

<b>Xəstəlik sinifi (XBT-10)</b>	<b>I - Qan dövranı sisteminin xəstəlikləri</b>
---------------------------------	--

<b>İlkin versiyanın tərtibatçı (İSİM)</b>	<b>Abasova İ.</b>
---	-------------------

<b>XBT-10 rubrikası</b>	<b>Xəstəliklər</b>
<b>I50</b>	Ürək çatışmazlığı
<b>I50.0</b>	Durğunluq ürək çatışmazlığı
<b>I50.9</b>	Dəqiqləşdirilməmiş ürək çatışmazlığı

## **Müalicə**

### **AMBULATOR MÜALİCƏ TAKTİKALARI**

#### **Ürək Çatışmazlığı-azalmış Atım Fraksiyasının (ÜÇ-aAF) dərman müalicəsi**

*Əsas terapiya olaraq, ÜÇ-aAF olan bütün xəstələrə təyin edilir.*

- angiotenzin çevirici ferment inhibitorları (AÇFİ) və ya angiotenzin reseptoru və neprilizin inhibitoru (ARNİ),
- beta adrenoblokatorlar,
- mineralokortikoid reseptor antaqonisti.

Əks göstəriş və dözümsüzlük olmadıqda, dapaqliflozin (*DAPAGLIFLOZIN*) və ya empaqliflozin (*EMPAGLIFLOZIN*) artıq AÇFİ/ARNİ, beta-bloker və mineralokortikoid reseptor antaqonistləri (MCRA) ilə müalicə alan bütün HFrEF xəstələrinə, şəkərli diabeti olub-olmamasından asılı olmayaraq tövsiyə olunur. Natrium-qlükoza kotransporter tip 2 inhibitorlarının (NQKT-2) diuretik / natriuretik xüsusiyyətləri durğunluq əlamətlərinin azalmasında əlavə üstünlüklə təmin edə bilər və ilgək diuretiklərə ehtiyacı azalda bilər.

## Azalmış atım fraksiyaslı ürək çatışmazlığı olan pasiyentlərin (NYHA II-IV) farmakoloji müalicə göstərişləri

Təvsiyələr	Sinif	Səviyyə
AFaÜÇ olan pasiyentlərə ÜÇ səbəbindən hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün AÇFİ təvsiyə olunur	I	A
AFaÜÇ olan stabil pasiyentlərə ÜÇ səbəbindən hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün b-blokator təvsiyə olunur	I	A
<b>Azalmış atım fraksiyalı ürək çatışmazlığı olan pasiyentlərin (NYHA III-V) farmakoloji müalicə göstərişləri (davamı)</b>		
AFaÜÇ olan pasiyentlərə ÜÇ səbəbindən hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün MRA təvsiyə olunur	I	A
AFaÜÇ olan pasiyentlərə ÜÇ səbəbindən hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün dapagliflozin və ya empagliflozin təvsiyə olunur	I	A
AFaÜÇ olan pasiyentlərə ÜÇ səbəbindən hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün AÇFİ-rının əvəzedicisi kimi sakubitril/valsartan təvsiyə olunur	I	B
<b>Azalmış atım fraksiyalı ürək çatışmazlığı (SMAF ≤ 40%) olan seçilmiş NYHA II-IV sinif pasiyentlərə digər farmakoloji müalicə göstərişləri</b>		
<b>İlgək diuretiklər:</b>		
AFaÜÇ durğunluq əlamət və ya simptomları olan pasiyentlərə ÜÇ simptomlarının yüngülləşdirmək, funksional imkanları artırmaq ÜÇ-a bağlı hospitalizasiyaları azaltmaq üçün diuretiklər təvsiyə olunur	I	C
<b>ARB:</b>		
ARBc AÇFİ və ya ARNİ-i tolerə edə bilməyən simptomatik pasiyentlərdə ÜÇ-a bağlı hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün təvsiyə olunur (pasiyentlər həmçinin betablokator və MRA qəbul etməlidirlər)	I	B
<b>If- kanal inhibitoru:</b>		
Ivabradin sübuta əsaslanmış dozada b-blokator (və ya ondan aşağı maksimal tolerə edilə bilən dozada), AÇFİ (və ya ARNİ) və MRA ilə müalicəyə rəğmən sakitlik halında ÜVS ≥ 70 v/dəq, SR-də olan SMAF ≤ 35% simptomatik pasiyentlərdə ÜÇ-a bağlı hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün nəzərdə tutulmalıdır	IIa	B
Ivabradin beta-vlokator tolerə edə bilməyən və ya əks göstərişləri olan ÜVS ≥ 70 v/dəq, SR-də olan SMAF ≤ 35% simptomatik pasiyentlərdə ÜÇ-a bağlı hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün nəzərdə tutulmalıdır. Pasiyentlər həmçinin AÇFİ (və ya ARNİ) və MRA qəbul etməlidirlər.	IIa	C
<b>Həll olunan qanilat tsiklaza stimulyatoru:</b>		
Vericiguat NYHA II-IV sinif olan, AÇFİ (və ya ARNİ), betablokator və MRA ilə müalicəyə rəğmən ÜÇ-nın ağırlaşması baş verən pasiyentlərdə KV ölüm riskini və ÜÇ-a bağlı hospitalizasiya riskini azaltmaq üçün nəzərdə tutula bilər	IIb	B
<b>Hidralazin və izosorbid dinitrat:</b>		
Hidralazin və izosorbid dinitrat SMAF ≤ 35% olan qaradərili və ya SMAF < 45 və sol mədəciyin dilatasiyası ilə birgə müşahidə olunan NYHA II-IV sinif, AÇFİ (və ya ARNİ), b-blokatorlar və MRA ilə müalicəyə rəğmən ÜÇ-a bağlı hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün nəzərdə tutulmalıdır	IIa	B

Hidralazin və izosorbid dinitrat istənilən AÇFİ, ARB, və ya ARNİ tolerə edə bilməyən ( və ya əks göstəriş olan) simptomatik pasiyentlərdə ölüm riskini azaltmaq üçün nəzərdən tutula bilər	IIb	B
<b>Diqoksin:</b>		
Diqoksin AÇFİ (və ya ARNİ), beta-blokator və MRA ilə müalicəyə rəğmən SR-də olan, simptomatik AAF-ÜÇ olan pasiyentlərdə hospitalizasiya (bütün səbəblərə və ÜÇ-abağlı riskini hospitalizasiyalar) azaltmaq üçün nəzərdə tutula bilər	IIb	B
AÇFİ=angiotenzin çevirici ferment inhibitoru; AFaÜÇ = atım fraksasiyası azalmış ürək çatışmazlığı; ARB= angiotenzin reseptor blokatoru; ARNİ= angiotenzin reseptor-neprilzininhibitoru; ÜÇ= ürək çatışmazlığı; MRA= mineralokortikoid reseptor antaqonisti; NYHA= Nyu-York Ürək Assosiyası; SMAF= sol mədəciyin atım fraksiyası; SR=sinus ritmi. A Təvsiyənin sinfi b Sübutun səviyyəsi cAFaÜÇ -da effektivliyi sübut olunmuş ARB-lər - kandesartan, lozartan və valsartan.		

### Angiotenzin çevirici ferment inhibitorları (AÇFİ). Angiotensin II reseptor antaqonistləri. ÜÇ zamanı təyin edilmə prinsipləri.

- ÜÇ və sol mədəciyin atım fraksasiyası <40% olan bütün xəstələrə təyin edilməlidir.
- Təyinatə əks göstərişlər: anamnezdə angionevrotik ödem, ikitərəfli böyrək arteriyasının stenozu diaqnozu, hamiləlik və ya hamiləlik riski, allergik reaksiya və ya dərmana mənfi reaksiya.

#### Cədvəl.

#### Əsas dərman vasitələrinin siyahısı (100% istifadə ehtimalı ilə):

Farmakoterapevtik qrup	D/v patentlənmemiş adı	Qəbul qaydası		SD
		İlkin doza	Hədəf doza	
AÇFİ	<b>Captopril</b>	6,25 mq 3d/g	50 mq 3d/g	I A
	<b>Enalapril</b>	2,5 mq 2d/g	10-20 mq 2d/g	
	<b>Lisinopril</b>	2,55 mq 1d/g	20-40 mq 1d/g	
	<b>Fosinopril</b>	5-10 mq 1d/g	40 mq 1d/g	
	<b>Perindopril</b>	2 mq 1 d/g	8-16 mq 1d/g	
ARNİ	<b>Sacubitril/Valsartan</b>	49/51 mq 2d/g (Terapiyaya	97 mq Sacubitril və 103 mq	I B

		24 mq <i>Sacubitril</i> və 26 mq <i>Valsartan</i> ilə 2d/g başlamaq olar)	<i>Valsartan</i> 2d/g	
Beta-blokatorlar	<i>Bisoprolol</i>	1.25 mq 1d/g	10 mq 1d/g	I A
	<i>Metoprolol succinate (CR/XL)</i>	12.5-25 mq 1d/g	200 mq 1d/g	
	<i>Nebivolol</i>	1.25 mq 1d/g	10 mq 1d/g	
	<i>Carvedilol</i>	3,125 mq 2d/g	25 mq 2d/g	
MRA	<i>Eplerenone</i>	25 mq 1d/g	50 mq 1d/g	I A
	<i>Spiroinolactone</i>	12,5 – 25 mq 1d/g	25-50 mq 1d/g	
Natrium-qlükoza kotransporter tip 2 inhibitorları	<i>Dapagliflozin</i>	10 mq 1d/g	10 mq 1d/g	I A
	<i>Empagliflozin</i>	10 mq 1d/g	10 mq 1d/g	
İlgək diuretiklər	<i>Furosemid (Furosemide)</i>	20-40 mq 1-2 d/g	240mq 1- 2d/g	I C
	<i>Bumetanid (BUMETANIDE)</i>	0,5-1 mq 1-2 d/g	1-5 mq 1 d/g	
	<i>Torsemid (Torasemide)</i>	10-20 mq 1 d/g	20 mq 1- 2d/g	
Angiotensin II reseptor blokatorları (ARB)	<i>Candesartan</i>	4-8mq 1 d/g	32 mq1 d/g	I B
	<i>Losartan</i>	25-50 mq 1 d/g	50-150 mq 1 d/g	
	<i>Valsartan</i>	20-40 mq 1 d/g	160 mq 2d/g	

**Əlavə d/v siyahısı (100% -dən aşağı istifadəsi)**

Farmakoterapevtik qrup	D/v patentlənmemiş adı	Qəbul qaydası		SD
		İlkin doza	Hədəf doza	
If kanallarının inhibitoru	<i>Ivabradine</i>	5 mq 2 d/g	7.5 mq 2 d/g	IlaB

<b>Həll olunan guanilat siklaza (sGC) stimulyatorları</b>	<b>Vericiguat</b>	2,5 mq 1 d/g	10 mq 1d/g	IIbB
<b>Qlikozidlər</b>	<b>Digoxin</b>	0,125-0,25 mq/sutkada 1 d/g	0,5- <0,9 nq/ml serum diqoksin konsentrasiyasına nail olmaq üçün fərdi dəyişən doza	IIbB R
<b>Vazodilatatorun nitratla birləşməsi</b>	<b>Isosorbide dinitrate / Hydralazine</b>	20 mq 3d/g /37.5 mq 3d/g	40 mq 3d/g/ 75 mq 3 d/g	IIaB
<b>Tiazid diuretiklər</b>	<b>Xlortiazid</b>	250-500 mq 1və ya2 d/g	500 mq 1d/sutkada	IC
	<b>Hydrochlorothiazide</b>			
	<b>Xlortalidon (CHLORTHALIDONE)</b>	12,5-25mq	50mq 1d/sutkada	
	<b>Hidroxlortiazid (Hydrochlorothiazide)</b>	25mq 1və ya2 d/g	100mq 1d/sutkada	
	<b>İndapamid (Indapamide)</b>	2,5mq 1d/g	5mq 1d/sutkada	
	<b>Metolazon (Metolazone)</b>	2,5mq 1d/g	10mq 1d/sutkada	

MRA = mineralokortikoid reseptor antaqonisti

1d/g – gündə 1 dəfə

SGLT2 = sodium-glucose co-transporter 2

ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГКТ-2)=NQKT-2

МКРА (Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР/АМР) mineral kortikoid reseptor antaqonistləri

СН-нФВ= ÜÇ-aAF

AÇFİ- angiotenzin çevirici ferment inhibitoru

ARNI- angiotenzin/nepirilizin reseptoru inhibitorları

ÜÇ-aAF Ürək Çatışmazlığı + Azalmış Atım fraksiyası

## Ədəbiyyat:

Хроническая сердечная недостаточность. Клинические протоколы МЗ РК - 2023 (Казахстан). Available from: <https://ref.az/XVbura>

2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure