

Xəstəlik sinifi (XBT-10)	I Qan dövrəni sisteminin xəstəlikləri
---------------------------------	--

İlkin versiyənin tərtibatçı (İSİM)	Əlizadə İ.
---	-------------------

XBT-10 rubrikası	
I 20	Stenokardiya [döş inağı]
I 20.8	Stenokardiyanın digər formaları

Müalicə

Ürəyin işemik xəstəliyi (**ÜİX** 1967 ildə ÜST tərəfindən təklif edilmişdir) və ya koronar arteriya xəstəliyi (**KAX**) sinonimlərdir. 2019-cu ildə yeni xronik koronar sindrom termini ortaya çıxdı (Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin Təvsiyələri, 2019). Stabil stenokardiya təzə protokollarda xronik koronar sindrom (XKS) termini ilə əvəz edildi.

AMPUTATOR MÜALİCƏ TAKTİKALARI

Dərmanların təsiri həm klinik təzahürləri azaltmaq, həm də xəstəliyin proqnozunu yaxşılaşdırmaq baxımından göstərilmişdir.

Birinci sıra dərmanlar (beta-blokatorlar, kalsium antaqonistləri, qısa təsirli nitratlar) və ikinci sıra dərmanlar (uzun təsirli nitratlar, ivabradin, nikorandil, ranolazin, trimetazidin) müəyyən edilmişdir. Əks göstərişlər və ya birinci sıra dərmanlara qarşı dözümsüzlük hallarında XKS olan xəstələrə ikinci sıra dərmanlar təyin edilir. Koronar arteriya xəstəliyi nəticəsində stenokardiya olan xəstələr də aşağı dozalı aspirin və statinlər qəbul etməlidirlər.

XKS xəstələrində farmakoloji müalicənin məqsədi stenokardiya simptomlarını fiziki yükləməyə bağlı işemiyəni azaltmaq, həmçinin ÜD ağırlaşmalarının qarşısını almaqdır. 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 1. XKS-in uzunmüddətli antişemik dərman müalicəsi üçün təklif edilən pilləli strategiya və əsas spesifik xüsusiyyətlər. Tövsiyə olunan pilləli yanaşma hər xəstənin xüsusiyyətlərinə fərdi olmalıdır

	Standart müalicə	Yüksək ÜVS (məs: >80 v.d)	Aşağı ÜVS (məs: < 50v.d)	SolM disfunksiyası və ya ÜÇ	Aşağı arteriyal təzyiq
Addım 1.	BB və ya KKB ^a	BB və ya qeyri-DHP-KKB	DHP-KKB	BB	Aşağı doza BB və ya aşağı doza qeyri-DHP-KKB ^c
Addım 2.	BB + DHP-KKB	BB + KKB ^b	UTN-a keç	BB + UTN və ya BB + ivabradin	ivabradin ^d , ranolazin və ya trimetazidin ^{e-ə} keç
Addım 3.	2-ci sıra dərman əlavə et	BB + ivabradin ^d	DHP-KKB + UTN	Digər 2-ci sıra dərman əlavə et	İki 2-ci sıra dərmanı kombine et
Addım 4.	Nikorandil, ranolazin və ya trimetazidin əlavə et				

Müxtəlif klinik hallarda fərqli dərman kombinasiyaları haqqında məhdud sübutlar olduğuna görə tövsiyə edilən variantlar yalnız potensial kombinasiyaların göstəricisidir və rəsmi tövsiyə xarakteri daşımır.

İxtisarlər:BB - beta-blokator; ÜVS - ürək vurğularının sayı; KKB - kalsium kanal blokatoru DHP-KKB - dihidropiridin qrup kalsium kanal blokatoru; və ya KKB ikinci sıra dərmanla birlikdə ilk addım kimi düşünülə bilər;

^aBB və DHP-KKB kombinasiyası ilk addım düşünülə bilər; BB aşağı dozası seçilərək ürək vurğularını və təzyiqi yaxından təqib etməklə başlanğıc müalicə kimi istifadə oluna bilər;

^bBB və qeyri-DHP- KKB kombinasiyası, hər birinin çatışmazlığı; UTN- uzun təsirli nitrat; SolM - Sol mədəcik; qeyri-DHP-KKB = qeyri-dihidropiridin kalsium kanal blokatoru;

^cAşağı doza BB və ya DHP-KKB ciddi təqib olunaraq, xüsusilə ürək vurğuları və təzyiqə nəzarətlə istifadə oluna bilər;

^dİvabradin qeyri-DHP-KKB ilə kombine olunmamalıdır;

^eArterial təzyiq dəyişməzsə 2-ci addımdakı dərmanı 1-ci addımdakına əlavə etməyi düşünün.

Xronik koronar sindromlu xəstələrdə antiişemik müalicəyə dair tövsiyələr:

Ümumi müddəalar

1. Simptomlu xəstələrdə dərman müalicəsi, stenokardiya/ işemiyani azaltmaq üçün bir və ya bir neçə dərman preparatı və arzuolunmaz halların profilaktikası üçün olan dərmanlarla birlikdə tövsiyə edilir(C).
2. Pasientləri xəstəlik, risk faktorları və müalicə strategiyaları barədə maarifləndirmək tövsiyə edilir(C).
3. Xəstənin dərman müalicəsinə cavabına vaxtaşırı nəzarət (dərman başlandıqdan 2-4 həftə sonra) tövsiyə edilir(C).

Stenokardiya/işemiyani^a azaltmaq

1. Fiziki yükə bağlı stenokardiyanı dərhal azaltmaq üçün qısa təsirli nitratlar tövsiyə edilir(B).
2. Ürək vurğusu və simptomları idarə etmək üçün beta-blokator və/və ya KKB birinci sıra müalicə kimi tövsiyə edilir(A).
3. Əgər stenokardiya simptomlarına beta-blokator və ya KKB ilə uğurlu nəzarətə nail olunmursa beta-blokatorla DHP-KKB kombinasiyası nəzərdə tutulmalıdır(C).
4. Başlanğıcda birinci sıra müalicə kimi beta-blokator və DHP-KKB kombinasiyası nəzərdə tutulmalıdır(B).
5. 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(B).
6. Uzun təsirli nitratlar təyin edildikdə, tolerantlığı azaltmaq üçün nitratsız və ya aşağı nitrat intervalları nəzərdə tutulmalıdır(B).
7. BB, KKB və uzun təsirli nitratları pis keçirənlərdə, əks göstəriş olduqda və simptomlara adekvat nəzarət olunmadıqda, stenokardiya tezliyini azaltmaq və fiziki yükləməyə qaşı tolerantlığı artırmaq məqsədi ilə nikorandil, ranolazin, ivabradin və ya trimetazidin ikinci sıra müalicə kimi nəzərdə tutulmalıdır(B)
8. 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(C).
9. 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(B).

10. Nitratların hipertrofik obstruktiv kardiomiopatiyalı pasientlərdə və fosfodiesteraza inhibitorları ilə birgə istifadəsi tövsiyə edilmir(B).

İxtisarlər: AT- arterial təzyiq; BB-beta blokatorlar; KKB - kalsium kanal blokatoru; XKS - xronik koronar sindrom; DHP-KKB - dihidropiridin kalsium kanal blokatoru ^aProqnoza faydası müşahidə olunmamışdır

Arzuolunmaz halların birincili profilaktikasına dair tövsiyələr

Sinus ritmində olan XKS xəstələrində antitrombotik müalicə

1. Mİ keçirmiş və ya revaskulyarizasiya olunmuş xəstələrə gündəlik 75-100 mq aspirin tövsiyə edilir(A).
2. Aspirin pis keçirildikdə alternativ kimi gündəlik 75 mq klopidogrel tövsiyə edilir(B).
3. 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(B).
4. Miokard infarktı və revaskulyarizasiya anamnezi olmayan, lakin görüntüləmədə təsdiq edilmiş KAX olan xəstələrdə gündəlik 75- 100 mq aspirin istifadəsi nəzərdə tutula bilər(C).
5. Uzunmüddətli ikincili profilaktika məqsədi ilə işemik hadisə riski, qanaxma riskindən yüksək olan pasientlərdə aspirinə ikinci antitrombotik dərmanın əlavə edilməsi nəzərdə tutulmalıdır^d (A).
6. 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 (A).

PKM-dən(perkutan koronar müdaxilə) sonra sinus ritmində olan XKS xəstələrində antitrombositar müalicə

1. Aspirin, stentləmədən sonra gündəlik 75-100 mq dozada tövsiyə edilir(A)
2. Klopidogrel 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(A).

3. Həyati təhlükəli qanaxma riski yüksək olan pasientlərdə müvafiq yükləmədən sonra (600 mq və ya >5 gün saxlayıcı doza ilə müalicə) gündəlik 75 mq klopidogrel 3 ay ərzində nəzərdə tutulmalıdır(A).

4. Həyati təhlükəli qanaxma riski çox yüksək olan pasientlərdə müvafiq yükləmədən sonra (600 mq və ya >5gün saxlayıcı doza ilə müalicə) gündəlik 75 mq klopidogrel 1 ay üçün nəzərdə tutula bilər(C).

5. 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(C).

QF ilə olan XKS xəstələrində antitrombotik müalicə

1. QF ilə olan pasientlərə OAK təyin edildikdə əks göstəriş yoxdursa VKA ilə müqayisədə YOAK-a üstünlük verilməsi tövsiyə edilir(A)

2. QF ilə olan, CHA2DS2 -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(A)

3. QF ilə olan, CHA2DS2 -VAsc şkalası balı⁹ 1 olan kişi və 2 olan qadın pasientlərdə uzunmüddətli OAK müalicəsi (YOAK və ya VKA üçün terapevtik intervaldakı zaman >70% olduqda) nəzərdə tutulmalıdır(B).

4. Gündəlik 75–100 mq aspirin (və ya gündəlik 75 mq klopidogrel) uzunmüddətli OAK müalicəsinə əlavə olaraq MI anamnezi və rekurrent işemik hadisə riski olan, lakin yüksək qanaxma riski olmayan xəstələrdə nəzərdə tutula bilər^d (B).

QF ilə olan PKM-dən sonrakı və ya OAK üçün digər göstərişlər olan pasientlərdə antitrombotik müalicə

1. PKM olunacaq pasientlərə periprocedural aspirin və klopidogrel istifadəsi tövsiyə edilir(C)

2. YOAK göstərişi olan pasientlərdə, antitrombotik müalicə ilə kombinasiyada YOAK istifadəsinə (5 mq apiksaban gündə 2 dəfə, 150 mq dabiqatran gündə 2 dəfə, 60 mq edoksaban gündə 1 dəfə, və ya 20 mg

rivaroksabangündə 1 dəfə)^fVKA ilə müqayisədə üstünlük verilməsi tövsiyə edilir(A).

3. Rivoraksabandan istifadə edərkən yüksək qanaxma riski^d , stent trombozu^h və ya işemik insult riskinig üstələyirsə, təklidə və ya DAPT ilə yanaşı gündə 1 dəfə 15 mq rivaroksabanın, 20 mq rivaroksabandan üstünlüyü nəzərdə tutulmalıdır(B).

4. Dabiqatrandan istifadə edərkən yüksək qanaxma riski^d , stent trombozu^h və ya işemik insult^g riskini üstələyirsə təklidə və ya DAPT ilə yanaşı gündə 2 dəfə 110 mg dabiqatranın, gündə 2 dəfə150 mg dabiqatrandan daha üstün olması nəzərdə tutulmalıdır(B).

5. 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 klopidogrelle aparılması nəzərdə tutulmalıdır(B).

6. Stent trombozu^h riski qanaxma riskini üstələyirsə aspirin, klopidogrel 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(C).

7. VKA-ya göstəriş olan pasientlərdə, onun aspirin və/və ya klopidogrelle kombinasiyasında VKA dozası hədəf İNR 2.0-2.5 və terapevtik zaman intervalı $>70\%$ olmaqla ehtiyatla tənzimlənməlidir(B).

8. İstifadə olunan stentin növündən asılı olmayaraq, stent trombozuna^h orta və ya yüksək riski olan xəstələrdə OAK və tikagrelor və ya prasugrelle DAPT; OAK, aspirin, klopidogrelle üçlü müalicəyə alternativ kimi nəzərdə tutula bilər(C).

9. Tikaqrelor və ya prasugrelin, aspirin və OAK-la birlikdə üçlü antitrombositar müalicənin tərkibində istifadəsi tövsiyə edilmir(C).

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(A).

İxtisarlər: 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; YOAK = yeni oral antikoagulyant; OAK = oral antikoagulyant; PAX = Periferik arteriya xəstəliyi; PKM = Perkutan koronar müdaxilə; VKA = vitamin K antagonist.

^cGöstərilənlərin ən azı biri ilə birlikdə olan diffuz çox damar xəstəliyi: ŞDT2, təkrar Mİ, 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 koagulopatiya, ahıl 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 Mİ, PAX, ÜÇ, XBX (eGFR 15 –59 m L/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/tranzitor işemik həmlə/emboliya (2 bal), Damar xəstəliyi (görüntüləmədə və ya angiografiyada KAX, keçirilmiş Mİ, 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 stentlənməsini, proksimal LAD və ya sonuncu patent damarın stentlənməsini, suboptimal stent açıqlığını, 60 mm-dən çox stent uzunluğunu, şəkərli diabeti, XBX, bifurkasion stentləməni, xronik total okkluziya müalicəsini, müvafiq antitrombotik müalicə fonunda əvvəl baş vermiş stent trombozunu əhatə edir.

Arzuolunmaz halların ikincili profilaktikasına dair tövsiyələr

Hipolipidemik dərmanlar

1. Statinlər bütün XKS xəstələrində tövsiyə edilir^a(A)
2. Əgər maksimal tolerə edilən dozada statinlə hədəf^a çatmadıqda, ezetimiblə kombinasiya tövsiyə edilir(B).
3. Maksimal tolerə edilən doza statin və ezetimiblə hədəfə çatmadıqda, çox yüksək riskli xəstələrdə PCSK9 inhibitorları ilə kombinasiya tövsiyə edilir(A).

AÇF inhibitorları

1. Yanaşı xəstəlikləri olanlara (ÜÇ, hipertenziya, şəkərli diabet) AÇF inhibitorları (və ya ARB) tövsiyə edilir(A).
2. AÇF inhibitorları KV hadisəsi baxımından yüksək riskli olan XKS xəstələrində nəzərdə tutulmalıdır(A).

Digər dərmanlar

1. Beta-blokatorlar sol mədəcik disfunksiyası olan və ya sistolik ÜÇ ilə olan xəstələrə tövsiyə edilir(A).
2. STEMI keçirmiş xəstələrdə beta-blokatorla uzunmüddətli müalicə nəzərdə tutulmalıdır(B).

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

^aMüalicə hədəfləri Dislipidemiyanın müalicəsinə dair 2019 ESC/EAS Rəhbər tövsiyələrdə göstərilmişdir.

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

Dərman müalicəsi üçün

1. Pulmonar və ya sistem durğunluq əlamətləri olan simptomatik pasientlərdə ÜÇ simptomlarını azaltmaq üçün diuretik müalicə tövsiyə edilir(B).
2. Həm anginoza ağrıları yüngülləşdirdiyi və həm də ÜÇ ilə olanlarda ölüm və xəstələnmə göstəricilərini azaltdığı üçün əsas müalicə komponenti kimi BB tövsiyə edilir(A).
3. 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(A).
4. Optimal dərman müalicəsinə baxmyaraq davamlı simptomları olan, AÇFİ və ya angiotenzin reseptor-nepirilizin inhibitorlarını tolerə edə bilməyən pasientlərdə alternativ kimi ARB tövsiyə edilir(B).
5. AÇFİ və BB ilə aparılan adekvat müalicəyə baxmayaraq simptomatik qalan pasientlərdə xəstələnmə və ölümü azaltmaq üçün MRA tövsiyə edilir(A).
6. Qısa təsirli oral və ya dərialtı nitratlar müalicədə nəzərdə tutulmalıdır (effektiv anti-anginal müalicə, ÜÇ ilə olanlarda təhlükəsizdir)(A).
7. Sinus ritmi, SolM AF $\leq 35\%$ və sakitlikdə ÜVS ≥ 70 vuruq/dəq olan, BB, AÇFİ, MRA ilə müvafiq müalicəyə baxmayaraq simptomatik qalan pasientlərdə xəstələnmə və ölüm göstəricilərini azaltmaq üçün İvabradin nəzərdə tutulmalıdır(B)

8. BB-ı pis keçirən, ÜÇ ilə olan pasientlərdə anginoz ağrıları yüngülləşdirmək üçün ÜÇ-da təhlükəsiz olan amlodipin nəzərdə tutula bilər(B).

İxtisarlər: ARNI = angiotenzin reseptor-nepirilizin inhibitoru; AV = atrioventrikulyar; ÜVS= ürək vurğularının sayı; ÜÇ = ürək çatışmazlığı; SolM AF = sol mədəciyin atım fraksiyası; Mİ = miokard infarktı; MRA = mineralokortikoid reseptor antaqonisti; OMT = optimal medikament terapiyası.

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

1. Mİ keçirmiş hipertenzialı pasientlərə, beta-blokatorlar və RAS blokatorları tövsiyə edilir(A)
2. Simptomatik stenokardiyası olan pasientlərə beta-blokatorlar və/və ya KKB tövsiyə edilir(A)
3. AÇF inhibitorları və ARB kombinasiyası tövsiyə edilmir(A).

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

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

1. XKS və şəkərli diabet olan pasientlərə, arzuolunmaz halların qarşısını almaq üçün AÇF inhibitorları ilə müalicə tövsiyə edilir(B).
2. Diabet və ÜDX^a ilə olan pasientlərə, natrium-qlükoza kotransporter 2 inhibitorları empaqliflozin, kanaqliflozin və ya dapaqliflozin tövsiyə edilir(A)
3. Şəkərli diabet və ÜDX olan pasientlərə, qlukaqona bənzər Peptid-1 reseptor aqonisti (liraqlutid və ya semaqlutid) tövsiyə edilir(A).

İxtisarlər: AÇF=angiotenzin çevirici ferment; QF=qulaqcıq fibrilyasiyası;

^aMüalicə alqoritmi 2019 ESC/EASD şəkərli diabet, prediabet və kardiovaskulyar xəstəliklər tövsiyələrində mövcuddur.

Xronik böyrək xəstəliyi

XKS ilə olanlarda xronik böyrək xəstəliyinə dair tövsiyələr

XKS müalicəsində istifadə olunan, böyrəklərdən xaric olan dərmanların potensial doza uyğunlaşdırmasına xüsusi diqqət yetirmək vacibdir(C)

ƏDƏBİYYAT:

1. Sabit stenokardiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. – Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. – Bakı, 2009. – 47. Available from: https://isim.az/upload/File/reports/14_Stabil_Angina.pdf
2. Xronik koronar sindromların diaqnostikası və idarə edilməsinə dair 2019 ESC Tövsiyələri (Cib tövsiyələr), Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin (ESC) işçi qrupu, 2022 (tərcümə) Available from: <https://www.akc.az/public/pocketpdf/1676642624XKS%202019%20R%C9%99hb%C9%99r%20T%C3%B6vsiy%C9%99.pdf>