Heart Journal; 2019 - 10.1093/eurheartj/ehz425)

Mündəricat

1. ESC tövsiyə sinifləri və sübut səviyyəsi	3
2. Giriş	4
3. Koronar arteriya xəstəliyi şübhəsi və stenokardiyası və/və ya təngnəfəsliyi olanlar	11
Addım 1: Simptomlar və əlamətlər	14
Addım 2: Yanaşı xəstəliklər və simptomların digər səbəbləri	14
Addım 3: İlk diaqnostik testlər	14
Addım 4: Koronar arteriya xəstəliyinin testünü və klinik ehtimalının qiymətləndirilməsi	17
Addım 5: Müvafiq diaqnostik testin seçilməsi	18
Addım 6: Riskin qiymətləndirilməsi	22
Həyat tərzinin dəyişdirilməsi	24
Farmakoloji müalicə	25
Revaskulyarizasiya	34
4. Yeni əmələ gəlmiş ürək çatışmazlığı və ya azalmış SolM funksiyası olan pasientlər	36
5. Uzun müddət ərzində xronik koronar sindrom diaqnoz qoyulmuş xəstələr	38
6. Epikardial koronar arteriyalarda obstruktiv xəstəlik olmayan stenokardiya	40
7. Asimptomatik fərdlərdə koronar arteriya xəstəliyi üçün skrining	41
8. Xüsusi hallarda xronik koronar sindrom	43
Hipertenziya	43
Ürəyin qapaq xəstəlikləri	43
Ürək transplantasiyasından sonrakı vəziyyət	44
Bədxassəli şiş	44
Şəkərli diabet	45
Xronik böyrək xəstəliyi	46
Yaşlılar	47
Cins	47
Refrakter stenokardiya	48

1. Avropa Kardiologiya Cəmiyyəti (ESC) təvsiyələrində siniflər və sübut səviyyələri

Cədvəl 1: Təvsiyələrin sinifləri		
Təvsiyələrin sinifləri	Açıqlama	Təvsiyə ifadəsi
Sinif I	Verilmiş müalicə və ya prosedurun faydalı, effektiv olduğuna dair sübut və/və ya ümumi razılıq mövcuddur	Təvsiyə edilir/göstərişdir
Sinif II	Verilmiş müalicə və ya prosedurun faydalılığı/effektivliyi ilə bağlı haqqında ziddiyyətli sübutlar və ya fikir ayrılığı mövcuddur.	
Sinif IIa	Əksər sübut/rəylər faydalılıq/ effektivlik lehindədir.	Nəzərə alınmalıdır
Sinif IIb	Faydalılıq/effektivlik sübut/rəy ilə kifayət qədər təsdiqlənməmişdir.	Nəzərə alın bilər
Sinif III	Verilən müalicə və ya prosedurun faydalı/effektiv olmadığına, bəzi hallarda isə zərərli olmasına dair sübut və ya ümumi razılıq mövcuddur.	Təvsiyə edilmir

©ESC

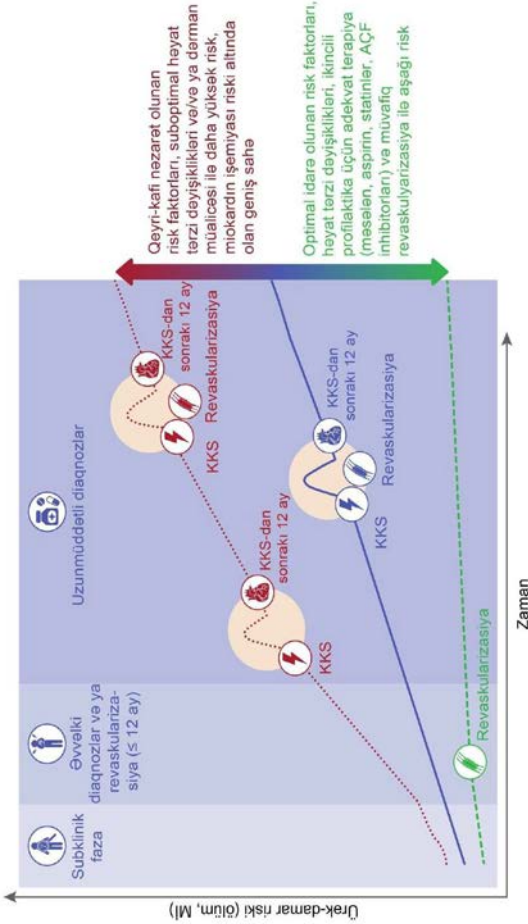
Cədvəl 2: Sübut səviyyələri	
Sübut səviyyəsi A	Çoxsaylı randomizasiya edilmiş klinik tədqiqatlardan və ya meta-analizlərdən əldə edilən məlumatlar.
Sübut səviyyəsi B	Tək randomizasiya edilmiş klinik tədqiqatdan və ya böyük randomizə edilməmiş tədqiqatlardan əldə edilən məlumatlar.
Sübut səviyyəsi C	Ekspertlərin rəyi və/və ya kiçik tədqiqatlar, retrospektiv tədqiqatlar, registrlər.

©ESC

1. Giriş

2019-cu il Təvsiyələri sabit koronar arteriya xəstəliyinə (KAX) deyil, Xronik Koronar Sindromlara (XKS) diqqət yetirmişdir. Əslində, KAX-nin klinik təzahürləri ya kəskin koronar sindromlar (KKS) və ya XKS kimi təsnif edilə bilər. KAX, aterosklerotik düyünün toplanması və koronar dövrənin funksional dəyişikliklərinin dinamik bir prosesidir ki, bu da həyat tərz, farmakoloji müalicə və revaskulyarizasiya ilə dəyişdirilə bilər, nəticədə xəstəlik sabitləşər və ya repressiyaya uğrayar (Şəkil 1). Əvvəlki Təvsiyələrlə müqayisədə əsas açar dəyişikliklərin xülasəsi Şəkil 3 və Şəkil 4-də verilmişdir.

Şəkil 1 Xronik koronar sindromların təbii tarixçəsi



Hazırkı tövsiyələrdə hər bölmə Xronik koronar sindromların əsas klinik gedişlərindən bəhs edir. Bu strukturun məqsədi Tövsiyələrin klinik praktikada istifadəsini sadələşdirməkdir. AÇF= angiotenzin-çeviririci ferment, KKS = kəskin koronar sindromlar; MI = miokard infarktı.

Şəkil 2 2019 versiyasında yeni və ya işlənmiş konsepsiyalar

Rəhbər Təvsiyələr sabit KAX əvəzinə XKS-a yönəlməklə işlənib hazırlanmışdır.

Bu dəyişiklik KAX klinik təzahürlərinin KKS və ya XKS kimi təsnif edilə biləcəyini vurğulayır. KAX dinamik bir prosesdir, aterosklerotik düyünlərin toplanması və koronar damarların funksional dəyişiklikləri, hansılar ki, həyat tərz, farmakoloji terapiyalar və revaskulyarizasiya ilə dəyişdirilə bilən xəstəliyin sabitləşməsi və ya repressiyası ilə nəticələnir.

XKS üzrə mövcud Təvsiyələrdə xəstələrdə ən çox rast gəlinən altı klinik ssenari müəyyən edilmişdir:

- (i) XKS şübhəsi olan sabit stenokardiya şikayətləri və ya təngnəfəslik olan xəstələr;
- (ii) Yeni təzahür edən ÜÇ və ya SolM disfunksiyası və KAX şübhəsi olan xəstələr;
- (iii) KKS-dən və ya revaskulyarizasiyadan <1 il vaxt keçmiş sabitləşmiş asimptomatik və simptomatik xəstələr;
- (iv) KKS-dən > 1 il vaxt keçmiş və ya bu yaxınlarda revaskulyarizasiya olunmuş asimptomatik və simptomatik xəstələr;
- (v) Vazospastik və ya mikrovaskulyar stenokardiya şübhəsi olan xəstələr;
- (vi) Skriningdə KAX aşkar edilən asimptomatik xəstələr.

Yaşa, cinsə və simptomlara əsaslanan KAX sınaqönu ehtimalları (SÖE) əsaslı dəyişikliyə məruz qalmışdır. Bundan əlavə, biz SÖE modifikatorları kimi müxtəlif KAX risk faktorlarını özündə əks etdirən yeni "KAX klinik ehtimalı" ifadəsini təqdim etdik. Müxtəlif xəstə qruplarında KAX-nin istisnası və təsdiqi üçün müxtəlif diaqnostik testlərin tətbiqi yenilənmişdir.

Təvsiyələrdə sağlam həyat tərz dəyişikliyi və digər profilaktik tədbirlərin sonrakı ÜD hadisələri və ölüm riskinin azaldılmasında mühüm rolu vurğulanır.

KKS = kəskin koronar sindromlar; KAX = koronar arteriya xəstəliyi; XKS = xronik koronar sindromlar; ÜÇ = ürək çatışmazlığı; SolM= sol mədəcik; SÖE = sınaqönu ehtimal. MV=mikrovaskulyar; ÜD= ürək-damar;

Şəkil 3 Yeni böyük təvsiyələr

Simptomlu xəstələrdə obstruktiv KAX diaqnozunu yalnız klinik qiymətləndirmə ilə istisna edə bilmədikdə miokardın işemiyasını təsdiq etmək üçün qeyri-invaziv funksional görüntülemə və ya koronar KTA ilkin test kimi təvsiyə edilir.

İlkin qeyri-invaziv diaqnostik test seçimi KAX-inklinik ehtimalı, xəstənin xüsusiyyətləri, yerli təcrübə və testin əlçatanlığı əsasında təvsiyə olunur.

Əgər koronar KTA KAX diaqnozu üçün şübhəli və ya diaqnostik yetərsizdirsə, miokardın işemiyasını aydınlaşdırmaq üçün funksional görüntülemə üsulları təvsiyə edilir.

Şəkil 3 Yeni böyük tövsiyələr (davamı)

Dərman müalicəsinə tabe olmayan ağır simptomlu və ya yüngül fiziki iş zamanı törənən yüksək FS stenokardiya şübhəsi və ya klinik ehtimal yüksək olan xəstələrdə KAX-ni təsdiqləmək üçün invaziv koronar anqioqrafiya alternativ test kimi göstərir. İnvaziv funksional test əlçatan olmalı və revaskulyarizasiyadan əvvəl yüksək dərəcəli stenoza (>90% diametrlı darlıq) qiymətləndirə bilməlidir.

Qulaqcıq fibrilyasiyası (QF) olan xəstələrdə OAK (oral antikoagulyant) qəbuluna göstəriş varsa YOAK VKA-ya nisbətən üstün hesab edilir.

QF ilə olan xəstələrdə və CHA2DS2 -VASc balı kişilərdə ≥ 2 və qadınlarda ≥ 3 olan xəstələrdə uzunmüddətli OAK müalicəsi (YOAK və ya VKA üçün terapevtik vaxt intervalı > 70%) tövsiyə edilir.

YOAK üçün uyğun olan xəstələrdə (QF olanlarda PKM sonrası və ya OAK üçün digər göstərişlər) YOAK (gündə iki dəfə apiksaban 5 mq, dabiqatran gündə iki dəfə 150 mq, edoksaban 60 mq gündə bir dəfə və ya rivaroksaban 20 mq gündə bir dəfə) antitrombotik terapiya ilə birlikdə VKA-ya nisbətən üstün hesab edilir.

Aspirin monoterapiyası, ikili antitrombotik müalicə (İATM) və ya OAK monoterapiyası alan pasientlərdə mədə-bağırsaq qanaxması riski yüksək olduqda proton nasosu inhibitorunun eyni vaxtda istifadəsi tövsiyə olunur.

Antilipidemiya müalicəsi ilə mümkün yüksək dözülən doza statinlə hədəfə çatmadıqda ezetimiblə kombinasiya tövsiyə edilir.

Antilipidemiya müalicədə yüksək riskli pasientlərdə statin ezetimib kombinasiyası ilə hədəfə çatmadıqda PCSK9 inhibitoru tövsiyə edilir.

ŞD və ÜDX ilə olan xəstələrdə Na - qlükoza ko-transporter 2 inhibitorları empaqliflozin, kanaqliflozin və ya dapaqliflozin tövsiyə edilir.

ŞD və ÜDX ilə olan xəstələrdə qlukaqona bənzər peptid 1 reseptor aqonistləri-liraqlutid və ya semaqlutid tövsiyə edilir.

Qeyri invaziv testlərlə KAX diaqnozu təsdiq edilə bilmədikdə invaziv funksional dəyərləndirmə ilə KAX tövsiyə edilir.

Əgər digər qeyri-invaziv testlər şübhəli və ya diaqnostik yetərsizdirsə Koronar KTA invaziv anqioqrafiyaya alternativ kimi göstərir.

Yüksək qanaxma riski olmayan, yüksək işemik riskli xəstələrdə uzunmüddətli ikincili profilaktika məqsədi ilə aspirin müalicəsinə ikinci antitrombotik dərmanın əlavə olunması nəzərdə tutula bilər.

Şəkil 3 Yeni böyük tövsiyələr (davamı)

QF ilə olan xəstələrdə və CHA2DS2 -VASc balı kişilərdə 1, qadınlarda 2 olanlarda uzunmüddətli OAK terapiyası (YOAK və ya VKA >70% terapevtik vaxt intervalı ilə) nəzərdə tutulmalıdır.

Rivaroksaban istifadə edildikdə, yüksək qanaxma riski, stent trombozu və ya ishemik insult riskindən üstün olduqda, tək və ya ikili antitrombositar müalicə kimi gündə bir dəfə 20 mq rivaroksaban əvəzinə gündə bir dəfə 15 mq rivaroksaban nəzərdə tutulmalıdır.

Dabiqatran istifadə edildikdə, yüksək qanaxma riski, stent trombozu və ya ishemik insult riskindən üstün olduqda, tək və ya ikili antitrombositar müalicə kimi gündə iki dəfə 110 mq dabiqatran, gündə iki dəfə 150 mq dabiqatrandan üstün tutulmalıdır.

QF və ya OAK üçün digər göstəriş olan xəstələrdə, stent trombozu riski, qanaxma riskindən aşağıdırsa, istifadə edilən stent növündən asılı olmayaraq ağırlaşma olmayan PKM-dən sonra aspirinin erkən dayandırılması (≤ 1 həftə) və OAK və klopidoqrel ilə DAPT davam etdirilməsi nəzərdə tutulmalıdır.

QF olanlarda PKM sonrası və ya digər OAK göstərişi olan xəstələrdə xəstəxanadan evə yazıldıqda stent trombozu riski, qanaxma riskindən yüksəkdirsə, dəqiq müəyyən edilmiş ≥ 1 ay əvəzinə, ümumi müddəti ən çoxu ≤ 6 ay olmaqla, aspirin, klopidoqrel və OAK ilə üçlü terapiya nəzərdə tutulmalıdır.

Aspirin və/və ya klopidoqrel ilə kombinasiyada VKA göstərişi olan xəstələrdə onun doza intensivliyi beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət (INR) 2,0-2,5 diapazonunda və VKA üçün terapevtik vaxt intervalı >70% ilə diqqətlə tənzimlənməlidir.

ÜD ağırlaşmaları riski çox yüksək olan XKS xəstələrində, AÇF inhibitorları nəzərdə tutulmalıdır.

Uzunmüddətli ikincili profilaktika məqsədi ilə, aspirinə ikinci antitrombotik preparatın əlavə edilməsi ishemik riski, qanaxma riskindən yüksək olan xəstələrdə nəzərdə tutula bilər.

(QF olanlarda PKM sonrası və ya digər OAK göstərişi olan xəstələrdə) Orta və ya yüksək stent trombozu riski olan xəstələrdə, istifadə olunan stent növündən asılı olmayaraq, OAK və ya tikagrelor, ya da prasuqrel ilə DAPT, OAK, aspirin və klopidoqrel ilə üçlü terapiyaya alternativ kimi nəzərdə tutula bilər.

Şəkil 3 Yeni böyük tövsiyələr (davamı)

Optimal dərman müalicəsi və revaskulyarizasiya strategiyalarına refrakter olan xəstələrdə, simptomları yaxşılaşdırmaq üçün koronar sinusu daraldan cihaz nəzərdə tutula bilər.

Yayılmış koronar kalsifikasiya, aritmiyalar, həddən artıq piylənmə, nəfəsi saxlamaq əmrini yerinə yetirə bilməmək və ya hər hansı digər şərtlər yaxşı görüntü keyfiyyətini çətinləşdirdikdə, koronar KTA tövsiyə edilmir.

©ESC

Sinif I **Sinif IIa** **Sinif IIb** **Sinif III**

AÇF = Angiotenzinçevirici ferment; QF = Qulaqcıq fibrilyasiyası; KAX = Koronar arteriya xəstəliyi; KTA = Kompüter tomoqrafik angioqrafiya; ÜDX = Ürək- damar xəstəlikləri; ŞD = Şəkərli diabet; YOAK = Yeni oral antikoagulyant; OAK = oral antikoagulant, PKM = Perkutan koronar müdaxilə; VKA = Vitamin K antaqonisti.

Şəkil 4 Tövsiyələr Sinfində əsas dəyişikliklər

2013

2019

Fiziki yükləmə EKQ-si, fiziki yükləmə aparıla bilməyən və ya EKQ qiymətləndirməni çətinləşdirən EKQ dəyişiklikləri olan hallar istisna olmaqla, antişemik preparatlar almayan sabit stenokardiya simptomları və KAX- nin orta SÖE - 15-65% olan xəstələrdə ilkin diaqnoz qoymaq üçün istifadə edilir.	I	Fiziki yükləmə EKQ-si seçilmiş xəstələrdə fiziki yükə tolerantlığın, simptomların, aritmiyaların, AT cavabının və arzuolunmaz hal riskinin qiymətləndirilməsi üçün tövsiyə edilir.	I
	I	Fiziki yükləmə EKQ-si KAX-ı təsdiq və inkar edən digər qeyri-invaziv və ya invaziv görüntüləmə üsulu əlçatan olmadıqda alternativ bir test kimi qəbul edilə bilər.	IIb
Müalicə alan xəstələrdə simptomlara və işemiyaya nəzarəti qiymətləndirmək üçün fiziki yükləmə EKQ-si nəzərdə tutula bilər.	IIa	Müalicə alan xəstələrdə simptomlara və işemiyaya nəzarəti qiymətləndirmək üçün fiziki yükləmə EKQ-si nəzərdə tutula bilər.	IIb
ÜVS, AT və tolerantlıqdan asılı olaraq ikinci sıra müalicə üçün uzunməsrirli nitratlar və ya ivabradin yaxud nikorandil və ya ranolazin əlavə etmək tövsiyə edilir.	IIa	Beta blokatorlar və/və ya qeyri DHP-KKB əks göstərişdirsə, pis keçirilsə və ya stenokardiya simptomlarına nəzarəti yetərsizdirsə, ikinci sıra preparat kimi uzunmüddətli təsirə malik nitratlar istifadə edilə bilər.	IIa

©ESC

Şəkil 4 Təvsiyələrdə Siniflər üzrə əsas dəyişikliklər (davamı)

2013		2019	
İkinci sıra müalicə üçün trimetazidin nəzərdə tutula bilər.	IIb	KKB, BB və uzuntəsirli nitratlar əks göstərişdirsə, pis keçirilsə və ya stenokardiya simptomlarına nəzarəti yetərsizdirsə, stenokardiya tutmalarını azaltmaq və fiziki yükə tolerantlığı (FYT) artırmaq üçün, ikinci sıra müalicə kimi, nikorandil, ranolazin, ivabradin və ya trimetazidin nəzərdə tutula bilər.	IIa
		ÜVS, AT və FYT ilə əlaqəli seçilmiş xəstələrdə BB və ya KKB ikinci sıra dərmanlarla (ranolazin, nikorandil, ivabradin, trimetazidin) kombinasiyası birinci sıra müalicə kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb
(Koronar mikrovaskulyar stenokardiya şübhəsi olan pasientdə) Angioqrafik təsvir normaldırsa, endoteldən asılı olan və olmayan koronar axın ehtiyatını qiymətləndirmək və mikrovaskulyar/epikardial vazospazmı aşkarlamaq üçün Doppler ölçmələri ilə intrakoronar asetilxolin və adenosin nəzərdə tutula bilər.	IIb	Davamlı simptomları olan, lakin koronar arteriyaları angioqrafik olaraq normal və iwFR/FFR ilə orta dərəcəli stenozları olan xəstələrdə, bələdçi tellə koronar axın ehtiyatı və mikrosirkulyator müqavimətin ölçülməsi nəzərdə tutulmalıdır.	IIa
		Əgər koronar arteriyalar angioqrafik olaraq normal və ya iwFR/FFR ilə orta dərəcəli stenozlar varsa, mikrovaskulyar vazospazmı qiymətləndirmək üçün angioqrafiyanın gedişində EKQ monitorlaması ilə intrakoronar asetilxolin təyini nəzərdə tutula bilər.	IIb

Şəkil 4 Təvsiyələrdə siniflər üzrə böyük dəyişikliklər (davamı)

2013		2019	
(Mikrovaskulyar stenokardiya şübhəsi olan xəstədə) Venadaxili adenoizindən sonra və sakitlikdə LAD-nin transtorakal Doppler exokardioqrafiya ilə diastolik koronar axın ehtiyatının ölçülməsi onun qeyri-invaziv ölçülməsi kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb	Koronar axın ehtiyatının qeyri- invaziv qiymətləndirilməsi üçün LAD-nin transtorakal Doppleri, KMR və PET nəzərdə tutula bilər.	IIb
 Sinif I	 Sinif IIa	 Sinif IIb	 Sinif III

©ESC

AT = arterial təzyiq; KAX = koronar arteriya xəstəliyi; KKB = kalsium kanal blokatorları, KMR = kardiyak maqnit rezonans; DHP-KKB = dihidropiridin KKB; EKQ = elektrokardiogram; FFR = fraksional axın ehtiyatı; iwFR = ani dalğasız nisbət; LAD = sol ön enən arteriya; PET = pozitron emission tomoqrafiya; SÖE - sınaqözü ehtimal.

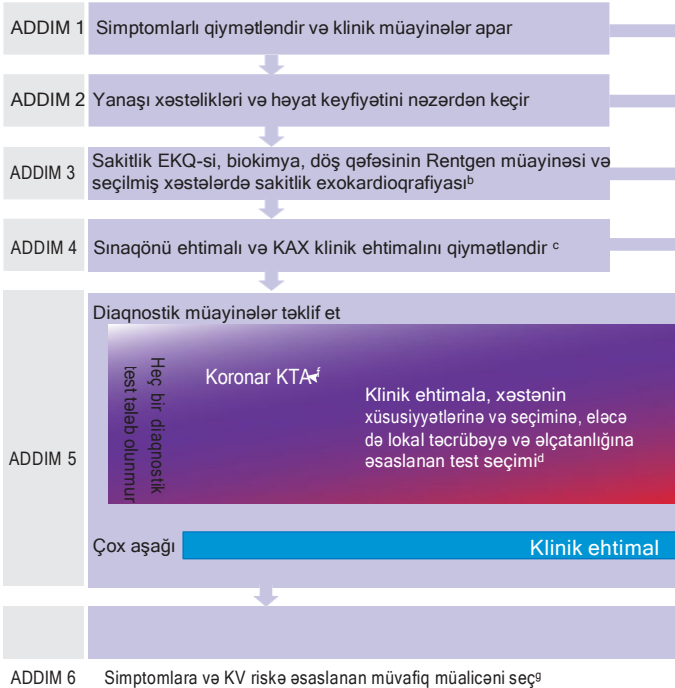
3. Koronar arteriya xəstəliyi şübhəsi və stenokardiyası və/və ya təngnəfəsliyi olanlar

Əsas qiymətləndirmələr, diaqnoz və riskin qiymətləndirilməsi

Stenokardiya və şübhəli obstruktiv KAX olan xəstələrin ilkin diaqnostik qiymətləndirilməsi üçün ümumi yanaşma 6 addımda təsvir olunur və Şəkil 5-də təqdim edilir. Diaqnostik qiymətləndirmə altı addımdan ibarətdir. Bu addımlardan sonra həyat tərzinin dəyişdirilməsi də daxil olmaqla dərman müalicəsinə başlamaq və göstəriş olduqda revaskulyarizasiya aparmaq lazımdır.

Şəkil 5 Stenokardiyalı xəstələrin başlanğıc diaqnostik idarə olunmasına yanaşma

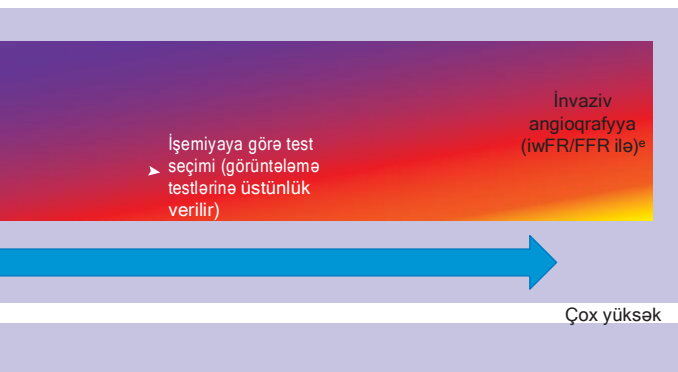
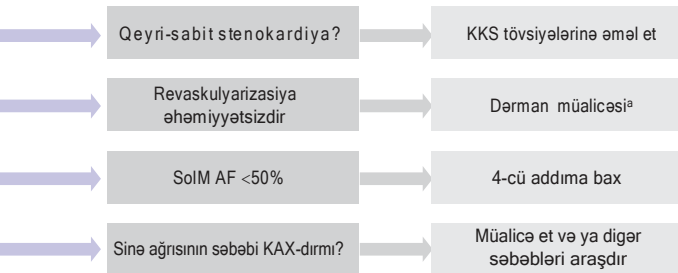
Diaqnostik yanaşma



KKS = kəskin koronar sindrom; KAX = koronar arteriya xəstəliyi; KTA = kompyuter tomografik angioqrafiya; EKQ = elektrokardioqram; FFR = fraksional axın ehtiyatı; iwFR = ani dalğasız nisbət; SolM AF = Sol mədəcikin atım fraksiyası. ^aKAX diaqnozu qeyri-müəyyəndirsə, müalicədən əvvəl miokardın işemiyasına görə qeyri-invaziv funksional görüntüləmədən istifadə edərək diaqnoz qoymaq məqsəduyğun ola bilər. ^bSinə ağrısının daha çox ekstrakardial səbəbdən olması güman edilən çox gənc və sağlam xəstələrdə və exokardioqrafiyanın nəticəsinin xəstənin sonrakı idarə olunması üçün heç bir nəticəsi olmayan multimorbid xəstələrdə buraxıla bilər. ^cSeçilmiş xəstələrdə simptomları, aritmiyalrı, fiziki yükə qarşı tolerantlığı, AT

və KAX şübhəsi

KAX şübhəsi olan pasientlər



cavabı və arzuolunmaz hal riskini qiymətləndirmək üçün fiziki yükləmə EKG- sini nəzərdə tut. ^dFiziki yük qabiliyyəti, testlə əlaqəli fərdi risklər və diaqnostik test nəticəsinin əldə olunma ehtimalı. ^eTibbi müalicəyə qeyri-adekvat cavab verən yüksək klinik ehtimal və simptomlar, klinik qiymətləndirməyə əsaslanan yüksək arzuolunmaz hal riski (aşağı iş yükündəki simptomlarla birgə baş verən ST segmenti depressiyası və ya KAX-ni göstərən sistolik disfunksiya kimi) və ya qeyri- invaziv testləmədə qeyri-müəyyən diaqnoz. ^fƏgər koronar KTA qeyri-müəyyən dərəcəli KAX göstəribsə və ya qeyri-diaqnostikdirsə, miokardın işemiyasını müəyyən etmək üçün funksional görüntüləmə. ^gEpikardial koronar arteriyalarda obstruktiv xəstəlik olmayan ağrıları da nəzərdə tut.

Addım 1: Simptomlar və əlamətlər

Miokardın işemiyası (stenokardiya) ilə əlaqəli narahatlığın xüsusiyyətləri dörd kateqoriyaya bölünə bilər: yer, xarakter, müddət, fiziki yüklə əlaqə və digər ağırlaşdıran və ya yüngülləşdirən amillər. Tipik və atipik ağrıların tərifləri aşağıdakı cədvəldə ümumiləşdirilmişdir **Cədvəl 3**.

Cədvəl 3 Şübhəli anginal simptomların ənənəvi klinik təsnifatı

Tipik stenokardiya	Aşağıdakı üç xüsusiyyətə cavab verir: 1. Sinənin ön hissəsində və ya boyun, çənə, çiyin və ya qolda sıxıcı diskomfort. 2. Fiziki yükləmə ilə törənir 3. İstirahət və ya nitratlarla 5 dəqiqə ərzində aradan qalxır
Atipik stenokardiya	Bu xüsusiyyətlərdən ikisinə cavab verir.
Döş qəfəsində olan qeyri-anginal ağrı	Bu xüsusiyyətlərdən yalnız birinə və ya heç birinə cavab vermir.

© SPC

İlkin stenokardiya ümumiyyətlə qeyri-sabit stenokardiya (QSS) kimi qəbul edilir; lakin əgər stenokardiya ilk dəfə fiziki yükləmədən sonra baş verirsə və istirahətdə azalırsa, bu şübhəli vəziyyət deyil, XKS tərifinə uyğun gəlir. Aşağı risk altında olduğu müəyyən edilən QSS xəstələrinə qeyri-sabitlik dövrü keçdikdən sonra bu tövsiyələrdəki diaqnostik və proqnostik alqoritmlərin tətbiqi tövsiyə olunur.

Addım 2: Komorbid hallar və simptomların digər səbəbləri

Hər hansı bir testə baxılmazdan əvvəl xəstənin ümumi vəziyyəti, yaşa xəstəliklər və həyat keyfiyyəti qiymətləndirilməlidir. Əgər revaskulyarizasiyanın məqbul variant olması ehtimalı azdırsa, əlavə testlər klinik olaraq göstərilən minimum səviyyəyə endirilə bilər və KAX diaqnozu tam təsdiq olmasa belə, stenokardiya qarşı dərmanlar təyin olunmalıdır.

Addım 3: Əsas testlər

KAX şübhəsi olan xəstələrdə əsas (birinci sıra) testlərə standart laborator biokimyəvi testlər, istirahət EKQ-si, ambulator EKQ monitorlaması, istirahət exokardioqrafiyası və seçilmiş xəstələrdə döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası daxildir.

KAX şübhəsi olanlarda ilkin diaqnostikaya dair tövsiyə edilən biokimyəvi testlər

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Qiymətləndirmə zamanı qeyri-sabit kliniki əlamətlər və ya KKS şübhəsi olanlarda, KKS ilə əlaqəli miokardın zədələnməsini istisna etmək üçün yüksək həssaslıqlı və ya ultrahəssas troponinin təkrar analizlərindən istifadə etmək.	I	A
Bütün xəstələrə aşağıdakı qan testləri tövsiyə olunur:		
• Tam qan təhlili (hemoqlobin daxil olmaqla).	I	B
• Kreatinin ölçülməsi və böyrək funksiyasının qiymətləndirilməsi.	I	A
• Lipid profili (ASLP-xolesterin daxil olmaqla).	I	A
XKS şübhəsi və ya diaqnozu olanlarda ŞDT2 skriningi üçün HbA1c və aclıq qan şəkərinin ölçülməsi məsləhətdir. Nəticələr yetərsiz olduqda OQTT əlavə edilməsi tövsiyə olunur.	I	B
Qalxanabənzər vəzin struktur pozulmasına klinik şübhə varsa qalxanabənzər vəz funksiyasının dəyərləndirilməsi tövsiyə olunur.	I	C

©ESC

KKS = kəskin koronar sindrom; KAX = koronar arteriya xəstəliyi, ASLP= aşağı sıxlıqlı lipoprotein; OQTT = oral qlukozaya tolerantlıq testi; ŞDT2 = şəkərli diabet tip2.

^aTövsiyə sinfi – ^bSübut səviyyəsi.

KAX şübhəsi olanların ilkin diaqnostik dəyərlən dirilməsində sakitlik EKQ –sinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Döş qəfəsində ağrı olan bütün pasientlərə 12 kanallı sakitlik EKQ-si tövsiyə olunur.	I	C
KAX-ın klinik sabitsizliyinə şübhəli olan bütün pasientlərə stenokardiya epizodu və dərhal sonra 12 aparmalı sakitlik EKQ-si tövsiyə olunur.	I	C
Supraventrikulyar taxiaritmiya zamanı qeydə alınan ST seqmenti dəyişiklikləri KAX əlaməti kimi istifadə edilməməlidir.	III	C

©ESC

KAX = koronar arteriya xəstəliyi; XKS = xronik koronar sindrom; EKQ = elektrokardiogram.

^aTövsiyə sinfi – ^bSübut səviyyəsi.

KAX şübhəsi olan xəstələrin ilkin diaqnostikası üçün ambulator EKQ monitorinqinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Sinə ağrısı və aritmiya şübhəsi olan pasientlərdə, ambulator EKQ monitorinqi tövsiyə olunur.	I	C
Vazospastik stenokardiya şübhəsi olan pasientlərdə, ambulator 12 aparmalı EKQ monitorinqi nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	C
XKS şübhəsi olan pasientlərdə, ambulator EKQ monitorinqi gündəlik müayinə kimi istifadə edilməməlidir.	III	C

©ESC

EKQ= elektrokardiogram.

^aTövsiyə sinfi ^bSübut səviyyəsi.

Koronar arteriya xəstəliyi şübhəsi olanların ilkin diaqnostikası üçün sakitlik exokardiografiyası və kardiak maqnit rezonans tomoqrafiyasına dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Sakitlik transtorakal exokardiografiyası aşağıdakı bütün xəstələrə tövsiyə olunur: a) Stenokardiyanın alternativ səbəblərinin istisnası. b) KAX olmasını göstərən regional divar hərəkəti pozulmalarının aşkarlanması. c) SolM AF-nın ölçməklə riskin qiymətləndirilməsi. d) Diastolik funksiyanın qiymətləndirilməsi.	I	B
XKS şübhəsi olan və bilinən aterosklerotik xəstəliyi olmayan pasientlərdə, yuxu arteriyalarındakı aterosklerotik düyünləri aşkar etmək üçün, hazırlıqlı mütəxəsislər tərəfindən USM aparılması nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	C
Exo testi nəticələri qeyri-müəyyən olan xəstələrdə, KMR nəzərdə keçirilə bilər.	IIb	C

©ESC

KAX = koronar arteriya xəstəliyi , KMR = kardiak maqnit rezonans; SolM AF = sol mədəcikin atım fraksiyası.

^aTövsiyə sinfi. ^bSubut səviyyəsi.

KAX şübhəsi olan pasientlərin ilkin diaqnostik idarə olunmasında döş qəfəsinin rentgenoqrafiyasına dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Atipik təzahürü, ürək çatışmazlığı əlamətləri və ya ağciyər xəstəliyi şübhəsi olanlara döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası tövsiyə olunur.	I	C

©ESC

^aTövsiyə sinfi. ^bSubut səviyyəsi.

Addım 4: Sınaqönü və KAX klinik ehtimallarının dəyərləndirilməsi

Obstruktiv KAX ehtimalı tədqiq edilən populyasiyada xəstəliyin yayılmasından, həmçinin fərdi xəstənin klinik xüsusiyyətlərindən asılıdır. Bu Təvsiyələrdə yeni sadə proqnozlaşdırıcı model təklif olunur (Cədvəl 4), o cümlədən əsas simptom kimi tənəffəslik ilə müraciət edən xəstələr, yaşa, cinsə və xəstəliyə əsaslanan obstruktiv KAX-nin SÖE-ni dəyərləndirmək üçün istifadə edilə bilər. Simptomların xarakteri, sabit KAX şübhəsi olan pasientlərdə qeyri-invaziv və invaziv testlərə ehtiyacı əhəmiyyətli dərəcədə azaldır.

Cədvəl 4 Koronar Arteriya Xəstəliyinin sınaqönü ehtimalı

	Tipik		Atipik		Qeyri-anginal		Tənəffəslik ^a	
Yaş	K	Q	K	Q	K	Q	K	Q
30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

©ESC

K = kişi; Q = qadın.

^aBuraya, Klassik Diamond və Forrester siniflərinə əlavə olaraq, yalnız tənəffəslik və ya əsas simptom kimi tənəffəsliyi olan xəstələr daxildir. Tünd yaşıl kölgəli sahələr qeyri-invaziv testin ən faydalı olduğu qrupları ifadə edir (SÖE >15%).

Şəkil 6-da təqdim olunan açıq yaşıl boyanmış sahələr KAX-nin SÖE 5-15% arasında olan qruplarını əhatə edir, ümumi klinik ehtimalı qiymətləndirdikdən sonra sınaqönü ehtimalın modifikatorlarına əsaslanmaqla diaqnoz üçün testləmə nəzərdə tutula bilər.

Şəkil 6 Obstruktiv KAX klinik ehtimalı müəyyənediciləri (yaşa, cinsə və simptomların təbiətinə əsaslanan SÖE 5-15% olan xəstələrdə KAX ehtimalının dəqiqləşdirilməsi xüsusilə vacibdir)

Cinsə, yaşa və simptomların təbiətinə əsaslanan SÖE (Cədvəl 4)

Ehtimal azalır

- Normal fiziki yükləmə EKQ-si^a
- KTA ilə koronar kalsium aşkarlanmamışdır (Agatston balları = 0)^a

Ehtimal artır

- ÜDX üçün risk faktorları (dislipidemya, diabet, hipertenziya, tütüncəkme, ÜDX ailə anamnezi)
- Sakitlik EKQ-si dəyişiklikləri (Q- dişciyi və ya ST-segmenti/T- dişciyi dəyişiklikləri)
- KAX-a şübhələlərdə SolMdisfunksiyası
- Anormal yükləmə EKQ-si^a
- KTA-da koronar kalsium^a

KAX klinik ehtimalı

KAX = koronar arteriya xəstəliyi; KTA=kompyuter tomoqrafik angiografiya, ÜDX=ürək-damar xəstəliyi, EKQ=elektrokardioqram, SolM=sol mədəcik SÖE = Sınaqönü ehtimal.

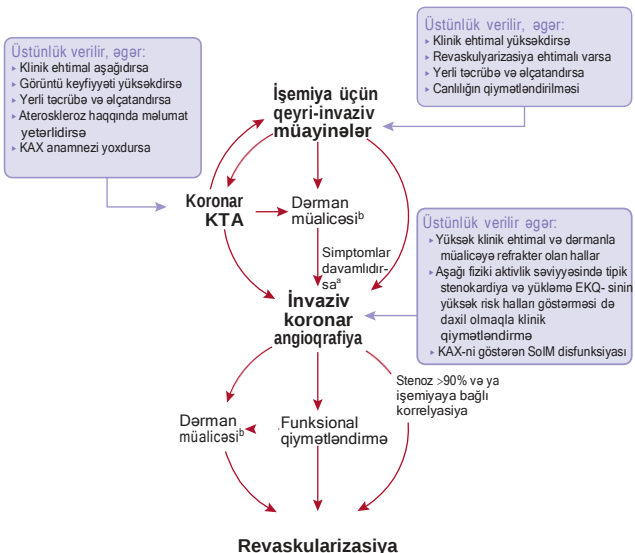
^aəgər mümkündürsə.

©ESC

Addım 5: Müvafiq diaqnostik testin seçilməsi

Komorbid xəstəliklərə və ümumi həyat keyfiyyətinə görə revaskulyarizasiya məqsəduyğun olmayan pasientlərdə KAX diaqnozu klinik olaraq qoyula bilər və yalnız dərman müalicəsi tələb olunur. KAX diaqnozu şübhəlidirsə, müalicədən əvvəl miokard işemiyasına görə qeyri-invaziv funksional görüntüləmədən istifadə edərək diaqnoz qoyulması tövsiyə olunur. Obstruktiv KAX diaqnozunu qoymaq üçün funksional və ya anatomik testdən istifadə oluna bilər (Şəkil 7).

Şəkil 7 Obstruktiv KAX şübhəsi olan simptomatik pasientlərdə əsas diaqnostik yollar.



Səhiyyə sistemi və klinik vəziyyətdən asılı olaraq, müayinələr üç variantdan biri ilə başlaya bilər: qeyri-invaziv test, koronar KTA və ya invaziv koronar angiografiya. Hər bir üsulla müvafiq diaqnostik və terapeutik strategiyanın təyini üçün həm funksional, həm də anatomik məlumatlar toplanır. Risk faktorunun modifikasiyası bütün xəstələrdə nəzərə alınmalıdır. KAX = koronar arteriya xəstəliyi; KTA = kompyuter tomoqrafik angiografiya; EKG = elektrokardiogram; SolİM = sol mədəcik .

^aMikrovaskulyar stenokardiya.

^bAntianginal dərmanlar və/və ya risk faktorunun modifikasiyası.

©ESC

Koronar KTA-ya, KAX-nin daha aşağı klinik ehtimalı olan, əvvəllər KAX diaqnozu olmayan və görüntü keyfiyyəti yaxşı olmayan xəstələrdə üstünlük verilə bilər. Əgər revaskularizasiya ehtimalı varsa və ya xəstəyə əvvəllər KAX diaqnozu qoyulubsa, yüksək klinik ehtimal olan xəstələrdə funksional qeyri-invaziv testlərə üstünlük verilə bilər.

Diaqnostik məqsədlər üçün invaziv koronar angiografiya (İKA) KAX şübhəsi olan xəstələrdə qeyri-invaziv testlərin nəticəsiz qalması halında və ya istisna kimi tənzimləmə məsələlərinə görə müəyyən peşələrdən olan xəstələrdə vacibdir. Digər tərəfdən, qeyri-invaziv qiymətləndirmədə revaskulyarizasiyaya göstəriş ehtimalı yüksək olarsa, İKA göstəriş ola bilər.

Koronar arteriya xəstəliyi şübhəsi olan simptomatik xəstələrin ilkin diaqnostikasında diaqnostik görüntüləmə testlərinin istifadəsinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif^a	Səviyyə^b
Yalnız klinik qiymətləndirmə ilə obstruktiv KAX istisna edilə bilməyən simptomatik pasientlərdə miokardın işemiyasına görə qeyri-invaziv funksional görüntüləmə və ya koronar KTA başlanğıc test kimi tövsiyə edilir.	I	B
İlkin qeyri-invaziv diaqnostik test seçimi KAX klinik ehtimalına, testin aparılmasına təsir edən digər xəstə xüsusiyyətlərinə, yerli təcrübəyə və testin əlçatanlığına əsasən tövsiyə edilir.	I	C
Əgər KTA KAX-nin funksional əhəmiyyəti haqqında qeyri-dəqiq məlumat verirsə və ya diaqnostik deyilsə miokardın işemiyasının funksional görüntülənməsi tövsiyə edilir.	I	B
Yüksək klinik ehtimalı və dərman müalicəsinə refrakter olan ağır simptomları və ya aşağı fiziki göstəriciləri olanlarda tipik stenokardiya və yüksək arzuolunmaz hallar riski göstərən xəstələrdə invaziv koronar angiografiya KAX diaqnozu üçün alternativ test kimi tövsiyə edilir. Invaziv funksional dəyərləndirmə əlçatan olmalı və stenoz dərəcəsini revaskulyarizasiyadan əvvəl aşkarlamalıdır (>90% diametrli stenoz istisna olmaqla).	I	B
Qeyri-invaziv testlərin nəticələri şübhəli və diaqnostik deyilsə, KAX diaqnozunun təsdiqi üçün invaziv funksional dəyərləndirmə ilə İKA nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Digər qeyri-invaziv testlərin nəticələri şübhəli və diaqnostik deyilsə, koronar KTA invaziv angiografiyaya alternativ kimi nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	C

KAX şübhəsi olan simptomatik xəstələrin ilkin diaqnostikasında diaqnostik görüntülemə üsullarının istifadəsinə dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Diffuz koronar kalsifikasiya, qeyri-müntəzəm ürək döyüntüləri, nəzərəcarpan piylənmə, nəfəssaxlama əmlrlərini yerinə yetirə bilməmə və ya görüntü keyfiyyətinə pis təsir edən başqa hallar olduqda koronar KTA tövsiyə edilmir.	III	C
Komputer tomoqrafiya vasitəsi ilə koronar kalsiumun hesablanması obstruktiv KAX olanlarda tövsiyə edilmir.	III	C

©ESC

KAX = koronar arteriya xəstəliyi; KTA = kompyuter tomoqrafik angiografiya.

^aTövsiyyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

^cStres exokardiografiya, stres kardiak maqnetik rezonans, tək foton emissiyalı kompüter tomoqrafiyası, pozitron emissiya tomoqrafiyası.

^dMəşq etmək qabiliyyətini, yaxşı görüntü keyfiyyəti ehtimalını, gözələnən radiasiyaya məruz qalma ehtimalını, riskləri və ya əks-göstərişləri müəyyən edən xüsusiyyətlər.

KAX şübhəsi olan simptomatik xəstələrin ilkin diaqnostikasında fiziki yükləmə EKQ-sinin istifadəsinə dair tövsiyələr.

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Seçilmiş xəstələrdə fiziki yükləmə EKQ-si yükləməyə qarşı tolerantlığın, simptomların, aritmiyaların, AT cavabının və mümkün arzuolunmaz halların riskini qiymətləndirmək üçün tövsiyə edilir ^c .	I	C
KAX ehtimalını istisna və ya təsdiq etmək üçün qeyri-invaziv görüntülemə mümkün olmadıqda fiziki yükləmə EKQ-si nəzərdə tutulmalıdır.	IIb	B
Müalicəsi davam edənlərdə işemiya və simptomlara nəzarət məqsədi ilə fiziki yükləmə EKQ-si nəzərdə tutulmalıdır.	IIb	C
Sakitlik EKQ-sində 0.1 mV ST-depressiyası olan və ya qlikozid qəbul edən xəstələrdə diaqnostik məqsədlə fiziki yükləmə EKQ-si tövsiyə edilmir.	III	C

ESC

KAX = koronar arteriya xəstəliyi; EKQ = elektrokardiogram.

^aTövsiyyə sinfi; ^bSübut səviyyəsi.

^cO zaman ki, bu məlumat diaqnostik strategiyaya və ya idarəetməyə təsir edəcək.

Pillə 6: Arzuolunmaz hal riskinin qiymətləndirilməsi. Revaskulyarizasiyadan fayda göracəyi düşünülən xəstələrdə ağırlaşma riskini qiymətləndirmək tövsiyə olunur.

Cədvəl 5 Təsdiqlənmiş XKSa ilə olan xəstələrdə müxtəlif test üsullarına əsasən yüksək arzuolunmaz hal riskinin müəyyən olunması^a

Yüklənmə EKQ-si	Duke Treadmil Balı ilə illik ÜDX ölümü >3%.
SPEKT və ya PET perfuzion görüntüləməsi	İşemiya sahəsi sol mədəcik miokardının 10%i və ya daha çoxunu əhatə edir
Stress exokardioqrafiya	16 seqmentdən 3 və ya daha çoxunda stressə bağlı hipokineziya və ya akineziya
CMRT	16 segmentdən 2 və ya daha çoxunda stressə bağlı perfuziya defekti ya da; 3 və ya daha çox seqmentdə dobutaminlə törənən disfunksional seqmentlər
Koronar KTA və ya İKA	Proksimal stenozla birlikdə üç damar xəstəliyi, LMCA xəstəliyi, proksimal LAD xəstəliyi
İnvaziv funksional testləmə	FFR ≤0.8, iwFR ≤0.89

©ESC

XKS = Xronik koronar sindrom; KTA= komputer tomoqrafik angiografiya; KMRT = kardiak maqnit rezonans tomoqrafiyası; EKQ = Elektrokardiografiya; FFR = fraksional axın ehtiyatı; İKA= invaziv koronar angiografiya; iwFR = ani sərbəst dalğa; LMCA= sol koronar arteriyanın əsas şaxəsi; LAD= sol ön enən arteriya; PET = pozitron emission tomoqrafiya; SPEKT= tekfotonlu emission komputer tomoqrafiya. ^aDetallı izah üçün 2019 tam mətn rəhbər tövsiyələrin əlavə məlumatlar hissəsinə baxın.

Riskin qiymətləndirilməsinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif^a	Səviyyə^b
Riskin qiymətləndirilməsi KAX diaqnozunu qoymaq üçün istifadə olunan ilkin diaqnostik test nəticələrinə və klinik dəyərləndirməyə əsasən aparılmalıdır.	I	B
Sakitlik ExoKQ-si KAX şübhəsi olan bütün xəstələrdə SolM funksiyasını dəyərləndirmək üçün tövsiyə olunur.	I	C
KAX şübhəsi olan və ya yeni diaqnoz qoyulmuş xəstələrdə riskin qiymətləndirilməsi üçün mərkəzin kifayət qədər təcrübəsi varsa və icrası mümkündürsə stress görüntüləmə və ya koronar KTA-ya əsasən aparmaq (daha üstün hesab olunur) və ya alternativ kimi fiziki yükləmə EKQ-sinə əsasən (nəzərəçarpan fiziki yükləmə yerinə yetirilə bilirsə və EKQ işemik dəyişikliyi görmək üçün kafidirsə) aparmaq tövsiyə olunur.	I	B

©ESC

Riskin qiymətləndirilməsinə dair tövsiyələr (davamı)		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Yüksək riskli klinik profilə malik simptomatik xəstələrdə; xüsusilə də simptomlar dərman müalicəsinə qeyri-adekvat cavab verirsə və proqnozu yaxşılaşdırmaq üçün revaskulyarizasiya tələb olunursa, KV riskini müəyyən etmək üçün İKA-nın invaziv funksional müayinələrlə (FFR) tamamlanması tövsiyə edilir.	I	A
Dərman müalicəsi davam edən yüngül simptomlu və ya simptomuz xəstələrdə qeyri-invaziv müayinələrdə ciddi ağırlaşma riski müəyyən olunursa və proqnozu yaxşılaşdırmaq üçün revaskulyarizasiya nəzərdə tutulursa, İKA-nın invaziv funksional üsullarla (FFR/iwFR) tamamlanması tövsiyə edilir.	I	A
Qeyri-invaziv müayinə nəticələri inandırıcı olmayan və ya təzadlı olan xəstələrdə risk qiymətləndirməsi məqsədi ilə İKA- nın invaziv funksional metodlarla (FFR kimi) tamamlanması nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Simptomsuz və az simptomlu xəstələrdə risk qiymətləndirməsi üçün koronar KTA əlçatandırsa, stress görüntüləmə üsullarının tətbiqi İKA-dan əvvəl nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Exokardioqrafik GLS ölçümü SolM AF barəsində daha informativ ola bilər və SolM AF >35% olduqda nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
Orta dərəcəli LMCA stenozu olan xəstələrdə İVUS müayinəsi risk qiymətləndirməsi üçün nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
İKA təklikdə risk qiymətləndirməsi üçün tövsiyə olunmur.	III	C

KAX = koronar arteriya xəstəliyi; KTA = Kompüter tomoqrafik angioqrafiya; EKQ = elektrokardioqrafiya; FFR = fraksional axın ehtiyatı; İKA = invaziv koronar angioqrafiya; iwFR=

ani dalğa nisbəti; GLS= global longitudinal strain; İVUS=damardaxili ultrasəs; LMCA = Sol koronar arteriyanın əsas şaxəsi; SolM = Sol mədəcik; SolM AF = Sol mədəcik atım fraksiyası.

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

Həyat tərzinin idarə olunması

Sağlam həyat tərzı vərđiřlerı (tütündən istifadənin dayandırılması, müvafıq fiziki aktivlik, sağıam qıdalanma, ideal çəkini saxlamaq) növbəti ÜD hadisəsi və ölüm riskini azaldır, müvafıq ikincili profilaktika müalicəsinə əlavə olunmalıdır. Faydaları artıq 6 aydan tez özünü göstərir.

Cədvəl 6 Xronik koronar sindromlu xəstələr üçün həyat tərzı

Həyat tərzı faktoru	
Tütündən istifadənin dayandırılması	Tütündən istifadəni dayandırmaqda xəstəyə kömək etmək üçün farmakoloji və digər müvafıq strategiyalardan istifadə etmək olar. Eyni zamanda passiv tütünçəkmədən də uzaq olmaq tövsiyə edilir.
Sağıam qıdalanma	Meyvə, tərəvəz, üyüdülməmiş dənli bitkilərlə zəngin pəhriz; doymuş yağların ümumi qəbul olunan yağın 10%-dən azını təşkil edəcək şəkildə istifadəsi; alkoqolu həftədə 100 qrama və ya gündə 15 qrama kimi məhdudlaşdırmaq tövsiyə edilir.
Fiziki fəallıq	Gündəlik ən azı 30-60 dəq orta səviyyəli fiziki fəallıq tövsiyə edilir, hətta müntəzəm olmayan fiziki fəallığın belə faydalı olduğı müşahidə olunmuşdur.
Sağıam çəki	Müvafıq pəhriz və fiziki fəallığı artırmaq yolu ilə sağıamlıq üçün ideal hesab olunan çəkini (<25 kg/m ²) əldə edib, həmin çəkini qorumaq tövsiyə edilir.
Digər	Dərmanların təyinatda göstərilən qaydada qəbulu tövsiyə edilir. Aşağı və orta fiziki aktivlik səviyyəsində simptomuz olan sabit pasientlərdə, seksual fəallıq aşağı riskli hesab olunur.

Həyat tərzinin idarəsinə dair tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Müvafiq dərman müalicəsi ilə yanaşı həyat təzi amillərinin də dəyişdirilməsi tövsiyə edilir.	I	A
Sağlam həyat tərzinə keçməyə dəstək ehtiyacı olduqda koqnitiv-davranış müdaxilələri tövsiyə edilir.	I	A
Fiziki yükləməyə əsaslanan kardioloji reabilitasiya XKS xəstələrində sağlam həyat təzi və risk faktorlarının idarə edilməsi üçün effektiv vasitə kimi tövsiyə edilir.	I	A
Multidissiplinar tibb mütəxəssislərinin (kardioloqlar, tibb bacıları, dietoloqlar, psixoterapevtlər, psixoloqlar, farmakoloqlar, terapevtlər) cəlb olunması tövsiyə edilir.	I	A
XKS xəstələrində depressiya simptomlarını yüngülləşdirmək üçün psixoloji müdaxilələr tövsiyə edilir.	I	B
XKS xəstələrində, xüsusilə də yaşlılarda hər il qrip vaksinasiyası tövsiyə edilir.	I	B

©ESC

XKS = Xronik koronar sindrom.

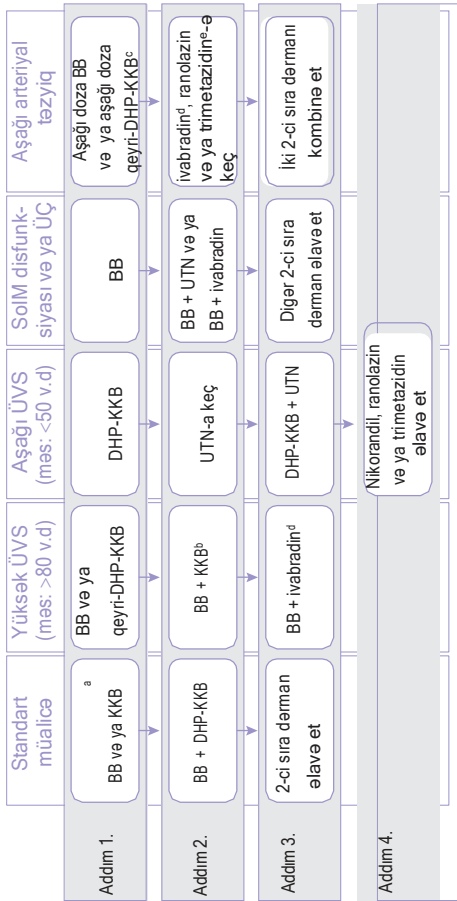
^aTövsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

Farmakoloji müalicə

XKS xəstələrində farmakoloji müalicənin məqsədi stenokardiya simptomlarını fiziki yükləməyə bağlı işemiyani azaltmaq, həmçinin ÜD ağrılaşmalarının qarşısını almaqdır. Optimal müalicə - maksimal xəstə məmnuniyyəti və minimal əlavə təsirlərlə yanaşı simptomları qənaətbaxş nəzarətə ala bilən, ÜD ağrılaşmalarının qarşısını alan müalicə kimi izah oluna bilər. Bununla belə, KKS xəstələrində optimal müalicənin universal tərfi yoxdur və dərman müalicələri hər xəstəyə fərdi olaraq uyğunlaşdırılmalıdır. Başlanğıc dərman müalicəsi adətən bir və ya iki antianginal dərmandan və ehtiyaca müvafiq olaraq ikincili ÜDX profilaktikasına uyğun dərmanlardan ibarət olur.

Şəkil 8 XKS-in uzunmüddətli antişemik dərman müalicəsi üçün təklif edilən pilləli strategiya və əsas spesifik xüsusiyyətlər. Təvsiyə olunan pilləli yanaşma hər xəstənin xüsusiyyətlərinə fərdi olmalıdır



Müxtəlif klinik hallarda fərqli dərman kombinasiyaları haqqında məhdud sübutlar olduğuna görə təvsiyə edilən variantlar yalnız potensial kombinasiyaların göstəricisidir və rəsmi təvsiyə xarakter daşmır. BB = beta-bloqator; ÜVS = ürək vurğularının sayı; KKB = kalsium kanal blokatoru DHP-KKB = dihidropiridin qrup kalsium kanal blokatoru;

və ya KKB ikincisıra dərmanla birlikdə ilk addım kimi düşünülə bilər. ^aBB və qeyri-DHP-KKB kombinasiyası, hər birinin çatışmazlığı. UTN= uzun təsiri nitrat; SolM = Sol maddə; qeyri-DHP-KKB = qeyri-dihidropiridin kalsium kanal blokatoru. ^bBB və DHP-KKB kombinasiyası ilk addım düşüncəyə bilər; BB

aşağı dozaları seçilərkən ürək vurğularının və təzyiqin yaxından təqib etməklə başlanğıc müalicə kimi istifadə oluna bilər. ^cAşağı doza BB və ya DHP-KKB addı təqib olunaraq, xüsusilə ürək vurğuları və təzyiqə nəzarətlə istifadə oluna bilər; ^dIvabradin qeyri-DHP-KKB ilə kombine olunmamalıdır; ^eArteriyal təzyiq dəyişməzse 2-ci addımdakı dərmanı 1-ci addımdakına əlavə etməyi düşünün.

Xronik koronar sindromlu xəstələrdə antiişemik müalicəyə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Ümumi müddəalar		
Simptomlu xəstələrdə dərman müalicəsi, stenokardiya/ işemiyanı azaltmaq üçün bir və ya bir neçə dərman preparatı və arzuolunmaz halların profilaktikası üçün olan dərmanlarla birlikdə tövsiyə edilir.	I	C
Pasientləri xəstəlik, risk faktorları və müalicə strategiyaları barədə maarifləndirmək tövsiyə edilir.	I	C
Xəstənin dərman müalicəsinə cavabına vaxtaşırı nəzarət (dərman başlandıqdan 2-4 həftə sonra) tövsiyə edilir.	I	C
Stenokardiya/işemiyanı^c azaltmaq		
Fiziki yükə bağlı stenokardiyanı dərhal azaltmaq üçün qısa təsirli nitratlar tövsiyə edilir.	I	B
Ürək vurğusu və simptomları idarə etmək üçün beta-blokator və/və ya KKB birinci sıra müalicə kimi tövsiyə edilir.	I	A
Əgər stenokardiya simptomlarına beta-blokator və ya KKB ilə uğurlu nəzarətə nail olunmursa beta-blokatorla DHP-KKB kombinasiyası nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	C
Başlanğıcda birinci sıra müalicə kimi beta-blokator və DHP-KKB kombinasiyası nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Beta-blokator və/və ya qeyri-DHP-KKB ilə başlanğıc müalicə əks göstərişdirsə, pis keçirilsə və ya stenokardiya simptomlarına nəzarəti yetərsizdirsə, ikinci sıra müalicə kimi uzun təsirli nitratlar nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Uzun təsirli nitratlar təyin edildikdə, tolerantlığı azaltmaq üçün nitratsız və ya aşağı nitrat intervalları nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
BB, KKB və uzun təsirli nitratları pis keçirənlərdə, əks göstəriş olduqda və simptomlara adekvat nəzarət olunmadıqda, stenokardiya tezliyini azaltmaq və fiziki yükləməyə qası tolerantlığı artırmaq məqsədi ilə nikorandil, ranolazin, ivabradin və ya trimetazidin ikinci sıra müalicə kimi nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B

Xronik koronar sindromlu xəstələrdə antişemik müalicəyə dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Stenokardiya/işemiyanı azaltmaq (davamı)		
Başlanğıcda ÜVS az olan və AT aşağı olanlarda stenokardiya tezliyini azaltmaq və fiziki yükə qarşı tolerantlığı artırmaq üçün ranolazin və ya trimetazidin birinci sıra dərman kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb	C
Seçilmiş xəstələrdə ikinci sıra dərmanlarla (ranolazin, nikorandil, ivabradin, trimetazidin) BB və ya KKB kombinasiyası, ÜVS, AT və dərman tolerantlığı nəzərə alınmaqla, birinci sıra müalicə kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
Nitratların hipertrofik obstruktiv kardiomiopatiyalı pasientlərdə və fosfodiesteraza inhibitorları ilə birgə istifadəsi tövsiyə edilmir.	III	B

©ESC

AT= arterial təzyiq; BB=beta blokatorlar; KKB = kalsium kanal blokatoru; XKS = xronik koronar sindrom; DHP-KKB= dihidropiridin kalsium kanal blokatoru

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

^cProqnoza faydası müşahidə olunmamışdır.

Arzuolunmaz halların birincili profilaktikasına dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Sinus ritmində olan XKS xəstələrində antitrombotik müalicə		
Mİ keçirmiş və ya revaskulyarizasiya olunmuş xəstələrə gündəlik 75-100 mq aspirin tövsiyə edilir.	I	A
Aspirin pis keçirildikdə alternativ kimi gündəlik 75 mq klopidogrel tövsiyə edilir.	I	B
PAX olan və ya işemik insult/tranzitor işemik həmlə keçirmiş simptomatik və ya asimptomatik pasientlərdə gündəlik 75 mq klopidogrel istifadəsinin aspirindən üstünlüyü nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
Miokard infarktı və revaskulyarizasiya anamnezi olmayan, lakin görüntülemədə təsdiq edilmiş KAX olan xəstələrdə gündəlik 75- 100 mq aspirin istifadəsi nəzərdə tutula bilər.	IIb	C

©ESC

Arzuolunmaz halların birincili profilaktikasına dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Sinus ritmində olan XKS xəstələrində antitrombotik müalicə (davamı)		
Uzunmüddətli ikincili profilaktika məqsədi ilə işemik hadisə riski, qanaxma riskindən yüksək olan pasientlərdə aspirinə ikinci antitrombotik dərmanın əlavə edilməsi nəzərdə tutulmalıdır ^d .	IIa	A
Uzunmüddətli ikincili profilaktika üçün aspirinə ikinci antitrombositar dərmanın əlavə olunması ən azı işemik hadisə riskində orta səviyyəli artım olan və qanaxma riski yüksək olmayan pasientlərdə nəzərdə tutula bilər ^d .	IIb	A
PKM-dən sonra sinus ritmində olan XKS xəstələrində antitrombositar müalicə		
Aspirin, stentləmədən sonra gündəlik 75-100 mq dozada tövsiyə edilir.	I	A
Klopidoqrel 75 mq gündəlik dozada, müvafiq yükləmədən sonra (600 mq və ya >5 gün saxlayıcı doza ilə müalicə), stentin növündən asılı olmayaraq 6 ay müddətində aspirinə əlavə olaraq tövsiyə edilir. Həyati təhlükəli qanaxma riskinə görə qısamüddətli müalicə (1-3 ay) tövsiyə edilir.	I	A
Həyati təhlükəli qanaxma riski yüksək olan pasientlərdə müvafiq yükləmədən sonra (600 mq və ya >5 gün saxlayıcı doza ilə müalicə) gündəlik 75 mq klopidoqrel 3 ay ərzində nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	A
Həyati təhlükəli qanaxma riski çox yüksək olan pasientlərdə müvafiq yükləmədən sonra (600 mq və ya >5gün saxlayıcı doza ilə müalicə) gündəlik 75 mq klopidoqrel 1 ay üçün nəzərdə tutula bilər.	IIb	C
Aspirini pis keçirən pasientlərdə DAPT istifadəsi mümkün deyilsə və ya xüsusi yüksək riskli planlı stentləmədən sonra (məs: suboptimal stent yerləşməsi və prosedura bağlı stent trombozu riski, mürəkkəb LMCA və çox damara stent müdaxilələri) başlanğıc müalicə kimi prasugrel və ya tikaqrelor nəzərdə tutula bilər.	IIb	C

Arzuolunmaz halların birincili profilaktikasına dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
QF ilə olan XKS xəstələrində antitrombositar müalicə		
QF ilə olan pasientlərə OAK təyin edildikdə əks göstəriş yoxdursa VKA ilə müqayisədə YOAK-a üstünlük verilməsi tövsiyə edilir.	I	A
QF ilə olan, CHA ₂ DS ₂ -VASc şkalası balı ≥ 2 olan kişi və ≥ 3 olan qadın pasientlərə (YOAK və ya VKA üçün terapevtik intervaldakı zaman $>70\%$ olduqda) uzunmüddətli OAK müalicəsi tövsiyə edilir.	I	A
QF ilə olan, CHA ₂ DS ₂ -VASc şkalası balı ^g 1 olan kişi və 2 olan qadın pasientlərdə uzunmüddətli OAK müalicəsi (YOAK və ya VKA üçün terapevtik intervaldakı zaman $>70\%$ olduqda) nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Gündəlik 75-100 mq aspirin (və ya gündəlik 75 mq klopidoqrel) uzunmüddətli OAK müalicəsinə əlavə olaraq MI anamnezi və rekurrent işemik hadisə riski olan, lakin yüksək qanaxma riski olmayan xəstələrdə nəzərdə tutula bilər ^d .	IIb	B
QF ilə olan PKM-dən sonrakı və ya OAK üçün digər göstərişlər olan pasientlərdə antitrombositar müalicə		
PKM olunacaq pasientlərə periprosedural aspirin və klopidoqrel istifadəsi tövsiyə edilir.	I	C
YOAK göstərişi olan pasientlərdə, antitrombositar müalicə ilə kombinasiyada YOAK istifadəsinə (5 mq apiksaban gündə 2 dəfə, 150 mq dabiqlatran gündə 2 dəfə, 60 mq edoksaban gündə 1 dəfə, və ya 20 mg rivaroksaban gündə 1 dəfə) ^f VKA ilə müqayisədə üstünlük verilməsi tövsiyə edilir.	I	A
Rivaroksabandan istifadə edərkən yüksək qanaxma riski ^d , stent trombozu ^h və ya işemik insult riskini ^g üstələyirsə, təklikdə və ya DAPT ilə yanaşı gündə 1 dəfə 15 mq rivaroksabanın, 20 mq rivaroksabandan üstünlüyü nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B

Arzuolunmaz halların birincili profilaktikasına dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
QF ilə olan PKM-dən sonrakı və ya OAK üçün digər göstərişlər olan pasientlərdə antitrombositar müalicə (davamı)		
Dabiqatrardan istifadə edərkən yüksək qanaxma riski ^d , stent trombozu ^h və ya işemik insult ⁹ riskini üstələyirsə təklidə və ya DAPT ilə yanaşı gündə 2 dəfə 110 mg dabiqatranın, gündə 2 dəfə 150 mg dabiqatrardan daha üstün olması nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Ağırlaşmamış PKM-dən sonra, stentin növündən asılı olmayaraq, stent trombozu ^h riski aşağıdırsa və ya qanaxma riski stent trombozu ^h riskindən daha yüksəkdirsə aspirinin erkən dayandırılması (≤1 həftə) və ikili müalicənin OAK və klopidoqrellə aparılması nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Stent trombozu ^h riski qanaxma riskini üstələyirsə aspirin, klopidoqrel və OAK-la üçlü müalicənin 1 aydan daha çox aparılması nəzərdə tutulmalıdır. Bu halda üçlü müalicənin ümumi müddəti (≤ 6 ay) mövcud riskləri qiymətləndirərək xəstəxandan evə yazılarkən aydın şəkildə analiz edilib qərara alınmalıdır.	IIa	C
VKA-ya göstəriş olan pasientlərdə, onun aspirin və/və ya klopidoqrellə kombinasiyasında VKA dozası hədəf İNR 2.0-2.5 və terapevtik zaman intervalı >70% olmaqla ehtiyatla tənzimlənməlidir.	IIa	B
İstifadə olunan stentin növündən asılı olmayaraq, stent trombozuna ^h orta və ya yüksək riski olan xəstələrdə OAK və tikagrelor və ya prasugrellə DAPT; OAK, aspirin, klopidoqrellə üçlü müalicəyə alternativ kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb	C
Tikaqrelor və ya prasugrel, aspirin və OAK-la birlikdə üçlü antitrombositar müalicənin tərkibində istifadəsi tövsiyə edilmir.	III	C

Arzuolunmaz halların birincili profilaktikasına dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr

Sınıf^a

Səviyyə^b

Proton-nasos inhibitorlarının istifadəsi

Aspirin monoterapiyası, DAPT və ya OAK monoterapiyası alan və mədə-bağırsaq qanaxma riski yüksək olan pasientlərə yanaşı proton-nasos inhibitorunun istifadəsi tövsiyə edilir.

I

A

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilasiyası; KAX = koronar arteriya xəstəliyi; XKS = xronik koronar sindrom; XBX = xronik böyrək xəstəliyi; İATM = ikili antitrombositar müalicə; eGFR = təxmini qlomerulyar filtrasiya sürəti; HF = Ürək çatışmazlığı; MI = Miokard İnfarktı; NOAK = yeni oral antikoagulyant; OAK = oral antikoagulyant; PAX = Periferik arteriya xəstəliyi; PKM = Perkutan koronar müdaxilə; VKA = vitamin K antagonist.

^aTövsiyə sinfi - ^bSəviyyə.

^cGöstərilənlərin ən azı biri ilə birlikdə olan diffuz çox damar xəstəliyi: ŞDT2, təkrar MI, PAX, XBX (eGFR 15-59 mL/min/1.73 m² olan hallar). ^dKəllədaxili qanaxma və ya işemik insult anamnezi, digər intrakranial patologiya anamnezi, yeni mədə-bağırsaq qanaxması və ya mümkün mədə-bağırsaq qanaxmasına bağlı anemiya, qaraciyər çatışmazlığı, qanaxma diatezi və ya koagulyopatiya, ahlı yaş və ya zəiflik, eGFR <15 mL/min/1.73 m² və ya dializ tələb edən böyrək çatışmazlığı

^eGöstərilənlərdən ən azı biri: çox damar /diffuz KAX, ŞDT2, təkrar MI, PAX, ÜÇ, XBX (eGFR 15 -59 mL/min/1.73 m² olan hallar).

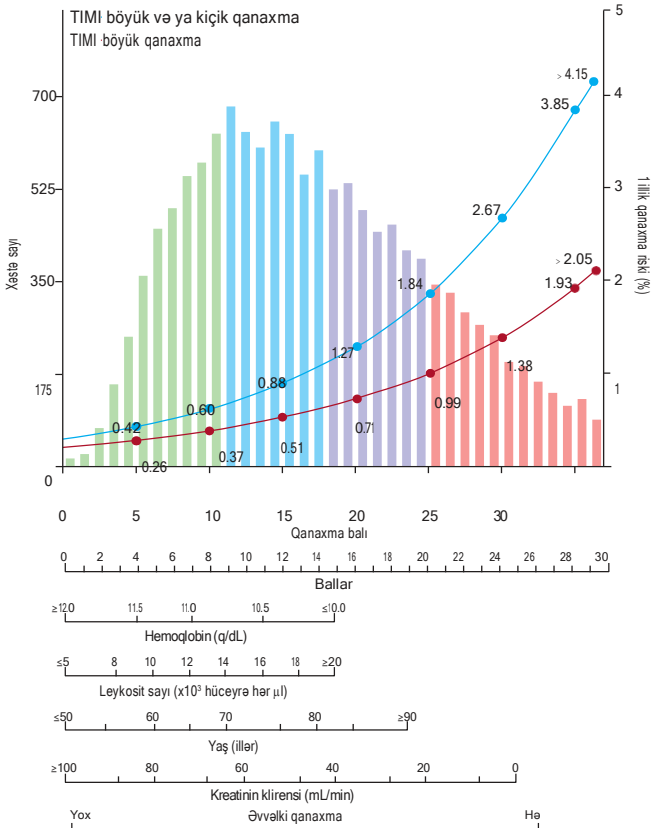
^fXBX, bədən çəkisi <60 kg, yaş >75-80 və/və ya dərman qarşılıqlı təsirləri olan xəstələrdə hər YOAK -a uyğun dozanın azaldılması və ya əks göstəriş üçün məhsulun xarakteristikası xülasəsinə bax.

^gDurğunluq ÜÇ, Hipertenziya, yaş ≥75 (2 bal), Şəkərli diabet, Keçirilmiş insult/transitor işemik həmlə/emboliya (2 bal), Damar xəstəliyi (görüntüləmədə və ya angiografiyada KAX, keçirilmiş MI, PAX və ya aortada düyün), 65-74 yaş, qadın cinsi.

^hStent trombozu riski əhatə edir (i) tromboz riski meydana gəlir və (ii) ölüm riski ola bilən stent trombozu baş verir, hər ikisi anatomik, procedural, klinik xarakteristika ilə əlaqəlidir. XKS üçün risk faktorları LMCA stentlənməsi, proksimal LAD və ya sonuncu patent damarın stentlənməsi, suboptimal stent açıqlığını, 60 mm-dən çox stent uzunluğunu, şəkərli diabeti, XBX, bifurkasion stentləməni, xronik total okkluziya müalicəsinə, müvafiq antitrombositar müalicə fonunda əvvəl baş verməmiş stent trombozunu əhatə edir.

Uzunmüddətli və/və ya intensiv antitrombotik müalicədən fayda görən yüksək işemik riski olan XKS xəstələrində qanaxma riskinin qiymətləndirilməsi əhəmiyyətli parametrdir. Precise-DAPT şkalası stent implantasiyasından sonra CTO dəstək müalicəsi kimi təsdiq edilmişdir. Precise-DAPT şkalası 5 amili əhatə edir. (Şəkil 9), və yuxarı kvartil balı (≥25) DAPT aparılarkən yüksək qanaxma riski ilə əlaqəlidir.

Şəkil 9 Precise-DAPT balını hesablamaq üçün Nomoqram



Qanaxma balının yuxarı kvantili (≥ 25) xəstəxanadan xaric TIMI böyük (qırmızı əyri) qanaxma və PKM sonrası 1 il müddətində DAPT alan xəstələrdə TIMI böyük və ya kiçik qanaxma üçün yüksək riski göstərir. DAPT = ikili antitrombotik müalicə; PKM = perkutan koronar müdaxilə; TIMI = Thrombolysis In Myocardial Infarction

Arzuolunmaz halların ikincili profilaktikasına dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Hipolipidemik dərmanlar		
Statinlər bütün XKS xəstələrində tövsiyə edilir. ^c	I	A
Əgər maksimal tolerə edilən dozada statinlə hədəfə ^c çatmadıqda, ezetimiblə kombinasiya tövsiyə edilir.	I	B
Maksimal tolerə edilən doza statin və ezetimiblə hədəfə çatmadıqda, çox yüksək riskli xəstələrdə PCSK9 inhibitorları ilə kombinasiya tövsiyə edilir.	I	A
AÇF inhibitorları		
Yanaşı xəstəlikləri olanlara (ÜÇ, hipertenziya, şəkərli diabet) AÇF inhibitorları (və ya ARB) tövsiyə edilir.	I	A
AÇF inhibitorları KV hadisəsi baxımından yüksək riskli olan XKS xəstələrində nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	A
Digər dərmanlar		
Beta-blokatorlar sol mədəcik disfunksiyası olan və ya sistolik ÜÇ ilə olan xəstələrə tövsiyə edilir.	I	A
STEMİ keçirmiş xəstələrdə beta-blokatorla uzunmüddətli müalicə nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B

© 2021

AÇF = Angiotenzin çevirici ferment; ARB = angiotenzin reseptor blokatorları; XKS = xronik koronar sindrom; ÜD = ürək-damar; ÜÇ = ürək çatışmazlığı; STEMI = ST-elevasiyalı miokard infarktı.

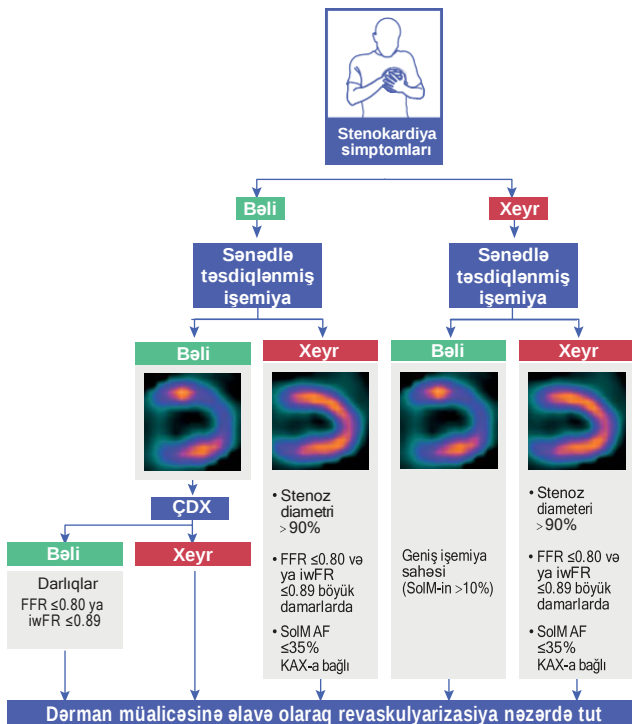
^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi .

^cMüalicə hədəfləri Dislipidemiya üçün müalicəsinə dair 2019 ESC/EAS Rəhbər tövsiyələrdə göstərilmişdir.

Revaskularizasiya

XKS-un idarə olunmasında miokardın revaskulyarizasiyası əsas yer tutsa da, dərman müalicəsini əvəz etməyərək, həmişə onunla birlikdə olmalıdır. Revaskulyarizasiyanın iki məqsədi var: simptomların keçməsi və /və ya proqnozu yaxşılaşdırmaq (Şəkil 10).

Şəkil 10 İnvaziv koronar angiografiyaya göndərilən xəstələrdə veriləcək qərar



Revaskulyarizasiya üsulu üçün (PKM və ya AKŞ) qərar klinikaya (simptomlar var ya yox) və əvvəldən təsdiqlənmiş işəmiyaya əsasən verilməlidir. Təsdiqlənmiş işəmiya yoxdursa invaziv müayinədə stenozun ciddiliyinə və proqnostik göstəricilərə əsasən qərar verilməlidir. Simptomu və işəmiyası olmayan xəstələr TAVİ, qapaq cərrahiyyəsi və digər cərrahiyələr üçün namizəddir.

AKŞ = Aorta koronar şuntlama; KAX = koronar arteriya xəstəliyi; FFR = fraksional axın rezervi; SolM = sol mədəcik; SolM AF = Sol mədəcəyin atım fraksiyası; iwFR = ani dalğa nisbəti; ÇDX = çox damar KAX; PKM = perkutan koronar müdaxilə; TAVİ = transkateter aortal qapaq implantasiyası;

4. Yeni əmələ gəlmiş ürək çatışmazlığı və ya azalmış sol mədəcik funksiyası olan pasientlər

KAX - Avropada ÜÇ-nin əsas ümumi səbəbidir və idarəetmə tövsiyələri əksərən işemik kardiomiopatiyalı pasientlər üzərində aparılan çalışmalara əsaslanan çoxsaylı tədqiqat sübutlarını dəstəkləyir. Sistolik disfunksiya miokardın zədələnməsinin və işemiyənin patofizioloji nəticəsidir. XKS ilə olan pasientlərdə simptomatik ÜÇ və saxlanmış atım fraksiyasının ($\geq 50\%$; AFsÜÇ) da ola bilməsinə baxmayaraq, simptomatik ÜÇ ilə olan pasientlərin əksəriyyətində azalmış atım fraksiyası ($< 40\%$; AFaÜÇ) mövcuddur.

XKS və SolM sistolik disfunksiyasına və işemik kardiomiopatiyaya bağlı simptomatik ürək çatışmazlığı olan pasientlərin idarə olunmasına dair ümumi tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Dərman müalicəsi üçün		
Pulmonar və ya sistem durğunluq əlamətləri olan simptomatik pasientlərdə ÜÇ simptomlarını azaltmaq üçün diuretik müalicə tövsiyə edilir.	I	B
Həm anginoz ağrıları yüngülləşdirdiyi və həm də ÜÇ ilə olanlarda ölüm və xəstələnmə göstəricilərini azaltdığı üçün əsas müalicə komponenti kimi BB tövsiyə edilir.	I	A
Simptomatik ÜÇ və ya MI-dan sonra asimptomatik SolM disfunksiyası olan pasientlərdə simptomları yaxşılaşdırmaq, xəstələnmə və ölüm göstəricilərini azaltmaq üçün AÇFİ ilə müalicə tövsiyə edilir.	I	A
Optimal dərman müalicəsinə baxmayaraq davamlı simptomları olan, AÇFİ və ya angiotenzin reseptor-nepirilizin inhibitorlarını tolerə edə bilməyən pasientlərdə alternativ kimi ARB tövsiyə edilir.	I	B
AÇFİ və BB ilə aparılan adekvat müalicəyə baxmayaraq simptomatik qalan pasientlərdə xəstələnmə və ölümü azaltmaq üçün MRA tövsiyə edilir.	I	A
Qısa təsirli oral və ya dərialtı nitratlar müalicədə nəzərdə tutulmalıdır (effektiv anti-anginal müalicə, ÜÇ ilə olanlarda təhlükəsizdir).	IIa	A

Xronik koronar sindrom və sol mədəciyin sistolik disfunksiyasına və işemik kardiomiopatiyaya bağlı simptomatik ürək çatışmazlığı olan pasientlərin idarə olunmasına dair ümumi tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif^a	Səviyyə^b
Dərman müalicəsi (davamı)		
Sinus ritmi, SolM AF $\leq 35\%$ və sakitlikdə ÜVS ≥ 70 vurğu/dəq olan, BB, AÇFİ, MRA ilə müvafiq müalicəyə baxmayaraq simptomatik qalan pasientlərdə xəstələnmə və ölüm göstəricilərini azaltmaq üçün İvabradinnəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
BB-ı pis keçirən, ÜÇ ilə olan pasientlərdə anginoz ağrıları yüngülləşdirmək üçün ÜÇ-da təhlükəsiz olan amlodipin nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
Cihazlar, yanaşı xəstəliklər və revaskulyarizasiya üçün		
ÜÇ və stimulyasiya tələb edən, yüksək dərəcəli AV blokada ilə bradikardiyası olan pasientlərdə kardiostimulatorlu CRT taxılmasının, sağ mədəcik stimulyasiyasından üstünlüyü tövsiyə edilir.	I	A
Həm simptomatik ÜÇ və SolM AF $\leq 35\%$, həm də qeyri-sabit hemodinamikaya səbəb olan sənədləşdirilmiş mədəcik aritmiyası olan pasientlərdə (ikincili profilaktika) ani ölüm və bütün səbəblərə bağlı ölüm riskini azaltmaq üçün İCD taxılması tövsiyə edilir.	I	A
OMT - nə baxmayaraq sinus ritmi, QRS müddəti ≥ 150 msan, HDSolA-nın blokadası və SolM AF $\leq 35\%$ ÜÇ ilə olan simptomatik xəstələrdə simptomları yaxşılaşdırmaq, xəstələnmə və ölüm göstəricilərini azaltmaq üçün CRT tövsiyə edilir.	I	A
OMT - nə baxmayaraq sinus ritmi, QRS müddəti 130- 149 msan, HDSolA-nın blokadası və SolM AF $\leq 35\%$ ÜÇ ilə olan simptomatik xəstələrdə simptomları yaxşılaşdırmaq, xəstələnmə və ölüm göstəricilərini azaltmaq üçün CRT tövsiyə edilir.	I	B

XKS və SolM sistolik disfunksiyasına və işemik kardiomiopatiyaya bağlı simptomatik ÜÇ olan pasientlərin idarə olunmasına dair ümumi tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Cihazlar, komorbid hallar və revaskulyarizasiya üçün (davamı)		
Həm tütüncəkmənin dayandırılması və həyat tərzinin dəyişdirilməsi, həm də hipertenziya, hiperlipidemiya, şəkərli diabet, anemiya və piylənmə kimi əsas komorbid halların müalicəsi daxil olmaqla, universal risk profilinin nizamlanması və multidisiplinar idarəetmə tövsiyə edilir.	I	A
Antianginal dərmanlarla müalicəyə baxmayaraq stenokardiya davam etdikdə miokardın revaskulyarizasiyası tövsiyə edilir.	I	A

©ESC

ARNI = angiotenzin reseptor-neprilizin inhibitoru; AV = atrioventrikulyar; ÜVS= ürək vurğularının sayı; İCD=kardioverter defibrilyator; CRT = ürəyin resinxronizasiya terapiyası; ÜÇ = ürək çatışmazlığı; HDSolAB= Hiss dəstəsi sol ayaqciğının blokadası; SolM AF = sol mədəcikin atım fraksiyası; Mİ = miokard infarktı; MRA = mineralokortikoid reseptor antaqonisti; OMT = optimal medikament terapiyası. ^aTövsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

5. Uzun müddət ərzində xronik koronar sindrom diaqnozu qoyulmuş xəstələr

Uzun müddət ərzində XKS diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə ömürlük müalicə və müşahidə tələb olunur (**Şəkil 11** arxa üz qabığında). XKS ilə olan xəstələrdə xəstəliyin klinik gedişi bütün zaman müddəti ərzində xoşxassəli ola bilər. Lakin XKS ilə olanların bəziləri birbaşa altı yatan KAX, digərləri isə yanaşı xəstəliklərin terapevtik və proqnostik qarşıdurması ilə əlaqəli müxtəlif ÜD ağırlaşmalarına və ya müalicə tədbirlərinə məruz qala bilərlər. Ağırlaşma riskinə həm də asimptomatik pasientlərdə rast gəlinə bilər, məhz buna görə risk qiymətləndirməsi həm simptomatik və həm də asimptomatik olanlara tətbiq edilir.

Uzun müddət ərzində XKS diaqnozu qoyulmuş xəstələrə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Asimptomatik pasientlər		
Həyat tərzinin dəyişdirilməsinin klinik qiymətləndirilməsi, ürək-damar risk faktorlarının aradan qaldırılmasına riayətkarlıq da daxil olmaqla pasientlərin risk statusunda baş verə biləcək hər hansı dəyişikliyi yenidən qiymətləndirmək üçün onların peşəkar ürək-damar mütəxəssisinə periodik gəlişləri nəzərdə tutulmalıdır.	I	C
OMT alan mülayim simptomlu və simptomuz pasientlərdə qeyri invaziv risk qiymətləndirməsi yüksək risk müəyyən edirsə və revaskulyarizasiyanın proqnozu yaxşılaşdıracağı nəzərdə tutulursa, invaziv angiografiya (lazım olduqda FFR-lə) tövsiyə edilir.	I	C
Koronar KTA, təsdiqlənmiş KAX olanlara rutin müşahidə testi kimi tövsiyə edilmir.	III	C
İnvaziv koronar angiografiya, təkliddə risk qiymətləndirməsi üçün tövsiyə edilmir.	III	C
Simptomatik xəstələr		
Geriye döənən səbəbə (məsələn, uzunmüddətli taxikardiya, miokardit) aid edilə bilməyən və SolM sistolik funksiyası pisləşən pasientlərdə KAX statusuna yenidən baxılması tövsiyə edilir.	I	C
Yeni və ya artan simptomları olan pasientlərə, risk qiymətləndirməsi üçün stres görünütüləmə və ya fiziki yükləmə EKQ sınaqları tövsiyə edilir.	I	B
Simptomları əhəmiyyətli dərəcədə pisləşən xəstələri təcili müayinələrə göndərmək tövsiyə edilir.	I	C
KAX ilə olan, xüsusən dərman müalicəsinə tabe olmayan və ya klinik yüksək riskli xəstələrdə riski qiymətləndirmək üçün invaziv koronar angiografiya (FFR/iwFR ehtiyac olarsa) tövsiyə edilir.	I	C

KAX = koronar arteriya xəstəliyi; XKS = xronik koronar sindrom; KTA = komputer tomoqrafik angiografiya; EKQ = elektrokardiogram; FFR = fraksional axını ehtiyatı; iwFR = ani sərbəst dalğa; SolM = sol mədəcik.

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

6. Epikardial koronar arteriyalarda obstruktiv xəstəlik olmayan stenokardiya

Stenokardiyası olan və İKA-da obstruksiya olmayan pasientlərdə, klinik arzuolunmaz halların riski yüksəkdir. Mülayim və orta angiografik ağırlığa malik koronar stenoza olanlar və ya diffuz koronar daralmanın İKA ilə ehtimal ki, funksional ifrat qiymətləndirilməsi istisna edilməklə, bu qəbildən olan xəstələrdə simptomların əsas səbəbləri həm mikrosirkulyator pozulmalar və həm də epikardial damarlarda koronar spazm və ya intramiokardial körpülərin törətdiyi dinamik stenozlar ola bilər.

Koronar mikrovaskulyar darlıq ehtimalı olan xəstələrə dair klinik tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Davamlı simptomlu, angiografik normal və ya iwFR/FFR müayinəsində orta dərəcəli koronar arteriya stenoza olanlarda, koronar axın ehtiyatının və mikrosirkulyator müqavimətin ölçülməsi nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B
Angiografik normal və ya iwFR/FFR müayinəsində orta dərəcəli koronar arteriya stenoza olanlarda, mikrovaskulyar spazmı qiymətləndirmək üçün angiografik müayinədə EKQ monitorinq ilə intrakoronar asetilxolin yeridilməsi nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
Koronar axın ehtiyatını qeyri invaziv qiymətləndirmək üçün LAD transtorakal Doppleri, KMR və PET tövsiyə edilə bilər.	IIb	B

©ESC

KMR = kardiak maqnit rezonans; EKQ = elektrokardiogram; LAD = ön enən arteriya; PET = pozitron emission tomoqrafiya. ^aTövsiyə sinfi- ^bSübut səviyyəsi.

Vazospastik stenokardiya şübhəsi olan xəstələrin tədqiqinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Əgər mümkündürsə stenokardiya tutması zamanı EKQ tövsiyə edilir.	I	C
Nitratlar və/və ya KKB ilə ötüb keçən səciyyəvi epizodik sakitlik stenokardiyası və ST seqmenti dəyişiklikləri olan xəstələrdə koronar xəstəliyin gizli səbəbini aşkarlamaq üçün invaziv angiografiya və KTA tövsiyə edilir.	I	C

©ESC

Vazospastik stenokardiya şübhəsi olan xəstələrin tədqiqinə dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
ÜVS artmayan pasientlərdə, ST seqmenti dəyişikliklərini aşkarlamaq üçün ambulator ST seqmenti monitorinqi nəzərdə tutulmalıdır.	Ila	C
Klinik təzahürlü, angiografik müayinədə normal və ya qeyri obstruktiv koronar arteriya stenozu olan pasientlərdə, spazmın yerini və növünü dəqiqləşdirmək üçün intrakoronar təxribat testi nəzərdə tutulmalıdır.	Ila	B

©ESC

KTA = Kompüter tomoqrafik angiografiya; EKQ = elektrokardiogram.

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

7. Asimptomatik fərdlərdə koronar arteriya xəstəliyi üçün skrinq

Asimptomatik fərdlərdə Koronar arteriya xəstəliyinin skrinqinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
ÜDX, şəkərli diabet, XBX və ya ailəvi hiperxolesterinemiya olmayan, yaş >40 il olan asimptomatik fərdlərdə SCORE risk qiymətləndirməsi şkalasından istifadə etməklə total risk qiymətləndirməsinin aparılması tövsiyə edilir.	I	C
Ürək-damar riskini qiymətləndirmənin bir hissəsi kimi, erkən ÜDX ailə anamnezinin toplanması (55 yaşdan aşağı kişi və 65 yaşdan aşağı qadın cinsindən olan birinci dərəcəli qohumlarda müəyyən olunmuş fatal və ya qeyri fatal ÜDX hadisələri və /və ya təsdiqlənmiş ÜDX diaqnozları) tövsiyə edilir.	I	C
Erkən ÜDX ailə anamnezi və ya irsi hiperxolesterolemiyası olan birinci sıra yaxın qohumlarda (55 yaşdan aşağı kişilər və 65 yaşdan aşağı qadınlar), yaş<50 il olan bütün fərdlərin təsdiqlənmiş kilinik şkaladan istifadə etməklə skrinqi tövsiyə edilir.	I	B

©ESC

Asimptomatik fərdlərdə Koronar arteriya xəstəliyinin skrininginə dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Asimptomatik fərdlərdə koronar arteriya kalsiumunun KTA ilə qiymətləndirilməsi ürək-damar riskini qiymətləndirmək üçün risk modifikatoru ^c kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
Asimptomatik fərdlərdə ultrasəs müayinəsi vasitəsilə yuxu arteriyasında aterosklerotik düyünün aşkarlanması ÜD riskini qiymətləndirmək üçün risk modifikatoru ^c kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
TBI - ÜD riskini qiymətləndirmək üçün risk modifikatoru ^c kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
Yüksək risk qrupunda olan asimptomatik yaşlılarda (ŞD, ailə anamnezi olan, əvvəlki risk qiymətləndirmə testlərində yüksək riskli KAX ehtimalı) ÜD riskini qiymətləndirmək üçün funksional görüntülmə və ya KTA nəzərdə tutula bilər.	IIb	C
Asimptomatik fərdlərdə (güclü məşq proqramına başlayan azhərəkətli fərdlər də daxil olmaqla) ÜD riskini qiymətləndirmək üçün fiziki yükləmə EKQ-si nəzərdə tutula bilər. Burada EKQ dəyişikliklərinə yox, fiziki yükə qarşı tolerantlığa xüsusi diqqət yetirilməlidir.	IIb	C
Yuxu arteriyasında İMQ-nın ultrasəsle ölçülməsi ÜD riskini qiymətləndirmək üçün tövsiyə edilmir.	III	A
Aşağı riskli, diabeti olmayan asimptomatik fərdlərdə işemiyanın sonrakı diaqnostik qiymətləndirməsi üçün koronar KTA və ya funksional görüntülmə müayinələri tövsiyə edilmir.	III	C
Qan biomarkerlərinin rutin təhlili ÜD riskini qiymətləndirmək üçün tövsiyə edilmir.	III	B

©ESC

TBI= topuq bazı indeksi; KTA = kompyuter tomoqrafik angiografiya; ÜD = ürək-damar; ÜDX = ürək-damar xəstəlikləri; ŞD = şəkərli diabet; EKQ = elektrokardiogram; İMQ = intima-media qalınlığı; SCORE = Sistem Koronar Risk Qiymətləndirməsi.

^aTövsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

^cRisk qruplarında yenidən sinifləndirilmiş xəstələr.

8. Spesifik hallarda xronik koronar sindromlar

Hipertenziya

Hipertenziya ən çox yayılmış ürək-damar risk faktorudur və XKS-la sıx bağlıdır.

XKS ilə olanlarda hipertenziyanın müalicəsinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Ofis AT hədəf səviyyələrinə nəzarət üçün aşağıdakılar tövsiyə olunur: Ümumi olaraq sistolik AT 120-130 mm c.s. və yaşlı xəstələrdə (yaş>65 il) sistolik AT 130-140 mm c.s.	I	A
Mİ keçirmiş hipertenzialı pasientlərə, beta-blokatorlar və RAS blokatorları tövsiyə edilir.	I	A
Simptomatik stenokardiyası olan pasientlərə beta-blokatorlar və/və ya KKB tövsiyə edilir.	I	A
AÇF inhibitorları və ARB kombinasiyası tövsiyə edilmir.	III	A

©ESC

AÇF=angiotenzin çevirici ferment; ARB=angiotenzin reseptor blokatoru; AT=arterial təzyiq; KKB=kalsium kanal blokatoru; XKS=xronik koronar sindrom; RAS=renin angiotenzin sistemi.

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

Ürəyin qapaq xəstəliyi

Qapaq cərrahiyesindən əvvəl və yaxud perkutan qapaq əməliyatı planlaşdırılarkən revaskulyarizasiyaya ehtiyacın müəyyən olunması üçün KAX-nin qiymətləndirilməsi tövsiyə edilir.

XKS və qapaq xəstəlikləri olanlara dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Qapaq cərrahiyyəsindən əvvəl və aşağıdakılardan hər hansı biri olduğu halda invaziv koronar angiografiya tövsiyə edilir: ÜDX anamnezi, miokardın işemiyasına şübhə, SolM sistolik disfunksiyası, yaş >40 il olan kişilər və postmeno-pauzal dövrdə olan qadınlar, bir və daha çox ürək-damar risk faktorları.	I	C
Orta və ağır funksional mitral requrgitasiyanı qiymətləndirmək üçün invaziv koronar angiografiya tövsiyə edilir.	I	C

©ESC

XKS və qapaq xəstəlikləri olanlara dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Ağır dərəcəli qapaq xəstəliyi və KAX ehtimalı aşağı olan pasientlərdə koronar komputer tomoqrafik angiografiya koronar angiografiyanın alternativini kimi nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	C
TAVİ olunacaq və koronar arteriyaların proksimal segmentlərində >70% stenoz olan pasientlərdə PKM nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	C
Ağır dərəcəli qapaq xəstəliklərində KAX-ni müəyyən etmək üçün stress test rutin olaraq istifadə edilməməlidir, çünki diaqnostik cəhətdən yetərli deyil və potensial olaraq risklidir.	III	C

© ESC

KAX-koronar arteriya xəstəliyi, ÜDX-ürək-damar xəstəliyi, SolM-sol mədəcik, PKM-perkutan koronar müdaxilə, TAVİ-transkateter aortal qapaq implantasiyası.

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

Ürək transplantasiyasından sonra

İKA transplant KAX-ni qiymətləndirmək üçün transplantasiyadan 5 il sonra aparılmalıdır.

Bədxassəli şişlər

Aktiv bədxassəli şiş olan pasientlərdə onkoloji müaliənin əlavə təsirləri (yeni toraks/mediastinum nahiyyələrinə radioterapiya, kardiotsik kimyəvi terapiya və ya immunoterapiya) əv ya yaşlı fərdlərdə uzunmüddətli onkoloji müalicələr nəticəsində KAX ehtimalı artır.

XKS və aktiv bədxassəli şişləri olanlara dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Müalicə qərarları, gözlənilən yaşam müddətinə, trombositopeniyaya, tromboz meylinin artmasına və XKS-un idarə olunmasında istifadə edilən dərmanlarla antineoplastik vasitələr arasındakı potensial qarşılıqlı təsirlər kimi komorbid hallara əsaslanmalıdır.	I	C
Əgər aktiv bədxassəli şişi və artan zəifliyi olan ağır simptomlu xəstələrdə revaskulyarizasiya göstərisə, invaziv prosedurların çox az hallarda aparılması tövsiyə edilir.	I	C

©ESC

XKS=xronik koronar sindrom

^aTövsiyə sinfi ^bSübut səviyyəsi.

Şəkərli diabet

Şəkərli diabet KAX riskini ikiqat artırır və buna görə ÜDX-nin qarşısının alınması üçün risk faktorlarına nəzarət olunması tövsiyə edilir.

XKS ilə olanlarda şəkərli diabetə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
KAX və şəkərli diabet olan pasientlərdə risk faktorlarının(AT, ASLX, HbA1c) hədəf səviyyələrində saxlanması tövsiyə edilir.	I	A
Şəkərli diabeti olan asimptomatik pasientlərdə keçirici sistemin anormallıqları, QF və gizli Mİ kimi ÜDX əlamətlərinin aşkarlanması üçün mütəmadi sakitlik EKQ-sinin çəkilməsi tövsiyə edilir.	I	C
XKS və şəkərli diabet olan pasientlərə, arzuolunmaz halların qarşısını almaq üçün AÇF inhibitorları ilə müalicə tövsiyə edilir.	I	B
Diabet və ÜDX ^c ilə olan pasientlərə, natrium-qlükoza kotransporter 2 inhibitorları empaqliflozin, kanaqliflozin və ya dapaqliflozin tövsiyə edilir.	I	A
Şəkərli diabet və ÜDX olan pasientlərə, qlukaqona bənzər Peptid-1 reseptor aqonisti (liraqlutid və ya semaqlutid) tövsiyə edilir.	I	A

©ESC

XKS ilə olanlarda şəkərli diabetə dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Diabeti olan orta yaşlı asimptomatik fərdlərdə (>40 yaş) ÜD riskini hərtərəfli qiymətləndirmək üçün koronar KTA və ya funksional görüntülemə nəzərdə tutula bilər.	IIb	B

©ESC

AÇF=angiotenzin çevirici ferment; QF=qulaqcıq fibrilyasiyası; AT= arterial təzyiq; KAX=koronar arteriya xəstəliyi; XKS=xronik koronar sindrom; KTA=komputer tomoqrafik angiografiya; ÜDX=ürək- damar xəstəliyi; HbA1c=qlikozilləşmiş hemoglobin; ASLX=aşağı sıxlıqlı lipoproteinli xolesterolin; MI=miokard infarktı.

^aTövsiyə sinfi

^bSübut səviyyəsi

^cMüalicə alqoritmı 2019 ESC/EASD şəkərli diabet, prediabet və kardiovaskulyar xəstəliklər tövsiyələrində mövcuddur.

Xronik böyrək xəstəliyi

XKS ilə olanlarda xronik böyrək xəstəliyinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Risk faktorlarının hədəf dəyərlərə qədər nəzarət olunması tövsiyə edilir.	I	A
XKS müalicəsində istifadə olunan, böyrəklərdən xaric olan dərmanların potensial doza uyğunlaşdırmasına xüsusi diqqət yetirmək vacibdir.	I	C
Ağır dərəcəli XBX olan pasientlərdə sidik ifrazının azalması və böyrəklərin zədələnməsinin qarşısını almaq üçün yodlu kontrast maddələrin minimuma endirilməsi tövsiyə edilir.	I	B

©ESC

XBX = xronik böyrək xəstəliyi; XKS = xronik koronar sindrom.

^aTövsiyə sinfi

^bSübut səviyyəsi

Yaşlılar

Xronik koronar sindromlu yaşlı pasientlərə dair tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Yaşlı pasientlərdə dərmanların əlavə təsirlərinə, intolerantlığa və doza artıqlığına mühüm diqqət yetirmək tövsiyə edilir.	I	C
Yaşlı pasientlərdə DES istifadəsi tövsiyə edilir.	I	A
Yaşlı xəstələrdə qanaxma fəsadlarının qarşısının alınması üçün radial giriş tövsiyə edilir.	I	B
Diagnostika və revaskulyarizasiya qərarları simptomlara, işemiyanın dərəcəsinə, ümumi zəifliyə, gözlənilən yaşam müddətinə və əlavə xəstəliklərə əsaslanaraq tövsiyə edilir.	I	C

©ESC

DES=dərmanlı stent

^aTövsiyənin sinfi

^bSübut səviyyəsi.

Cins

Cins problemlərinə və Xronik Koronar Sindroma dair tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Postmenopauzal dövrdə olan qadınlarda riski azaltmaq üçün hormonəvəzəci terapiya tövsiyə edilmir.	III	C

©ESC

^aTövsiyə sinfi

^bSübut səviyyəsi.

Refrakter stenokardiya

Refrakter srtenokardiya xəstələr “stenokardiya klinikalarında” təcrübəli, multidissiplinar komandalar tərəfindən fərdi pasientdə ən uyğun terapevtik yanaşmanın seçilməsi, ağrı sindromunun mexanizminə əsaslanan dəqiq diaqnozun qoyulması ilə müalicə edilir.

Refrakter stenokardiya üçün müalicə seçimlərinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
OMT və revaskulyarizasiya strategiyasına refrakter pasientlərdə, simptomları azaltmaq üçün gücləndirilmiş xarici kontrpulsasiya nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
OMT və revaskulyarizasiya strategiyasına refrakter pasientlərdə, simptomları azaltmaq üçün koronar sinusu daraldan cihaz nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
OMT və revaskulyarizasiya strategiyasına refrakter pasientlərdə, simptomları və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq üçün onurğa beyninin stimulyasiyası nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
OMT və revaskulyarizasiya strategiyasına refrakter pasientlərdə, transmiokardial revaskulyarizasiya tövsiyə edilmir.	III	A

ESC

^aTövsiyə sinfi

^bSübut səviyyəsi.