

## Kəskin koronar sindromların mənecmentinə dair ESC 2023 rəhbər təsviyələri\*

Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin (ESC) kəskin koronar sindromlarının  
mənecmenti işçisi qrupu tərəfindən yaradılmışdır

### Sədrələr

#### **Robert Byrne**

Dept.of Cardiology and Cardiovascular  
Research Institute (CVRI)

#### **Borjbalbez**

Clinical Research Department,  
Centro Nacional de Investigaciones

Mater Private Network and RCSI University of  
Medicine and HealthSciences  
Dublin, Ireland

Cardiovasculares CarlosIII (CNIC) and  
Cardiology Department,IIS Fundacion  
Jimenez Diaz University Hospital,  
Madrid, Spain

#### **İşçi qrup üzvləri:**

Xavier Rossello (Task Force Coordinator) (Spain), J.J. Coughlan (Task Force Coordinator) (Ireland), Emanuele Barbato (Italy), Colin Berry (United Kingdom), Alaide Chieffo (Italy), Marc J. Claeys (Belgium), Gheorghe-Andrei Dan (Romania), Marc R. Dweck (United Kingdom), Mary Galbraith (United Kingdom), Martine Gilard(France), Lynne Hinterbuchner(Austria), Ewa A. Jankowska (Poland), Peter Jüni (United Kingdom), Takeshi Kimura (Japan), Vijay Kunadian (United Kingdom),Margret Leosdottir (Sweden), Roberto Lorusso(Netherlands), Roberto F.E.Pedretti (Italy),Angelos G.Rigopoulos (Greece), Maria Rubini Gimenez (Germany), Holger Thiele (Germany), Pascal Vranckx (Belgium), Sven Wassmann (Germany), Nanette Kass Wenger (United States of America).

#### **Bu sənədin hazırlanmasında rol oynamış ESCalt ixtisas cəmiyyətləri:**

Associations: Association of Cardiovascular Nursing&Allied Professions (ACNAP), Association for Acute Cardio Vascular Care (ACVC), European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Heart Rhythm Association (EHRA) and Heart Failure Association(HFA).

Working Groups: Cardiovascular Pharmacotherapy, Cardiovascular Surgery, E-Cardiology, Myocardial and Pericardial Diseases,Thrombosis.

Patientforum

**Tərcümə edənlər:** Şəfa Şahbazova, Şahane Ələsgərli, Nərgiz Müştəqzadə

\*Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin 2023-cü il kəskin koronar sindromlarının mənecmentinə dair rəhbər təsviyəsindən  
uyğunlaşdırılmışdır (European Heart Journal, 2023—doi:10.1093/eurheartj/ejad191)

# Mündəricat

1.	Giriş .....	4
1.1.	Keskin koronar sindromların və miokard infarktının tərifi .....	4
2.	Triaj və diaqnostika .....	7
2.1.	Kliniki mənzərə və fiziki müayinə .....	7
2.2.	Diaqnostik metodlar Elektrokardiogram .....	9
2.2.1.	ST elevasiyalı keskin koronar sindrom.....	10
2.2.2.	ST elevasiyasız keskin koronar sindrom (STEsizKKS).....	10
2.3.	Diaqnostik metodlar Biomarkerlər .....	11
2.3.1.	Yüksək-həssaslıqlı kardiak troponinlər.....	11
2.4.	Diaqnostik metodlar Qeyri-invaziv görüntüləmə .....	13
3.	Keskin koronar sindrom şübhəsi ilə müraciət etmiş pasiyentlər üçün ilkin tədbirlər   İlkin müalicə.....	13
3.1.	Yardımın prehospital logistikası .....	13
4.	Keskin koronar sindromlu xəstələrin keskin fazada menecmenti .....	15
4.1.	İnvaziv strategiya və reperfuziya müalicəsi üçün seleksiya.....	15
4.2.	STEMİ pasiyentlərdə fibrinolizis və farmako-invaziv strategiya.....	18
5.	Antitrombotikmüalicə.....	20
5.1.	Keskin fazada antitrombositar müalicə.....	22
5.2.	Oral antikoagulyasiyaya ehtiyacı olan pasiyentlərdə antritrombositar müalicə.....	29
5.3.	Fibrinolizisə əlavə olaraq antitrombotik müalicə .....	31
6.	Qeyri-stabil keskin koronar sindrom .....	32
6.1.	Kardiogen şok keskin koronar sindromun ağırlaşması kimi .....	33
7.	Hospitalizasiya müddətində keskin koronar sindromun menecmenti .....	34
8.	Invaziv strategiyaların texniki aspektləri .....	35
9.	Çoxdamar xəstəliyi olan pasiyentlərin menecmenti .....	36
9.1.	Kardiogen şok ilə ağırlaşmış keskin koronar sindrom zamanı çoxdamar xəstəliyinin menecmenti.....	36

10.	Qeyri-obstruktiv koronar arteriyali miokard infarkti.....	38
11.	Xüsusi hallar.....	41
11.1.	Tip2Miokard infeksiyoni və kəşkin miokard zədələnməsi.....	41
11.2.	Ağırlaşmalar .....	42
11.3.	Yanaşı xəstəliklər.....	45
12.	Uzun müddətli müalicə .....	47
13.	Pasiyentlərin perspektivləri.....	52
13.1.	Pasiyent mərkəzli yardım .....	52
13.2.	Psixiyyatrichtik razılığı və gözləntiləri .....	54
13.3.	Evə yazmaq üçün hazırlanması.....	55
14.	Cinsiyətin fərqi .....	56

## **1. Giriş**

Avropa Kardiologiya Cəmiyyəti bu yaxınlarda kəskin koronar sindromlara (KKS) aid bütün tibbi sübutların nəzərdən keçirilməsini tamamladı. Tövsiyə sinfi və sübut səviyyəsi yenidən dəyiərləndirildi və Cədvəl 1 və Cədvəl 2-də göstərildiyi kimi dərəcələndirildi.

Bu kiçik buklet rəhbər tövsiyədən çıxarılmış kliniki yardım məlumatlarının ümumiləşdirilməsidir. Daha ətraflı detallar üçün rəhbər tövsiyənin tam versiyasına müraciət edə bilərsiniz. ([www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)).

KKS-lu xəstələrin menecmentinin əsas aspektləri Şəkil 1-də ümumiləşdirilmişdir.

**1.1. Kəskin koronar sindromlarının və miokard infarktının tərifi.** Kəskin koronar sindrom özündə kliniki əlamət və simptomların dəyişilmesi, EKQ dəyişikliyinin olub olmaması və troponin səviyyələrinin artıb artmamasını birləşdirən geniş spektrdir. ([Şəkil 2](#)). KKS ilə müraciət etmiş xəstəyə kəskin miokard infarktı (MI) və yaxud qeyri-stabil stenokardiya (QSS) diaqnozu qoyula bilər. MI-nın diaqnozu kTn ifrazı ilə özünü biruzə verir və miokard infarktının dördüncü universal tərifinə əsaslanır. QSS kəskin kardiomiosit zədələnməsi/nekrozu olmadan sakitlikdə və yaxud cüzi fiziki hərəkətlə yaranan miokard işemiyasıdır.

## Şekil 1 Mərkəzi İllüstrasiya.

### KKS spektri əhatə edir

Qeyri-stabil stenokardiya

STE-sizMI

STEMI

1

#### İlkin olaraq KKS barədə düşün



2

#### İnvaziv idarəetmə düşün

STEMI



YA



Çox yüksək riskli STE-sizKKS



Yüksək riskli STE-sizKKS



3

#### Antitrombotik müalicə düşün

Antitrombositar müalicə



+



və Antikoagulyant müalicə



4

#### Revaskularizasiya

Kliniki vəziyyət, yanaşı xəstəliklər və xəstəliyin müraciətəliyinə əsaslanır

Tam revaskul-yarizasiyaya çələş

Revaskularizasiyanı idarə etmək üçün alava testlər



YA



5

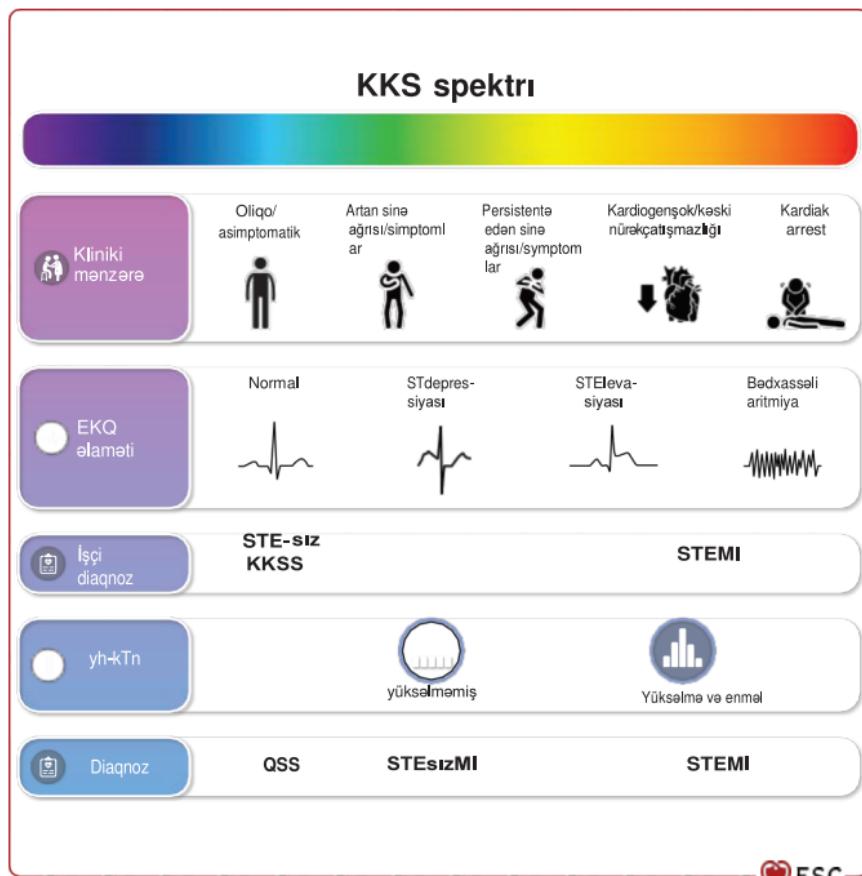
#### İkincili profilaktika



ESC

KKS, kaskinkoronasindrom; AkŞ, aorto-koronar şuntlama; EKG, elektrokardioqram; AMCH, aşağı molekul çəkili heparinlər; STE-siz KKS, ST-elevasiyazısız keşkin koronar sindrom; PKM, perkutan koronar müdaxilə; STEMI, ST-elevasiyalı miokard infarktı; FH, fraksiyalışmamış heparin.

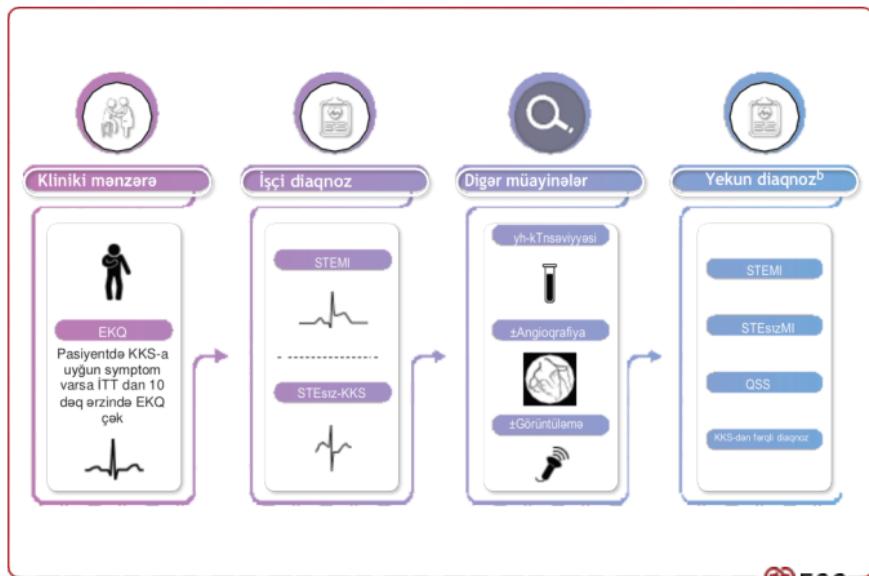
**Şekil 2** Keskın koronar sindromla müraciət etmiş xəstələrdə kliniki mənzərə, elektrokardioqrafik dəyişikliklər və yüksək həssaslıqlı troponin səviyyəsinin spektri



KKS, keskin koronar sindrom; EKG, elektrokardioqram; yh-kTn, yüksək-həssaslılı kardiaktroponin; STE-sız KKS, ST-elevasiyaysız keskín koronar sindrom NSTEMI, ST-elevasiyaysız miokard infarktı; STEMI, ST-elevasiyalı miokard infarktı.

KKS ilə müraciət etmiş xəstələr adətən EKG-yə əsasən təsnif olunur. Bundan sonra xəstələr Şəkil 2 və Şəkil 3-də göstərildiyi kimi troponin səviyyəsindəki yüksəlməyə əsasən təsnif edilə bilər.

### **Şekil3 Keskin koronar sindrom şübhesi ile müraciet etmiş pasiyentlerin təsnifatı: işçi diaqnozdan yekun diaqnoza doğru.**



KKS, keskin koronar sindrom; EKQ, elektrokardiogram; İTT, **İlk tibbi temas**; yh-kTn, yüksek hassaslıq; kardiak troponin; MI, miokard infarktı; STE-sız KKS, ST-elevasiyazıksız keskin koronar sindrom; STEsiz-MI; ST- elevasiyazıksız miokard infarktı; STEMI, ST-elevasiyazıksız miokard infarktı; QSS, qeyri-stabil stenokardiya.

<sup>a</sup>Ölde olan kliniki məlumat və EKQ deyişikliklərinə görə KKS-un işçi diaqnozu STEMİ və STEsiz-KKS kimi təsnif oluna bilər. Bu ilkin triaj və araşdırma üçün şərait yaradır.

<sup>b</sup>Yekun diaqnoz simptomlar, EKQ, troponin seviyyəsi və digər müayinələrin nticələrinin əsasında (məs, görüntüləmə və/və ya angiografiya) qoyulur və MI-nın tipinin və altda yatan mexanizminin araşdırılmasını təmin edir. İlkin olaraq STEMİ və yaxud STE-sızKKS diaqnozu qoyulmuş xəstələrə yekun diaqnoz kimi KKS-dan fərqli bir diaqnoz qoyula bilər.

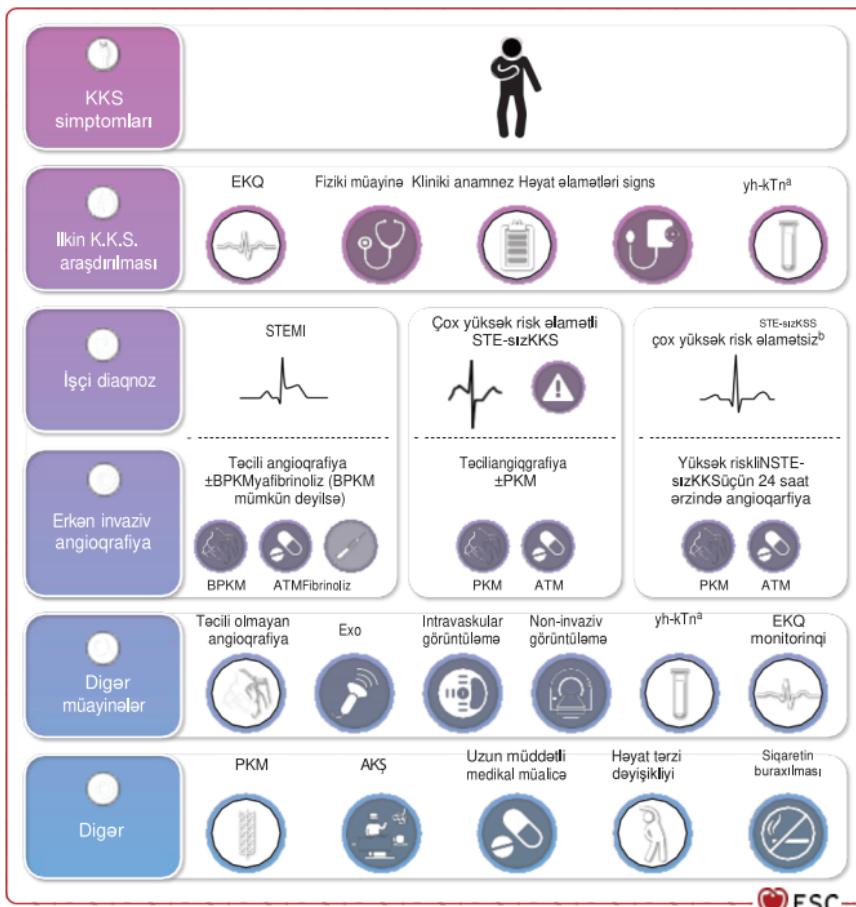
## **2. Triajvədiaqnostika**

### **2.1. Kliniki mənzərə və fiziki müayinə**

Sinədə keskin diskomfort KKS diaqnozunu düşünməyə spesifik diaqnostik alqoritmə uyğun müayinələrə başlamağa səbəb olan əsas simptomdur. (Şəkil4).

Sinə ağrısına ekvivalent simptomlara təngnəfəslik, epiqastral ağrı və sol/sağ qolda və yaxud boyunda/çənədə ağrı aiddir.

## **Şekil4** Keskin koronar sindroma uygun əlamət və simptomlarla müraciət etmiş pasiyentlərin tiaji, menecmenti və araşdırılması.



KKQ, keskin koronar sindrom; ATM, antitrombotik müalicə; AKŞ, aorto-koronar şuntlama; EKG, elektrokardioqram; yh-kTn, yüksək-hessaslılı kardiaktroponin; STE-sızKKS, ST-elevasiyazız keskin koronar sindrom; BPkm, birincili perkutan koronar müdaxile; STEMİ ST-elevasiyazılı miokard infarktı.

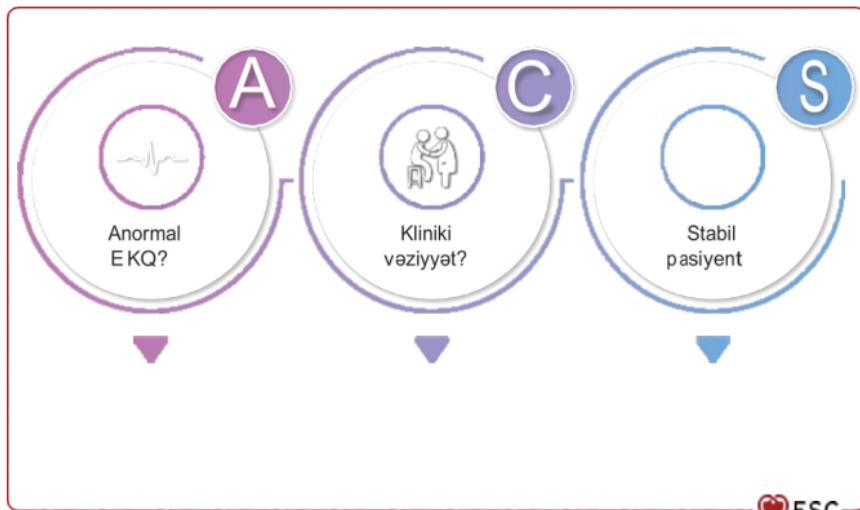
K.K.S. araşdırılması detallı formada **Şəkil5**-de göstərilir.

<sup>a</sup>yh-kTn seviyyəsi KKS-un illkin təcili menecmentini (STEMİ və yaxud çox yüksək riskli STEsiz-KKS üçün) gecikdirməməlidir

<sup>b</sup>Çox yüksək risk xüsusiyyəti olan STE-sızKKS zamanı təcili angioqrafiya icra edilməlidir. Yüksek riskli STE-sızKKS zamanı erkən invaziv angioqrafiyanın (<24 saat) icra edilməsi tövsiyə edilir.

İlkin tıbbi temas (ITT) zamanı ilkin EKQ kimi həyat əlamətlərinin də ətraflı müayinəsi tövsiyə edilir. ([Şəkil 5](#)).

**Şəkil 5** Kəskin koronar sindrom şübhəsi ilə müraciət etmiş xəstələrin ilkin dəyərləndirilməsi üçün A.C.S. müayinəsi.



EKQ, elektrokardioqram.



## 2.2. Diaqnostik metodlar | Elektrokardioqram

KKS şübhəsi olan pasiyentlərin ilk müayinəsinə sakitlikdə çəkilmiş 12 aparmalı EKQ aiddir. EKQ-nin İTT-dan 10 dəqiqə ərzində çəkilməsi və təcrübəli texnik və yaxud həkim tərəfindən dəyərləndirilməsi tövsiyə edilir. Bllkin EKQ-yə əsasən KKS ilə müraciət etmiş pasiyentlər iki içi diaqnoza ayrıla bilər:

- Kəskin sinə ağrısı (və yaxud sinə ağrısına ekvivalent əlamətlər) və EKQ-də persistent ST elevasiyası (işçi diaqnoz : Stelevasiyalı MI, STEMİ)
- Kəskin sinə ağrısı (və yaxud sinə ağrısına ekvivalent əlamətlər) olub lakin persistent ST elevasiyası olmayan pasiyentlər (işçi diaqnoz : ST elevasiyasız KKS)

## 2.2.1. Persistent ST elevasiyalı kəskin koronar sindrom

Uyğun kliniki vəziyyətdə iki ardıcıl aparmada (J nöqtəsindən hesablanır) J nöqtəsindən yeni yaranmış ST elevasiyasının olması koronar arteriyanın davam edən okkluziyasını göstərir.

Bu pasiyentlərin öncəliyi onlarda təcili reperfuziyanın aparılmasından ibarətdir ([Bölüm 4 -ə bax](#)).

Aşağı divarın STEMI zamanı sağ precordial aparmaların (V3R və V4R) çekilməsi tövsiyə edilir. Belə ki, bu birgə olan sağ mədəciyin miokard infarktını aşkarlamağa kömək edir. Əsasən simptomları davam edən və qeyri-diagnostik EKQ əlamətləri olan pasiyentlərdə arxa aparmalar (V7–V9) arxa divar STEMI aşkar etmək üçün çəkile bilər.

ThediagnosisofoBəzən davam edən kəskin koronar okkluziyanı EKQ əlamətlərinə əsasən müəyyən etmək çətin olur. Belə hallarda ST elevasiyası olmadan da xəstənin təcili reperfuziya üçün triajı aparıla bilər.

## 2.2.2. Persistent ST elevasiyası olmayan kəskin koronar sindrom (STE-sız KKS)

STE-sızKKS zamanı bəzən EKQ tam normal olsa da, bəzi xarakterik EKQ əlamətləri KKS-un diaqnostik ehtimalını artırır. Bu EKQ əlamətlərinə ST depressiyası, T dalğası dəyişiklikləri (hündür və ya bifazik T dalğası) və/və ya U dalğasının inversiyası aiddir.

### Kəskin koronar sindrom şübhəsi olan pasiyentləri üçün kliniki və diaqnostik metodlara dair tövsiyələr

Təvsiyələr	Sınıf	Səviyyə
KKS ilə müraciət etmiş pasiyentlərin anamnez, həyat əlamətləri, simptomları, fiziki müayinə nəticələri, EKQ və yh-kTn nəticələri ilə ilkin risk stratifikasiyasının aparılması tövsiyə edilir.	I	B
<b>EKQ</b>		
İTT-dan<10dəq ərzində 12 aparmaları EKQ çekilməsi tövsiyə edilir.	I	B
STEMI şübhəsi, digər EKQ əlamətləri və yaxud davam edən ağrı ilə gedən KKS şübhəsi olan bütün xəstələrə Mİ diaqnozu qoyulana qədər davamlı EKQ monitorizasiyası və defibriliyasiya şəraitinin yaradılması tövsiye edilir.	I	B

## Keskin koronar sindrom şübhesi olan pasiyentləri üçün kliniki və diaqnostik metodlara dair tövsiyələr (davamı)

### EKQ(davamı)

Standart aparmalar informativ deyilsə və yaxud aşağı divar STEMI hallarında əlavə EKQ aparmalarının (V3R,V4R,vəV7–V9) çəkilməsi tövsiyə edilir.

I	B
---	---

Təkrarlana simptomlar olduqda və yaxud diaqnoz dəqiq olmadıqda təkrar 12 aparmaları EKQ-nin çəkilməsi tövsiyə edilir.

I	C
---	---

### Qan analizi

Xəstəxanaya müraciətdən dərhal sonra yüksək həssaslıqlı testlərlə troponin səviyyələrinin ölçülülməsi və qan nümunəsi götürüldükdən sonra 60 dəqiqə içinde nəticələrin əldə edilmədi tövsiyə olunur.

I	B
---	---

STE-sızMİ diaqnozunu təsdiq yaxud inkar etmək üçün təkrarı yh-kTn (0s/1syə0s/2s) analizi ilə ESC algoritminin icra edilməsi tövsiyə edilir

I	B
---	---

Vəziyyəti izah edəcək alternativ diaqnoz qoyulmayıbsa və yaxud 0s/1s algoritmi informativ deyilsə 3 saatdan sonra əlavə kTn analizinin yoxlanılması tövsiyə edilir.

I	B
---	---

Proqnozu müəyyən etmək üçün yaradılmış risk şkalalarından (məs, GRACE risk şkalası) istifadə olunmalıdır.

IIa	B
-----	---

### Təcili reperfuziya strategiyası üçün triaj

STEMİ şübhəsi olan pasiyentlərin dərhal təcili reperfuziya strategiyası üçün triaj tövsiyə edilir.

I	A
---	---

©ESC

KKS, keskin koronar sindrom; EKQ, elektrokardioqram; ESC, Avropa Kardiologiya Cəmiyyəti; İTT, ilkin tibbi temas; GRACE, Global Registry of Acute Coronary Events; yh-kTn, yüksək həssaslıqlı kardiak troponin; MI, miokard infarktı; STEsizMİST-elevasiyazlı miokard infarktı; STEMI, ST-elevasiyalı miokard infarktı.

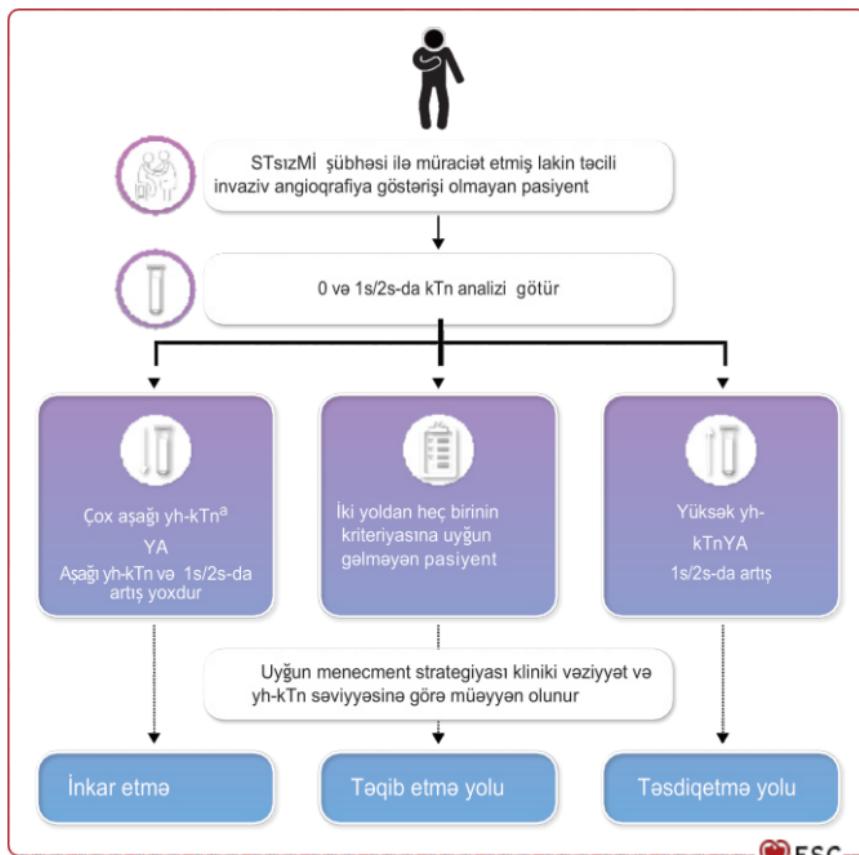
## 2.3. Diaqnostik metodlar| Biomarkerlər

### 2.3.1. Yüksək həssaslıqlı kardiak troponinlər

KKS şübhəsi olan pasiyentlərdə kliniki və EKQ əlamətləri ilə STEMI və yüksək riskli ST-sızKKS inkar edildikdən sonra biomarkerlər pasiyenlərin risk stratifikasiyasında və menecimində əhəmiyyətli rol oynayır. KKS şübhəsi olan pasiyentlərdə xüsusən yüksək həssaslıqlı kardiak troponinlər (kTn) olmaqla miokardın zədələnməsinin biomarkerlərinin səviyyəsinin ölçülməsi tövsiyə edilir. Kliniki əlamətlər miokard işemiyasına uyğundursa kTn səviyyəsinin sağlam fərdlərdəki 990cu persentilindən qalxması və yaxud enməsi MI diaqnozunu qoydurur.

0 s/1 s (əsas variant) və yaxud 0 s/2 s algoritmindən (ikinci variant) istifadə edilməsi tövsiyə olunur (Şəkil 6).

**Şekil 6** Təcili invaziv angioqrafiya göstərişi olmayıb təcili yardımına STESİZMI şübhəsi ilə gələn pasiyentlərdə diaqnozu dəqiqləşdirmək və yaxud inkar etmək üçün 0s/1s və ya 0s/2h alqoritmindən itifadə etmək lazımdır.



yh-kTn:yüksek həssaslıqlı kardiak troponin;STESİZMİ:ST-elevasiyəsiz miokard infarktı.

Har üç strategiya üçün potensial menecment və müayinə seçimləri barədə rəhbər tövsiyənin geniş variantında göstərilmişdir ([www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)).

<sup>a</sup>Yalnız sinə ağrısının 0 saatda baxılmış yh-kTn səviyyəsindən >3saat baş verdiyi hallar üçün keçərlidir.

## 24. Diaqnostik metodlar | Qeyri-invaziv Görüntüləmə

KKS olan pasiyentlərdə görüntülməyə dair tövsiyələr aşağıda göstərilmişdir.

Kəskin koronar sindrom şübhəsi ilə müraciət etmiş pasiyentlərin ilkin dəyərləndirilməsində qeyri-invaziv Görüntüləməyə dair tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
Kardiogen şok və yaxud mexaniki ağrılaşma şübhəsi ilə müraciət etmiş KKS-lu pasiyentlərə təcili TTE olunması tövsiyə edilir.	I	C
KKS şübhəsi olub ywh-cTn səviyyəsi yüksəlməmiş, EKQ dəyişiklikləri və tekrarı ağrısı olmayan pasiyentlərin ilkin müayinəsində KKTA və yaxud qeyri-invaziv stress Görüntüləmədən istifadə olunmalıdır.	IIa	A
Diag nostik qeyri-əminlik olan zaman xəstələrin triajında təcili TTE icra olunmalıdır, lakin kəskin koronar arteriyası okkluziyası şübhəsi olan hallarda bu kardiak kateterizasiya laboratoriyasına transferi gecikdirməməlidir.	IIa	C
KKS şübhəsi olan pasiyentləri üçün rutin KKTA icrası tövsiyə edilmir.	III	B

KKS,kəskin koronar sindrom ;KKTA,koronar computer tomografik angioqrafiya;EKQ,elektrokardioqram;yh-kTn,yüksek həssaslıqlı kardiak troponin;TTE,transtorakalexokardioqrafiya.

©ESC

## 3. Kəskin koronar sindrom şübhəsi ilə müraciət etmiş pasiyentləri üçün ilkin tədbirlər | Ilkin müalicə

### 3.1. Pre-hospitallogistika

Kəskin sinə ağrısı yaşamış fəndlər cəmiyyətdə lokal protokollara əsasən təcili tibbi yardım xidməti daxilində dərhal risk dəyərləndirilməsinə məruz qalmalıdır.

Ən qısa müddətdə 12 aparmalı EKQ çekilməlidir. Patie KKS şübhəsi olan pasiyentlər ilkin EKQ dəyişikliyinə görə siniflərə bölünməli və ilkin iki yol üzrə triaj olunmalıdır: (i) EKQ-də STEMI-ye uyğun dəyişikliklər olanlar (persistədən ST elevasiyası və yaxud ekvivalent dəyişikliklər)(Şəkil7); və (ii) ST elevasiyası və yaxud ekvivalenti olmayan (STE-sız KKS şübhəsi olanlar)(Şəkil8).

## Kəskin koronar sindromla müraciət etmiş pasiyentlərin ilkin menecmentinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf	Səviyyə
<b>Hipoksiya</b>		
Hipoksemiya halında ( $SaO_2 < 90\%$ ) oksigen verilməsi tövsiyə edilir.	I	C
Hipoksemianın olmadığı hallarda ( $SaO_2 > 90\%$ ) rutin oksigen verilməsi tövsiyə edilmir.	II	A
<b>Simptomlar</b>		
Ağrını aradan götürmək üçün intravenoz opioidlər verilməlidir.	IIa	C
Həyəcanlı pasiyentlərə zəif frankvizitorlar verilməlidir.	IIa	C
<b>Intravenozbeta-blokatorlar</b>		
BPKM icra olunacaq pasiyentlərə ilkin müraciət zamanı kəskin ürək çatışmazlığı və digər eks-göstərişlər olmadığıda və SQT $> 120\text{mm c.st.}$ olduğunda intravenoz beta-blokatorlar (metaprolola üstünlük verilməlidir) verilməlidir.	IIa	A
<b>Pre-hospitallogistika</b>		
Regional şəbəkələr STEMİ işçi diaqnozu qoyulmuş pasiyentlərin dərhal və effektiv şəkildə reperfuziya müalicəsini aparmaq üçün dizayn edilmələri və mümkün olduqca daha çox pasiyentin BPKM olunması üçün çatdırılmaları tövsiyə edilir.	I	B
BPKM icra edən mərkəzlərin 24/7 fəaliyyət göstərməməsi və gecikmə olmadan BPKM icra edə bilməsi tövsiyə edilir.	I	B
Pasiyentlərin təcili yardım, KİT/İTS-ni yan keçməklə birbaşa kateterizasiya laboratoriyasına transferi tövsiyə edilir.	I	B
TTY xidmətlərinin PKM olmayan mərkəzlərdən yan keçməklə STEMİ şübhəli pasiyenti PKM olan mərkəzə çatdırmaqları tövsiyə edilir.	I	C
Ambulans komandasının kəskin koronar okkluziyani göstərən EKQ dəyişikliklərini aşkar etmək, defibriliyasiya və fibrinoliz daxil olmaqla ilkin müalicəni başlamaqları üçün müvafiq təhcizatlarla təmin edilmələri və təlimlər almaları tövsiyə edilir.	I	C

## Kəskin koronar sindromla müraciət etmiş pasiyentlərin ilkin menecmentinə dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
<b>Pre-hospital logistika (davamı)</b>	I	C

STEMİ pasiyentlərinə yardım ilə məşğul olan xəstəxana və TTY sistemlərinin öz gecikmə müddətlərini qeyd etməsi və daha keyfiyyətli yardım üçün audit aparması tövsiyə edilir.

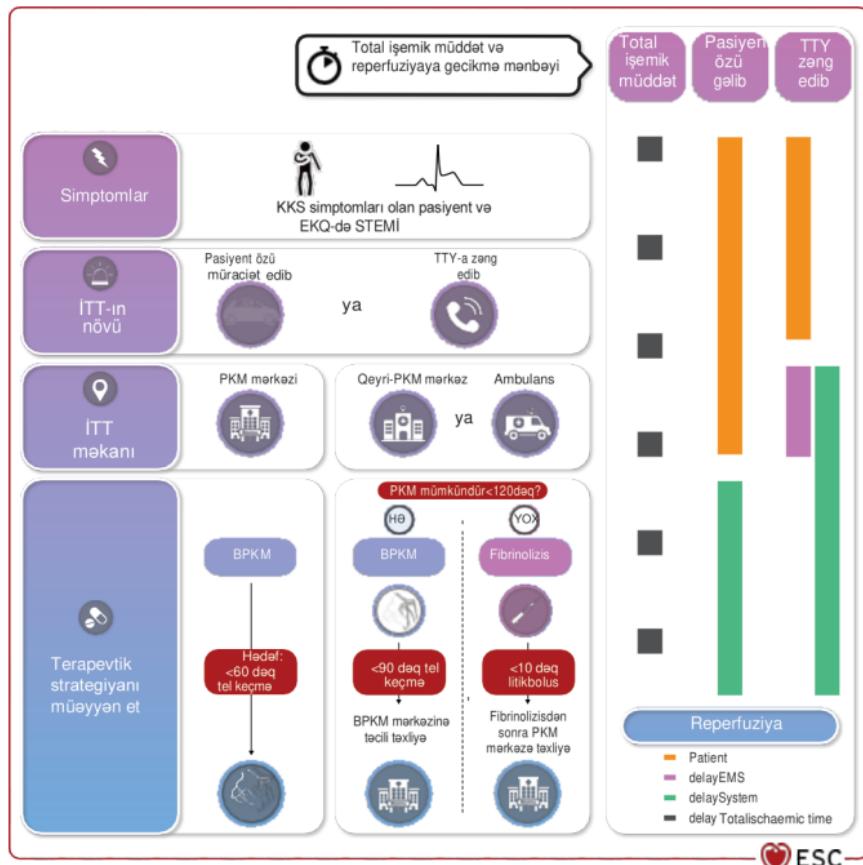
©ESC

## 4. Kəskin koronar sindromlu pasiyentlərin kəskin dövrə menecmenti

### 4.1. İnvaziv strategiya və reperfuziya müalicəsinin seçilməsi

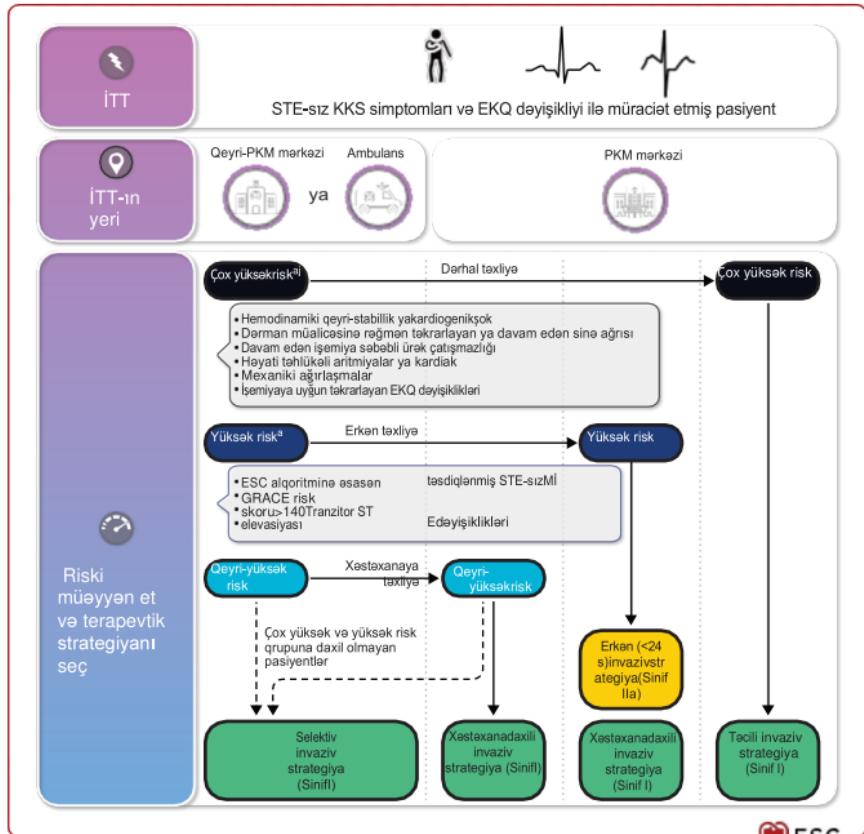
KKS-lu pasiyentlər üçün invaziv strategiya [Şəkil 7](#),[Şəkil 8](#)-də və tövsiyələr cədvəlinde ümmükləşdirilmişdir.

## Şekil7 STEMİ ile müraciét etmiş pasiyentlerin müraciét forması ve invaziv menecment ve miokardial revaskulyarizasyonu.



KKA, keskin koronar sindrom; EKQ, elektrokardiogram; TTY, təcili tibbi yardım; İTT, ilkin tibbi temas; PKM, perkutan koronar müdaxilə; BPKM, birincili perkutankoronar müdaxilə; STEMİ, ST-elevasiyalı miokard infarktı.

## Şekil 8 STE-sız KKS ile müraciet etmiş pasiyenlerin invaziv stratejisi ve reperfiziya müalicesi.



KKS, kəskinkoronsindróm; KŞ, kardiogenşək; EKG, elektrokardiogram; İTT, ilkin tibbi temas; GRACE, Global Registry of Acute Coronary Events; yh-kTn, yüksək həssaslılı kardiak troponin; STE-sız KKSS, ST-elevasiyasiyaz kəskin koronar sindrom; STEsizMI, ST-elevasiyasiyaz miokard infarktı; PKM, percutankoronal müdaxile; QSS, qeyri-stabil stenokardiya.

<sup>a)</sup>Riskkriteriyası:Pat Çox-yüksək riskli STE-sızKKS kriteriyasına uyğun gelen bütün pasiyenlərin dərhal invaziv strateyiaya məruz qalması tövsiyə edilir;bu çox yüksək-risk kriteriyalarına hemodinamiki qeyri-stabillik və yaxud KŞ, dərman müalicəsinə baxmayaq davam edən və yaxud tekrarlanan sına ağrısı , heyati-tehlükəli aritmiyalar, MI-nın mexaniki aşırılaşmaları, KKS səbəbindən yaranmış ÜC və ST segment elevasiyası ilə növbələşən ST-T dayışıklıkları aiddir. Yüksek risk kriteriyasına malik pasientlər (yh-kTn vəsitiylə təsdiq edilmiş STEsizMI, GRACEkoru>140 olan STE-sızMI,dinamikiST-T dayışıklıkları və yaxud tranzitor ST elevasiyası)erken invaziv strateyiya tətbiq edilməlidir (24 saat ərzində). Yüksek risk kriteriyasına malik olan və yaxud QSS üçün yüksək ehtimallı şübhəsi olan pasientlər də xəstəxanada yatıldığı müddədə invaziv müdaxile olunmalıdır. Seçilmiş xəstələr üçün selekтив invaziv strateyiya seçim olabilir.

**4.2. STEMİ ile müraciət etmiş pasiyentlərin fibrinolizis və farmako-invaziv strategiyası** Perkutan koronar müdaxilənin icrasının dərhal mümkün olmadığı hallarda ilk 12 saat ərzində STEMİ ilə müraciət etmiş pasiyentlər üçün fibrinolitik preparatlarla reperfuziya müalicəsi önemli strategiyadır. Uğurlu reperfuziya işemik simptomlarda əhəmiyyətli azalma,  $\geq 50\%$  STrezolusiyası və hemodinamiki stabillik ilə müşayət olunur.

#### Reperfuziya müalicəsi və invaziv müdaxilənin zamanına dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf	Level
<b>STEMİ olan pasiyentlərin reperfuziya müalicəsinə dair tövsiyələr</b>		
$\leq 12$ saat müddətində işemik simptomları olan və işçi diaqnozu (persistə edən ST elevasiyası və yaxud onun ekvivalenti) STEMİ qoyulmuş bütün pasiyentlərə reperfuziya olunması tövsiyə edilir.	I	A
Diagnoz təsdiqləndikdən $< 120$ dəq müddətində icrası mümkünPURSA BPKM fibrinolizə üstündür.	I	A
STEMİ diaqnozu olan xəstələrdə vaxtında PPKM ( $< 120$ dəq) aparmaq mümkün olmadıqda eks göstərişlər olmayan xəstələrdə simptomların başlanğıcından 12 saat müddətində fibrinolitik müalicə başlanılması tövsiyə olunur.	I	A
Uğursuz fibrinoliz (məs ST seqment elevasiyasının geriəməsi 60–90 ərzində $< 50\%$ dırşə) və hemodinamik və elektriqi qeyri stabililik olan hallarda, işemiyanın dərinləşməsi və davam edən sinə ağrısı zamanı qurtarıcı PKM aparılması tövsiyə edilir.	I	A
STEMİ işçi diaqnozu olan və simptomların başlanmasından $> 12$ saat keçidkə İşemiyanın olmasına dair əlamətləri Hemodinamik qeyri-stabililik və yaxud həyatı təhlükəli aritmiyaları olan xəstələrdə PPKM tövsiyə edilir.	I	C
Simptomların başlanmasından daha gec müddətə (12-48 saat) müraciət etmiş STEMİ olan pasientlərdə rutin PPKM tövsiyə edilir.	IIa	B
Simptomların başlanmasından $> 48$ saat keçen və davam edən siptomları olmayan STEMİ pasientlərdə tixali ICD – rutin PKM tövsiyə edilmir.	II	A

## Reperfuziya və invaziv müdaxilə zamanlaması üçün tövsiyyələr (davamı)

Tövsiyələr	sinif	Səviyyə
<b>Fibrinolizdən sonra təxliyyə/müdaxilə</b>		
Fibrinolizdən dərhal sonra bütün xəstələrin invaziv mərkəzə təxliyəsi tövsiyə olunur.	I	A
Fibrinolizdən sonra yeni başlayan və ya qalıcı ürək çatışmazlığı /şok olan xəstələrə əgər göstəriş olduqda təcili angioqrafiya və infarct cavabdeh damara (ICD) PKM tövsiyə olunur.	I	A
Angioqrafiya və İCD -a PKM, uğurlu fibrinolizdən 2-24 saat sonra əgər göstərişdirse tövsiyə olunur.	I	A
<b>STelevasiyasız AKSda invaziv strategiya</b>		
Yüksek riskli və ya ciddi şübhə indeksli ST elevasiyasız AKS xəstələrinə xəstəxanaya qəbul zamanı invaziv strategiya tövsiyə olunur.	I	A
Çox yüksək və yüksək riskli olmayan və aşağı şübhə indeksli ST elevasiyasız AKS də, selektiv invaziv yanaşma tövsiyə olunur.	I	A
Aktiv ST elevasiyasız AKS diaqnozu olan və aşağıdakı çox yüksək risk meyarlarından en az biri olan xəstələrdə dərhal invaziv strategiya tövsiyə olunur:	I	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemodinamik qeyri stabillik və ya kardiogen şok</li> <li>• Tibbi müalicəyə rəğmən təkrarlanan və ya refrakter sinə ağrısı</li> <li>• Həyati tehlükəli xəstəxana daxili aritmiyalar</li> <li>• Miokard infarktinin mexaniki ağrılaşmaları</li> <li>• Davam edən miokard işəmiyəsinə bağlı yaranan kəskin ürək çatışmazlığı</li> <li>• Təkrarlanan dinamik ST və T dəyişiklikləri, xüsusən də fasiləli ST yüksəlməsi</li> </ul>		

## Reperfuziya və invaziv müdaxilə zamanlaması üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Class	Level
<b>ST elevasiyasız AKSda invazivstrategiya(davamı)</b>		
Aşağıdakı yüksək risk kriteriyalarından ən az biri olan xəstələrdə 24 saat ərzində invaziv strategiya düşünülməlidir:	IIa	A

AKS, akutkoronarsindrom; EKQ, electrokardiogram; ESC, Avropa Kardiologiya Cəmiyyəti, GRACE, Global Registry of Acute Coronary Events; hs-cTn,yüksek həssas kardiaktroponin;İCDinfarct cavabdeh damar;MI, miokard infarktı; NSTE-ACS, ST-elevasiyasız kəskin koronar sindrom; NSTEMI, non-ST-elevation myocardial infarction; PPKM, primer perkutan koronar müdaxilə; STEMI, ST-elevasiyalı miokard infarktı

©ESC

## 5. Antitrombotik müalicə

### Cədvəl 3. Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə antiplatelet və antikoagulyant preparatlarının dozaları

#### I. Antiplatelet dərmənlər

##### Aspirin

YD150-300mq oral və ya ağızdan qəbul etmək mümkün  
olmadıqda 75-250mq iv, ardınca 75-100 mq oral ƏD; XBÇ olan  
xəstələrdə spesifik doza tənzimlənməsi yoxdur.

##### P2Y<sub>12</sub> reseptor inhibitorları(oral və ya i.v.)

##### Klopidoqrel

YD 300–600 mq oral, sonra ƏD olaraq gündə 1 dəfə davam; XBÇ olan  
xəstələrdə spesifik doza tənzimlənməsi yoxdur.  
Fibrinoliz: fibrinoliz zamanı ilkin doza 300mq (75 yaşdan  
yuxarı xəstələr üçün 75mq).

©ESC

### Cədvəl3 Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə antiplatelet və antikoagulyant preparatların dozaları (davamı)

#### P2Y<sub>12</sub>receptor inhibitorları(oral və ya i.v.)(davamı)

Prasugrel	60mq YD,ardınca 10mq θdavam, bədənəçkisi<60kq olan xəstələrdə 5 mq θD tövsiyə olunur. 75 yaşdan yuxarı xəstələrdə prasugrel ehtiyatla, müalicə zəruri hesab edildikdə 5mq! sutka istifadə edilməlidir. XBÇ olan xəstələrdə xüsusi doza tənzimlənməsi yoxdur. Keçirilmiş insult prasugrel üçün eks göstərişdir.
Tikaqrelor	YD180mq oral, davamında θD90mq gündə 2 dəfə XBÇolan xəstələrdə xüsusi doza tənzimlənməsi yoxdur.
Canqrelor	30mkq/kqivbolus,ardınca ən azı 2 saat ərzində (və ya prosedurun müddətində, hansı daha uzun olarsa) 4mkq/kq/dəq infuziya. Kangrelordantienopiridina keçid zamanı tienopiridin YD kanqrelorun dayandırılmışından dərhal sonra verilməlidir (klopidoqrel 600mq vəya prasugrel 60mq); Potensial dərmanların qarşılıqlı təsirinin qarşısını almaq üçün kanqrelorfuziyası dayandırılmışdan 30 dəqiqə əvvəl prasugrel də tətbiq oluna bilər. Tikaqrelor(YD180mq)keçid mərhələsin de trombositlərinin hibisiyasında kipotensial boşluğu minimuma endirmək üçün PKM zamanı tətbiq edilməlidir.

#### GPⅡb/Ⅲa reseptor inhibitorları(i.v.)

Eptifibatid	180mkq/kqivikiqatbolus(10dəqiqəlikintervallaverilir), ardınca 18 saatda qədər 2,0 mkq/kq/dəq infuziya. KrCl 30-50 mL/dəq üçün: ilk LD, 180 mkq/kq iv bolus (maksimum 22,6 mq);davam infuziyası, 1mkq/kq/dəq (maksimum7,5 mq/saat). İkinci YD (əgərPKMvarsə), 180mkq/kq venadaxili bolus (maksimum 22,6 mq) birinci bolusdan 10 dəqiqə sonra tətbiq edilməlidir. Büyrək çatışmazlığının son mərhəlesi olan və əvvəller ÜÇX, 30 gün ərzində işemik insult, fibrinoliz və ya trombositlərin sayı<100000/mm <sup>3</sup> olan xəstələrdə eks göstərişdir.
Tirofiban	3 dəqiqə ərzində 25mkq/kqivbolus, sonra 0,15mkq/kq/dəq. infuziya 18 saata qədər. KrCl60mL/dəq üçün: YD, 5 dəqiqə ərzində 25 mkq/kq venadaxili, ardınca 0,075mkq/kq/dəq davam infuziyası 18 saata qədər davam edilir. Əvvəller İKQ, 30 gün ərzində işemik insult, fibrinoliz və ya trombositlərin sayı<100000/mm <sup>3</sup> olan xəstələrdə eks göstərişdir

## Cədvəl 3 Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə antiplatelet və antikoagulyant preparatların dozaları (davamı)

### II. Antikoagulyant dərmanlar

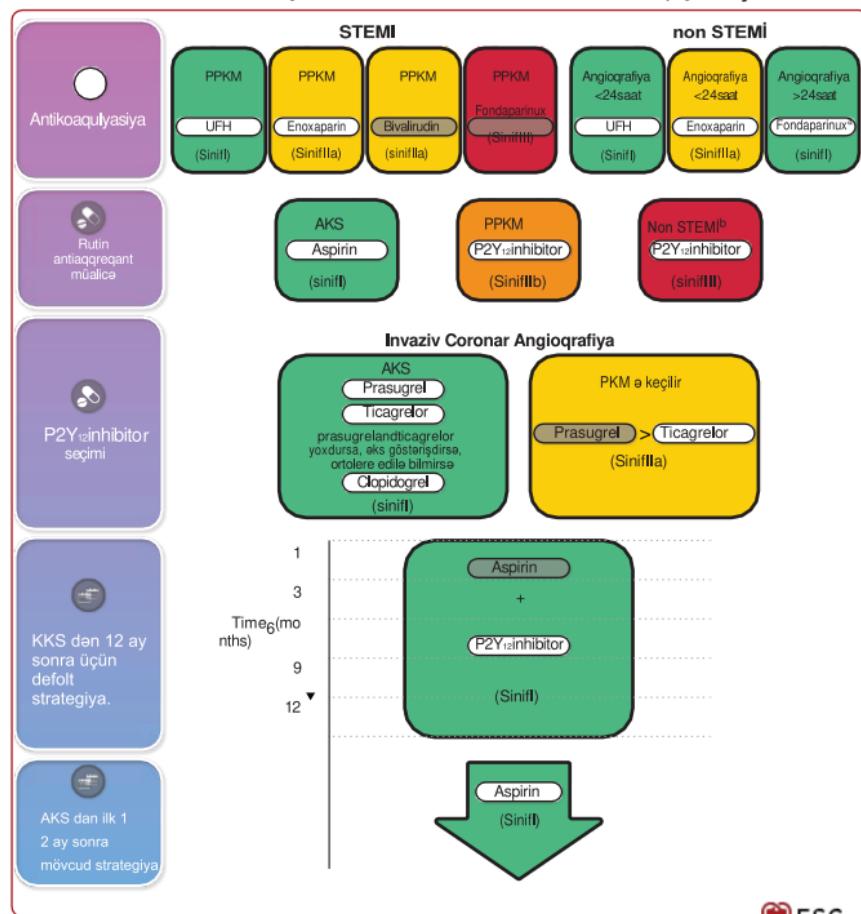
Fraksiyaolun mamış heparin	İllkin müalicə: ivbolus 70-100U/kq, sonra 60-80 sa PTT əldə etmək üçün titrlənmiş i.v.infuziya. PCIzamanı: 70-100U/kq ivbolus və ya Fraksiyaolunmamış heparin əvvəl vurulubsa ACT-əyğun olaraq.
Enoksaparin	İllkin müalicə: AKS-unmüalicəsi üçün 1mq/kq subkutan olaraq ənəzə 2 gün tətbiq edilir və klinik stabilşəməyə qədər davam etdirilir. KrCl dəqiqliyə 3 0ml-dən aşağı olan xəstələrdə (Cockcroft-Gaulttənliyi), enoksaparinin dozası gündə 1 dəfə hərkətçün 1mq-aqədər azaldılmalıdır. PKM zamanı: PKM icraedilən xəstələrdə, əgər enoksiparinin son dozası balonşırdılməsinə 8 saatdan az vaxt qalmış verilibsə, əlavə dozaya ehtiyac yoxdur. Əgər sonsubkutan tətbiqi balon şıstdırməzdən 8 saatdan çox əvvəl verilibsə, 0,3 mq/kq enoksaparin natrium iv bolus yeridilməlidir.
Bivalirudin	PPKM zamanı: 0,75mq/kq.i.v.bolus, prosedurdan sonra 4 saat ərzində 1,75 mg/kg/saat infuziya KrCl 30mL/dəq-dən aşağı olan xəstələrdə (Cockcroft-Gaulttənliyi) saxlama dozası 1mq/kq/saata endirilməlidir.
Fondaparinux	İllkin müalicə: 2,5mg/gün subkutan. PKM zamanı: Bir dəfə UF heparin tövsiyə olunur. KrCl < 20mL/dəq. olduqda istifadədən çəkinin

ACS, acutecoronarysyndrome ; ACT ,activatedclottingtime; aPPT, activated partial thrombo plastin time;b.i.d., bisindie(twicedaily); CKD,chronic kidney disease; CrCl,creatinine clearance; DDI,drug-drug interactions; ICH, intracranial haemorrhage; i.v. intravenous; LD, loading dose; MD, maintenance dose; o.d., once daily; PPCI, primarypercutaneous coronary intervention; s.c. subcutaneous; UFH, unfractionated heparin.

### 1.1. Kəskin fazada antiaqqreqant müalicə

Oral antikoagulyasiyaya göstəriş olmayan AKS xəstələri üçün tövsiyə olunan standart antitrombotik müalicə variantları **Şəkil 9.**-dagöstərilmişdir

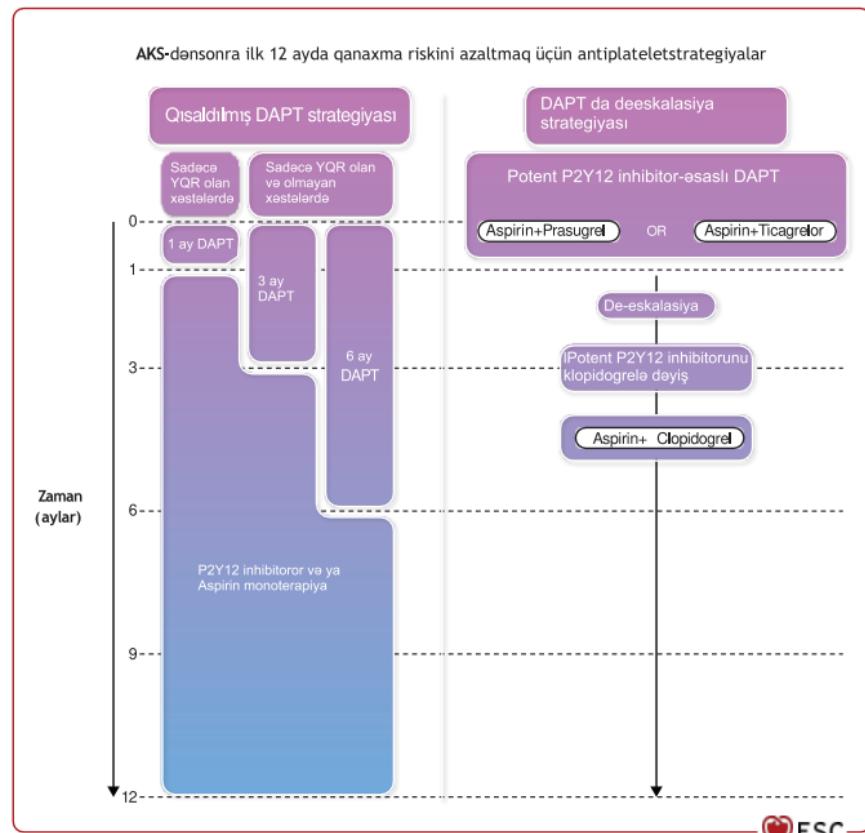
## Şekil 9 Oral antikoagulyasiyaya gösterīş olmayan keskin koronar Sindromlu xestelerde tövsiye dilen standart antitrombotikterapiya rejimleri



ACS, keskin koronarsindrom; DAPT, iki li antiplatelet terapiya; HBR, yüksəkqanaxmariski; NSTE-AKS, qeyri-ST-yüksək keskin koronar sindrom; PCI, perkutan koronar müdaxili; PPCI, birincil perkutan koronar müdaxili; UFH, fraksiyalanmış heparin, a. Fonda parinuks (üstünlük bir dəfə UFH bəduslu PCI zamanı) NSTE-AKS xesteleri üçün tibbi müalicə ve ya köçürülmüş üçün maddi-tehniki məhdudiyyətlər olduqda enoksaparinen başlanmasından sonra 24 saatlarında PCI koronar üstünük verməklə tövsiye olunur. Simptomların anatomiyası məlum olmayan ve erken invaziv müalicə (<24 saat) planlaşdırılan NSTE-AKS xestelerində tövsiye edilmir, lakin erken emaliyyat keçirməsi gözənlənmeyen NSTE-AKS xestelerində P2Y<sub>12</sub> receptor inhibitöri ilə ikinci müalicə nəzarət tutulub bilsər, invaziv strategiya (<24 saat) və HBR yoxdur, ciklopidogrel 12 aylıq DAPT prasugrel və ticagrelor mövcud olmadıqda, düzülməz olduqda və ya eks göstəriş olduqda və yaşılı ACS xestelerində (adətən 70-80 yuxarı olaraq təyin olunur) nəzərdən keçirilə bilərsə tövsiye olunur.

Mövcud antiagregan tətbiqiyasına alternativlər [Şəkil 10](#)-da ümumişdirilmişdir. Bu strategiyalara DAPT müddətini azaltmaqla, ya da güclü P2Y12 inhibitoru olan patent DAPT-dən klopidogrel əsaslı DAPT-ə keçmək yolu ilə qanaxma hadisələrini azaltmaq məqsədi daşıyır.

**Şəkil 10. AKS-dən sonra ilk 12 ayda qanaxma riskini azaltmaq üçün alternativ antiplatelet strategiyalar**



ACS, kəskinkoronarsindrom; DAPT, ikili antiplatelet terapiya; HBR, yüksək qanaxma riski; PFT, trombosit funksiyası testi.

## Keskin koronarsindromda antiaqqreqtant və antikoaqulyant müalicə tövsiyələri

Tövsiyələr	sinif	Səviyyə
<b>Antiaqqreqtant müalicə</b>		
Aspirin əks göstərişləri olmayan bütün xəstələrə 150-300mq (və ya 75-250mq) ilkin oral YD və uzunmüddətli müalicə üçün 75-100mqSD ilə tövsiyə olunur.	I	A
Bütün KKS xəstələrinde aspirine əlavəolaraq P2Y12 reseptor inhibitoru tövsiyə olunur, ilkin oral YD kimi verilir, sonra YQR olmadığı təqdirdə 12 ay müddətində davam etdirilir.	I	A
Mədə-bağırsaq qanaxması riski yüksək olan xəstələrdə DAPT ilə birlilikdə proton pompa inhibitoru tövsiyə olunur.	I	A
Prasugrel P2Y12 reseptor inhibitoru almayan, PKM-yə keçən xəstələr tövsiyə olunur (60mqYD, 10mqSD, 75 yaş və ya bədən çəkisi <60kg olan xəstələr üçün 5mqSD).	I	B
Ticakrelor müalicə strategiyasından (invaziv və ya konservativ) asılı olmayaraq tövsiyə olunur (180mqYD, 90mqSD)	I	B
Klopidogrel (300-600mqLD, 75mqMD) prasugrel və ya tikagrelor olmadıqda, tolere edilə bilməyəndə və ya əks göstəriş olduqda tövsiyə olunur	I	C
KKS ilə müraciət edən xəstələr AKŞ olunmaq üçün DAPTi dayandırırlarsa əməliyyatdan sonra, ən azı 12 ay ərzində DAPT-I davam etməsi tövsiyə olunur.	I	C
PKM-yə keçən KKS xəstələri üçün tikagreldən daha çox prasugrelə üstünlük verilməsi nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
PKM zamanı axımın bərpa olmaması və ya trombotik komplikasiyanın sübutu olduqda GP IIb/IIIa reseptorantaqonistləri nəzərdən keçirilmelidir.	IIa	C
PKM zamanı axımın bərpa olmaması və ya trombotik komplikasiyanın sübutu olduqda GP IIb/IIIa reseptorantaqonistləri nəzərdən keçirilmelidir.	IIb	A
Yaşılı AKŞ xəstələrdə, xüsusən YQR varsa, kimi klopidogrel P2Y12 reseptor inhibitoru nəzərdə tutula bilər.	IIb	B

## Keskin koronar sindromda antiaqqreqant ve antikoaqulyant müalicə üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	SİNİF	səviyyə
Antiaqqreqant müalicə(davamı)		
Birincili PKM strategiyası gedən xəstələrdə P2Y12 reseptorinhibitoru ilə ilkin müalicə nəzərdə tutulabilir.	IIb	B
Erken invaziv strategiya planlanmayan (<24 saat) və YQR olmayan NSTE-KKS xəstələrində P2Y12 reseptor inhibitoru ilə ön müalicə nəzərdə tutula bilər.	IIb	C
GPIIb/IIIa reseptorantagonistləri ilə ön müalicə tövsiyə edilmir.	III	A
Koronaranatomiyası məlum olmayan və erken invaziv müalicənin(<24 saat) planlaşdırıldığı NSTE-KKS xəstələrində P2Y12 reseptor inhibitoru ilə rutin ön müalicə tövsiyə edilmir.	III	A

## Antikoaqulyant müalicə

KKS diaqnozunun qoyulduğu anda bütün xəstələrə parenteral antikoaqulyasiya tövsiyə olunur.	I	A
UFH bolus dozunun(PKM zamanı çəkiyə uyğunlaşdırılmış).v.bolus 70-100IU/kg rutin istifadəsi PKM olunan xəstələrdə tövsiyə olunur.	I	C
Dərialtı enoksaparinlə ön müalicə alan xəstələrdə PKM zamanı venadaxili enoksaparin qəbulu nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
İnvaziv prosedurdan dərhal sonra parenteral antikoaqulyasiyanın dayandırılması nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	C

## STEMI xəstələri

Birincili PKM olunan STEMİ xəstələrində enoksaparin UFH-yə alternativ kimi nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	A
Birincili PKM olunan STEMİ xəstələrində post-PKM tam-doz bivalirudinin infuziyası UFH-yə alternativ kimi nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	A
Birincili PKM olunan STEMİ xəstələrində Fondaparinux tövsiyə edilmir.	III	B

## Keskin koronar sindromda antiaqqreqant və antikoaqulyant müalicə üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif	Seviyyə
NonSTE-KKS xəstələri Erkən invaziv angioqrafiya (yəni 24 saat ərzində) planlaşdırılmayan NonSTE-KKS xəstələrinde fondaparinux tövsiyə olunur.	I	B
Erkən invaziv angioqrafiya (yəni 24 saat ərzində) planlaşdırılan NSTE-KKS xəstələri üçün enoksaparin UFH-yə alternativ kimi nəzərdən keçirilmelidir.	IIa	B

## Antiaqqreqant və OAK kombinasiyası

Atrial fibrilasiyalı və CHA2DS2-VASc kişilərde  $\geq 1$  bal və qadınlarda  $\geq 2$  bal olan xəstələr üçün standart strategiya olaraq, KKS hadisədən sonra 1 həftəyə qədər üçlü antitrombotik terapiyadan sonra 12 aya qədər olan müddətde ikili antitrombotik müalicə olaraq insult üçün tövsiyə olunan dozada YOAK və tek antiaqqreqant dərman (tərcihen klopidogrel) tövsiyə olunur.

PKM zamanı aşağıdakı hallardan hər hansı birində UFH bolus tövsiyə olunur:  - Əgər xəstə YOAK müalicəsi alırsa - VKA ilə müalicə olunan xəstələrdə INR < 2,5 olarsa.	I	C
---	---	---

Aspirin və/və ya klopidogrel ilə kombinasiyada OAK olaraq VKA üçün göstərişi olan xəstələrdə VKA-nın doza intensivliyinin hədəf INR-in 2,0-2,5 və terapevtik diapazon zamanının >70% olmasına diqqətlə tənzimlənməsi nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
--	-----	---

Rivoraksaban alan və YQR riski işemik insultdan yüksək olan xəstələrdə, TAPT və ya DAPTiA eyni vaxtda 15mg rivoraksaban (oral x 1 dəfə) əvəzinə 20 mg rivoraksaban (oral x 1 dəfə) düşünülməlidir.	IIa	B
--	-----	---

YQR olan xəstələrdə, qanaxma riskini azalmaq üçün TAPT və ya DAPTiA eyni vaxtda dabigatran 150 mg (x 2 dəfə) əvəzinə dabigatran 110 mg (2 dəfə) düşünülməlidir.	IIa	B
---	-----	---

Antikoaqulyasiya ehtiyacı olan və tibbi müalicə alan xəstələrdə 1 ilə qədər OAK a əlavə olaraq tək bir antiaqqreqant preparat nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
---	-----	---

**Kəskin koronar sindromda antiaqqreqant və antikoaqulyant müalicə üçün tövsiyələr (davamı)**

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
<b>Antiaqqreqant və OAK kombinasiyası (davamı)</b>		
İşemik riski qanaxma riskində yüksək olan OAK la müalicə alan xəstələrdə 1 həftədən çox və 1 aya qədər aspirin + klopidogrel qəbulu düşünülməlidir.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
OAK tələb edən xəstələrdə OAK davam edərkən 6 ay sonra antiaqqreqant müalicənin dayandırılması düşünülə bilər.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
Üçlü antitrombotik müalicənin komponenti kimi tikəqrelor və prasugrel tövsiyyə olunmur.	<b>III</b>	<b>C</b>

ACS, acute coronary syndrome; b.i.d., bis in die (twice a day); CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, Congestive heart failure, Hypertension, Age≥75years, Diabetes mellitus, Stroke or transient ischaemic attack, Vascular disease; DAPT, dual antiplatelet therapy; GP, glycoprotein; HBR, high bleeding risk; INR, international normalized ratio; i.v., intravenous; LD, loading dose; MD, maintenance dose; NOAC, non-vitamin K antagonist oral anticoagulant; NSTEMI-ACS, non-ST-elevation acute coronary syndrome; OAC, oral anticoagulant; PPCI, primary percutaneous coronary intervention; SAPT, single antiplatelet therapy; STEMI, ST-elevation myocardial infarction; UFH, unfractionated heparin; VKA, vitamin K antagonist.

©ESC

## Alternariv antitrombotik müalicə rejimləri üçün tövsiyələr.

Tövsiyələr	sinif	Səviyyə
<b>Antitrombotik müalicənin azaldılması/deescalasiyası</b>		
3-6 aylıq DAPT-dən sonra hadisəsiz olan və yüksək işemik riski olmayan xəstələrdə tək antiplatelet terapiya (P2Y12 reseptor inhibitoru üstünlüyü ilə) nəzərdə tutulmalıdır	<b>IIa</b>	<b>A</b>
P2Y12 reseptor inhibitorlarının müalicəsinin deescalasiyası (mesələn, prasugrel/tikagrelordan klopidogrelə keçidlə) qanaxma riskini azaltmaq üçün alternativ DAPT strategiyası kimi nəzərdən keçirilə bilər.	<b>IIIb</b>	<b>A</b>
YQR xəstələrində DAPT-dən 1 ay sonra aspirin və ya P2Y12 reseptor inhibitorlarının monoterapiyası nəzərdən keçirilə bilər.	<b>IIIb</b>	<b>B</b>
AKS hadisəsindən sonra ilk 30 gündə antiplatelet terapiyanın deescalasiyası tövsiyə edilmir.	<b>III</b>	<b>B</b>

## Alternativ antitrombotik terapiya rejimləri üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	sinif	Səviyyə
Antitrombotik terapiyanın uzadılması		
OAK ilə müalicə olunan xəstələrdə 12 aydan sonra antiplatelet müalicəsinin dayandırılması tövsiyə olunur.	<b>I</b>	<b>B</b>
Yüksek işemik riski olan və YQR olmayan xəstələrdə uzunmüddətli ikincili profilaktika üçün aspirinə ikinci antitrombotik agentin əlavə edilməsi nəzərə alınmalıdır	<b>IIa</b>	<b>A</b>
Orta işemik riski olan və YQR olmayan xəstələrdə uzunmüddətli ikincili profilaktika üçün aspirinə ikinci antitrombotik agentin əlavə edilməsi nəzərdə tutula bilər.	<b>IIIb</b>	<b>A</b>
P2Y12 inhibitorunun monoterapiyası uzunmüddətli müalicə üçün aspirin monoterapiyasına alternativ kimi nəzərdən keçirilə bilər.	<b>IIIb</b>	<b>A</b>

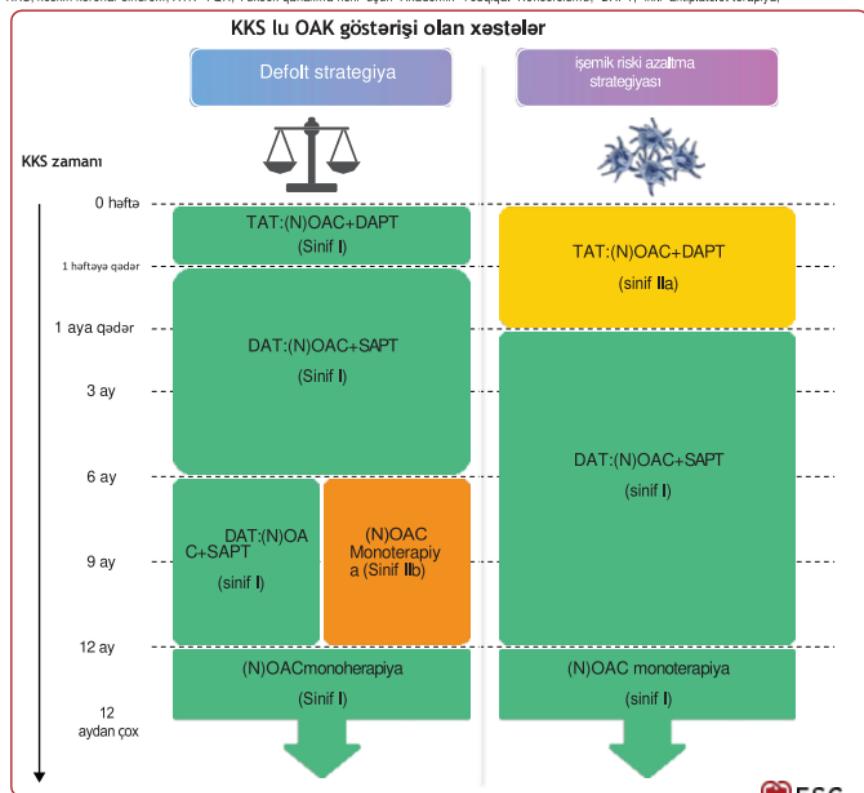
KKS, kəskin koronar sindrom; DAPT, dual antiplatelet terapiya; YQR, yüksək qanaxma riski ;OAK, oral antikoagulant.

#### 4.4 Oral antikoagulyasiya tələb edən xəstələrdə antiaqqreqant terapiya

KKS olan xəstələr üçün tövsiyə olunan antitrombotik strategiyalar və oral antikoagulyasiya üçün göstərişlər **Şəkil 11-də** və tövsiyelər cədvəlində ümumiləşdirilmişdir.

**Şəkil 11** Kəskin koronar sindromu olan xəstələrdə antitrombotik rejimlər və oral antikoagulyasiyaya göstəriş

KKS, kəskin koronar sindrom; ATK -YQR, yüksək qanaxma riski üçün Akademik Tədqiqat Konsorsiumu; DAPT, ikili antiplatelet terapiya;



DAT, ikili antitrombotik terapiya; NOAC, qeyri-vitamin K antaqaonisti oral antikoagulyant; OAC, oral antikoagulyant/ antikoagulyant; SAPT, tek antiplatelet terapiya; TAT, üçlü antitrombotik terapiya; VKA, vitamin K antaqaonisti; OAC: standart strateji üçün VKA-dan NOAC-a üstünlük verilir və eks göstəriş yoxdursa, bütün digər ssenalarlarda, Həm TAT, həm de DAT rejimləri üçün NOAC üçün tövsiyə olunan dozalar aşağıdakılardır:

- Apixaban 5 mg
- Dabigatran 110 mq və ya 150 mq
- Edoksaban 60 mq
- Rivaroksan 15 mq və ya 20 mq.

NOAC-lərin her üçün müyyən meyarlara (böyük funksiyası, bədən çökisi, yanaşı qəbul edilən dərmanlar və yaş daxil olmaqla) əsaslanan xəstələrdə NOAC dozlarının azadılması tövsiyə olunur. SAPT: aspirindən daha çox P2Y12 receptor inhibitörləndən (adətən klopidoqrel) üstünlük verilir, ATK -YQR meyarlardır haqqında tələb olunur (www.escardio.org/guidelines saytında mövcud olan tam telimatda Əlavə məlumatda qanaxma riskinin qiymətləndirilməsi bölməsinə baxın. Bundan əlavə, 25 PRECISE-DAPT bali olan xəstələr yüksək qanaxma riski hesab olunur.

<sup>a</sup> Stertil idarə olunan təkrarlanan hadisələrin yüksək risk xüsusiyyətlərinə dair nümunələr üçün tam dərc edilmiş telimatların əlavə məlumatlarına baxın



## 4.5 Fibrinolizə əlavə olaraq antitrombotik terapiya

Fibrinolizə əlavə olaraq antitrombotik terapiya üçün tövsiyələr aşağıdakı cədvəldə verilmişdir

Fibrinolitik müalicə üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
<b>Fibrinolitik müalicə</b>		
Fibrinoliz reperfuziya strategiyası olduqda, xəstəxanaya qədər diaqnozdan sonra mümkün qədər tez bu müalicəyə başlamaq tövsiyə olunur (litik bolusu <10 dəqiqə hədəf alın).	I	A
Fibrin spesifik agent (yeni tenekteplaza, alteplaza və ya reteplaza)tövsiyə olunur.	I	B
75 yaşdan yuxarı xəstələrdə tenekteplazanın yarımdozası nəzərealınmalıdır	IIa	B
<b>Antiaqqreqant və fibrinoliz – birlikdə</b>		
Aspirin və klopidogrel tövsiyə olunur	I	A
<b>Antikoaqulyant və fibrinoliz – birlikdə</b>		
Fibrinolizə müalicə olunan xəstələrdə revaskulyarizasiyaya qədər (əgər hayata keçirilirse) və ya xəstəxanada qalma müddətində (8 günə qədər) antikoaqulyasiya tövsiyə olunur.	I	A
Tövsiyə edilən antikoaqulyant kimi enoksaparin iv və sonra sk tövsiyə olunur	I	A
Enoksaparin mövcud olmadıqda, UFH çəkiyə uyğunlaşdırılmış venadaxili bolus, sonra infuziya kimi tövsiyə olunur.	I	B
Streptokinazla müalicə olunan xəstələrdə fondaparinuxun iv bolusundan sonra 24 saat sonra sk dozası nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B

i.v.,intravez ;s.c,subkutan;UFH,unfractionated heparin.

## 2. Kəskin koronar sindrom – Qeyri stabil stenokardiya

Bəzi hallarda ACS xəstələri hemodinamik pozğunluqlarla (yeni xəstəxanadan kənar ürəkdayanması [XKÜD] və/və ya kardiogen şok [KS]) ilə müraciət edə bilər.

XKÜD olan xəstələrdə reanimasiya tədbirləri Avropa Reanimasiya Şurasının telimatlarına uyğun olmalıdır. Yetkinlərdə ürək dayanması hallarının eksəriyyəti obstruktiv koronar arteriya xəsteliyi ilə əlaqədardır və KKS diferensial diaqnostikaya daxil edilməlidir. XKÜD və/və ya KS olan xəstələr üçün tövsiyələr aşağıda verilmişdir.

### Ürək dayanması və xəstəxanadan kənar ürək dayanması üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Class	Level
<b>Ürək dayanması və xəstəxanadan kənar ürək dayanması</b>		
PPKM strategiyası reanimasiya edilmiş ürək dayanması və davamlı ST seqmentinin yüksəlməsi (və ya ekvivalentləri) olan xəstələrdə tövsiyə olunur.	I	B
ST seqmentinin davamlı yüksəlməsi (və ya ekvivalentləri) olmayan hemodinamik cəhdətdən stabil xəstələrdə reanimasiya olunmuş ürək dayanmasından sonra müntəzəm olaraq dərhal angiodiagnostika tövsiyə edilmir	III	A

### Tempratura nəzarət

Spontan qan dövrəni bərpa edildikdən sonra reaksiya verməyən xəstələr üçün ya xəstəxanadan kənar, ya da xəstəxanaxadaxili ürək dayanması zamanı tenpraturun idarə edilməsi (əsas tempraturun davamlı monitorinqi və qızdırmanın qarşısının alınması [ $>37.7^{\circ}\text{C}$ ]) tövsiyə olunur.

I	B
---	---

### Baxım sistemi

Şəhər sistəmlərinin reanimasiya edilmiş ürək dayanmasından sonra KKS şübhəsi olan bütün xəstələrin bir ixtisaslaşdırılmış TTY vasitəsilə birbaşa 24/7 PPKM təklif eden xəstəxanaya köçürülməsinə asanlaşdırmaq üçün strategiyalar həyata keçirməsi tövsiyə olunur.

I	C
IIa	C

XKÜD olan xəstələrin yerli protokollara uyğun olaraq ürəkdayanma mərkəzinə daşınması nəzəre alınmalıdır.

## Ürek dayanması və xəstəxanadan kənar ürek dayanması üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	sinif	Səviyə
<b>Nevroloji proqnozun dəyərləndirilməsi</b> Ürek dayanmasından sonra komatoz vəziyyətdə olan bütün xəstələrdə nevroloji proqnozun qiymətləndirilməsi (qəbul edildikdən sonra 72 saatdan gec olmayaq) tövsiyə olunur.	I	C

©ESC

KKS, kəskin koronar sindrom; EKK, elektrokardioqram; TTY, Təcili tibbi yardım; XKÜD, xəstəxanadan kənar ürek dayanması; PPKM primer perkutan koronar müdaxilə.

## 2.1. Kəskin koronar sindromu ağırlaşdırın kardiogen şok

KŞ ilə ağırlaşmış KKS olan xəstələrde ya perkutan koronar müdaxilə, ya da koronar şuntlama ilə erken revaskulyarizasiya tövsiyə olunur. Əlavə məlumat üçün aşağıdakı tövsiyə cədvəline baxın

Tövsiyələr	sinif	Səviyə
KKS-ni ağırlaşdırın KŞ olan xəstələrde dərhəl koronar angioqrafiyavə İCD-a PKM (göstəriş olduğu halda) tövsiyə olunur	I	B
ICD- PKM mümkün deyilsə/uğursuzdursa, KKS ilə əlaqəli KŞ üçüncücili AKŞ tövsiyə olunur.	I	B
Hemodinamik qeyri stabil xəstələrde ürek komandasının qərarı ilə təcili əməliyyat/KKS un mexaniki ağırlaşmanın kateter əsaslı müalicəsi tövsiyə olunur.	I	C
STEMI diaqnozu qoyulduğdan sonra 120 dəqiqə ərzində PPKM strategiyası mümkün olmadıqda və mexaniki ağırlaşmalar istisna olunarsa, KŞ ilə müraciət edən STEMI xəstələrində fibrinoliz nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	C
KKS və ağır/refrakter KŞ olan xəstələrde qısamüddətlimexaniki qan dövrəni dəstəyi nəzərdən keçirilə bilər.	IIb	C
KŞ olan və mexaniki ağırlaşmaları olmayan KKS xəstələrində İABP-nin müntəzəm istifadəsi tövsiyə edilmir	III	B

©ESC

KKS, kəskin koronar sindrom; AKŞ aorto koronar şuntlama; KŞ, kardiogen şok; İABP, intra-aortik balon pompa; İCD, infarkt cavabdeh damar; PPKM, primer perkutan koronar müdaxilə; STEMI, ST-elevasiyalı miokard infarktı.

### 3. Hispitalizasiya zamanı kəskin koronar sindromun idarə edilməsi

Xəstəxanaya yerləşdirmə zamanı KKS-nin idarə edilməsi üçün tövsiyələr

aşağıdakı cədveldə verilmişdir

#### Xəstəxanadaxili idarəetmə üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinf	Səviyə
<b>Hospitalizasiyada maddi texniki problemlər</b>		
Yüksek riskli xəstələrin baxımında iştirak edən bütün xəstəxanaların işemiya, ağır ürək çatışmazlığı, aritmija və yanaşı xəsteliklərin müalicəsi də daxil olmaqla, intensiv terapiyanın bütün tələb olunan aspektlerini təmin etmək üçün təchiz olunmuş ICCU/KKU olması tövsiye olunur	I	C
Yüksek riskli xəstələrə (bütün STEMI xəstələri və çox yüksək riskli NSTE-KKS xəstələri daxil olmaqla) minimum 24 saat ərzində EKQ monitorinqi aparılması tövsiye olunur.	I	C
Uğurlu reperfuziya terapiyası və ağırlaşmamış klinik olaraq yüksək riskli xəstələrin (bütün STEMI xəstələri və çox yüksək riskli NSTE-AKS xəstələri daxil olmaqla) KKU-da saxlanması tövsiye olunur/ Mümkün olduqda minimum 24 saat ICCU-da saxlayın, bundan sonra onlar əlavə 24-48 saat ərzində aşağı endirilə bilən nəzarət edilən çarpaniya köçürüle bilərlər.	I	C
Erkən reabilitasiya və adekvat izləmə təşkil edilərsə, seçilmiş yüksək riskli xəstələrin 48-72 saat ərzində evə buraxılması nəzərealınmalıdır.	IIa	A
Müvəffəqiyətli və problemsiz PKM-dən sonra seçilmiş stabil xəstələrdə eyni gündə köçürmə nəzərə alınmalıdır.	IIa	C

#### Görüntüləmə

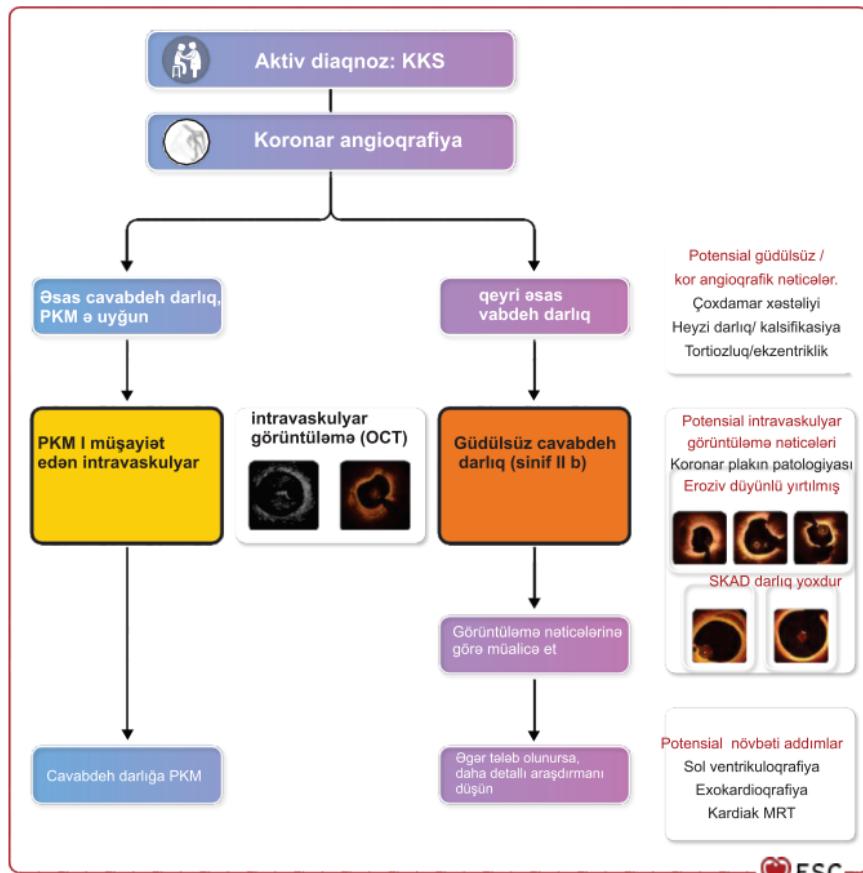
Regional və qlobal LV funksiyasını qiymətləndirmək, mexaniki ağırlaşmaları aşkar etmək və LV trombunu istisna etmək üçün xəstəxanaya yerləşdirmə zamanı rutin exokardioqrafiya tövsiye olunur	I	C
Exokardioqrafiya suboptimal olduqda/nəticə olmadıqda, CMR görünütləmə nəzərdən keçirilə bilər.	IIb	C

KKS, kəskin koronar sindrom; CCU, cardiac care unit; CMR, cardiac magnetic resonance; ECG, electrocardiogram; ICCU, intensive cardiac care unit; LV, sol mədəcik; NSTE-KKS, non-ST-segment elevation acute coronary syndrome; PKM, perkutan koronar müdafiə; STEMI, ST-elevasiyalı miokard infaktı.

## 4. İnvaziv strategiyanın texniki aspektleri

KKS-de damardaxili görüntüleme üçün tövsiyeler **Şəkil 12-de təqdim olunur**. KKS olan xəstələrdə invaziv strategiyaların texniki aspektləri üçün tövsiyeler aşağıdakı cədvəldə verilmişdir.

**Şəkil 12** Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə damardaxili görüntüləri idarə etmək üçün praktiki alqoritm



ACS, acute coronary syndrome; IVUS, intravascular ultrasound; MRI, magnetic resonance imaging; OCT, opticalcoherence tomography; PCI, percutaneous coronary intervention; SCAD, spontaneous coronary artery dissection.

Tövsiyələr	sinif	Səviyə
Standart yanaşma kimi radial giriş tövsiyə edilir.	I	A
PPKM icra edilən xəstələrdə indeks prosedur zamanı İCD a stent yerləşdirilməsi ilə yanaşı PKM tövsiyə edilir.	I	A
Bütün hallarda dərmanlı stentlər dərmansız stentlərdən daha üstündür.	I	A
Spontan koronar arteriya diseksiyası olan xəstələrdə PKM, sadəcə davam edən miokardial işemiya simptomları olan, böyük miokard sahəsi risk altında olan və antegrad axında azalma olan xəstələrdə tövsiyə edilir.	I	C
PKM i müşaiyət etmək üçün Intravaskulyar görüntüləmə düşünüle bilər	IIa	A
Tixali İCD olan xəstələrdə, PKM mümkün olmadığı/ uğursuz olduğu xəstələrdə və geniş miokard sahəsinin risk altında olduğu xəstələrdə koronar arteriya by pass greftləmə düşünüle bilər	IIa	C
Cavabdeh darlıqda kor güdül olan xəstələrdə intravaskulyar görüntüləmə (tərcihən optikal koherens tomografiya ) düşünüle bilər	IIb	C
Tromb aspiratorunun rutin istifadəsi tövsiyə olunmur.	III	A

ICD, infarct-cavabdeh damar; PKM, perkutan koronar müdaxilə; PPKM, primer percutan coronar müdaxilə.

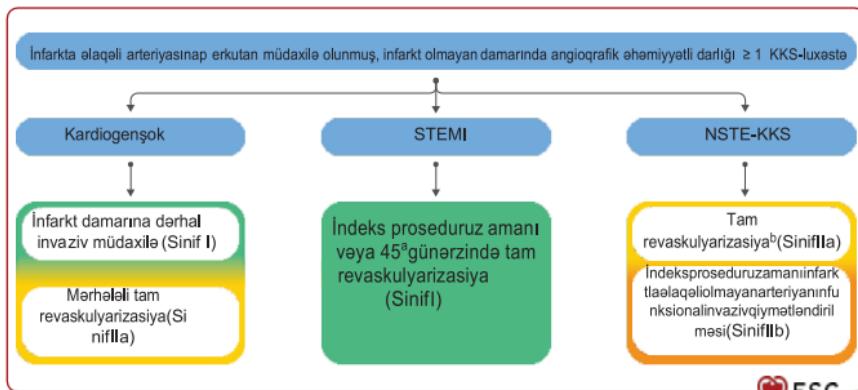
## 9 . Çoxdamar xəstəliyi olan pasiyentlərin idarə edilməsi

Kəskin koronar sindromlu xəstələrin təxminən yarısı çox damar xəstəsidir. Infarct cavabdeh olmayan arteriyaların idarəsi klinik vəziyyətə görə dəyişir.

### 9.1 Kardiogen şokla ağırlaşmış çoxdamar xəstəliyi olan pasiyentlərin idarə edilməsi

FŞəkil 13 KKS və ÇDX olan xəstələrin idarə alqoritmi

## Şəkil 13 Çox damar xəstəliyi olan xəstələrdə kəskin koronar sindrom menecmentinin alqoritmi



AKŞ, aorto koronar şuntlama, İCD – infarkt cavabdeh damar, ÇDX – çox damar xəstəliyi, NSTE- KKS – ST elevasiyazız kəskin koronar sindrom, PKM – perkutyan koronar müdaxilə, STEMİ - ST elevasiyalı miokard infarktı, TİMİ – miokard infarktında trombolizis

### Çox damar xəstəliyi olan xəstələrin menecmentinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinf	Səviyyə
Miokardinrevaskulyarizasiyasının idarə edilməs iprinsiplərinə uyğun olaraq revaskulyarizasiya strategiyasının (IRA PCI, multidamar PCI/CABG) xəstənin klinik vəziyyətinə və yanaşı xəstəliklərinə, habelə xəstəliyin mürükkebliyinə əsaslanması tövsiye olunur.	I	B
<b>Kardiogenşokda olan KKS xəstələrində çox damar xəstəliyi</b>		
IRA-only PCI during the index procedure is recommended.	I	B
Non-infarct dəmərin mərhələli invaziv müdaxilə düşünülməlidir.	IIa	C

## Çox damar xəstəliyi olan şəxslərin menecmentinə dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sınıf	Səviyyə
<b>Primer invazivmüdaxiləolmuşhemodinamikcəhətdənstable STEMI xəstələrindəçox damar xəstəliyi</b>		
Tam revaskulyarizasiyaya eyni PCI proseduruzamani, ya da 45 günərzin dətövsiyə olunur.	I	A
Non-infarktdamara PCI zamanı angioqrafik (çətinliyinə) ağırlığına əsaslanması tövsiyə olunur.	I	B
Eyniprosedurzamaniinfarkt damarın zədələnməyən seqmentlərinin invazivepikardial funksional qiymətləndirilməsi tövsiyə edilmir.	III	C
<b>PCI olmuş hemodinamik cəhətdən stable NSTE-AKS xəstələrində çox damar xəstəliyi</b>		
NSTE-AKS ve çox damar xəstəliyi ilə müraciət edən xəstələrdə, adətən eyni prosedur zamanı tam revaskulyarizasiya nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	C
Eyni prosedur zamanı non-infarkt damarın şiddetinin funksional invaziv qiymətləndirilməsi nəzərdən keçirilə bilər.	IIb	B

KKS – kəskin koronar sindrom, AKŞ – aorto-koronar şuntlama, İCD – infarkt cavabdeh damar, ÇDX – çox damar xəstəliyi, NSTE-KKS – ST elevasiyasız kəskin koronar sindrom, PKM- perkutan koronar müdaxile, PPKM- primer perkutan koronar müdaxile, STEMI – ST elevasiyalı miokard infarktı.

## 1. Qeyri-obstruktiv koronararteriyalarla miokardinfarktı

Qeyri-obstruktivkoronararteriyalarıolanmiokardinfarktı (MINOCA) xəstanın KKS düşündürən simptomlarla müraciət etdiyi, troponinin yüksəlməsi müşahidə olunan və koronarangiografiya zamanıqeyri-obstruktiv koronararteriyaların olduğu klinik vəziyyətə aiddir (hərhənsi əsas epicardial damarda koronararteriostenozu< 50% kimi təyin olunur). MINOCA, əsas səbəblərin heterogenbir qrupunu əhatə edən ümumi termin hesabedilə bilər.(Şəkil14)

## Şəkil 14 Qeyri-obstruktiv koronar arteriyalarla miokard infarktı olan xəstələr üçün əsas səbəblər.

Bu şəkil koronarangiografiyadan sonra MINOCA diaqnozu olan xəstələrdə potensial diferensial diaqnozların bəzilərini təsvir edir, lakin bu siyahı tam deyil.

The figure contains three anatomical illustrations. On the left is a posterior view of the human torso with internal organs: lungs, heart, liver, and intestines. A white dot on the left side of the torso indicates a potential site for coronary angiography. In the center is a detailed view of the human heart with its major vessels. Another white dot is placed on the heart's surface. Below these is a separate illustration of the lungs and kidneys.

### Koronarsəbəblər

- Koronaremboliya
- Koronar mikrovaskulyar disfunksiya
- Koronarspasm
- Koronar tromboz
- Miokardial bridging
- Plakrüptürü/eroziya
- Spontan koronar disseksiya

### Non-koronar, kardiaksəbəblər

- Kardiak travma
- Kardiomiopatiya
- Kardio toksinlər
- Miokardit
- Gərgin məşq
- Takotsubo kardiomiopastiyası
- Transplantinqopması

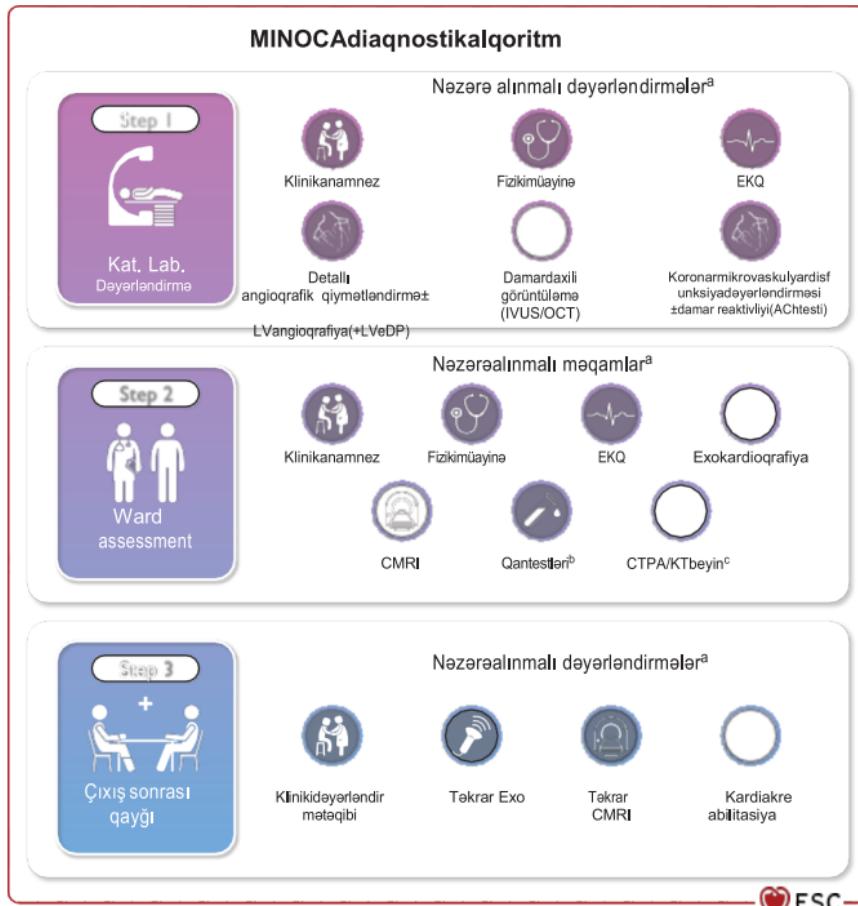
### Non-kardiaksəbəblər

- Keskin respirator distress sindrom
- Allergik/hiperhessaslıq reaksiyaları
- Son mərhələ böyrək çatışmazlığı
- İltihab
- Pulmonaremboliya
- Sepsis
- Insult



İnvazivkoronarangiografiya KKS xəstələri üçün tövsiyə olunan dəqiq diaqnostik testdir. MINOCA-nın əsas səbəbi tək koronarangiografiya istifadə etməklə müəyyən edilməzsə, sol ventrikuloqrafiya (sol mədəciyin son diastolik təzyiqinin ölçülməsi daxil olmaqla), mikrovaskulyar funksiyanın/koronarreaktivliyin ölçülməsi ilə funksional qiymətləndirmə və damardaxili görüntüləmə istifadə edərək əlavə qiymətləndirmə altdayatan əsas səbəbin müəyyənedilməsində faydalı ola bilər. (Şəkil 15).

## Şəkil 15 MINOCA diaqnozu olan xəstələrin qiymətləndirilməsi.



AX – asetilxolin, KMRT – kardiak məqnit rezonans tomoqrafiya, KT- komputer tomoqrafiya, KTPA – pulmonar arteriyaların komputer tomoqrafiyası, EKQ – elektrokardioqramma, IVUS – intravaksulyar ultrasəs, SM – sol mədəcik, SMSDT – sol mədəcik son diastolik təzyiq, MİNOCA – koronar obstruksiyasız miokard infarktı, NTproBNP – N terminal pro beyin natriuretic peptid, OKT- optik koherens tomoqrafiya

Funksional koronarangio qrafiyadan istifadə etməkla MINOCA-nın əsas səbəbi müəyyən edilmədikdə, klinikibaxımdan uyğun olaraq qeyri-invaziv görüntüləmə (yəni exokardioqrafiya, ürəkmaqnitrezonansı [CMR], kompütertomografiyası) tövsiyə olunur. CMR MINOCA-nın səbəbini müəyyən etmək üçün əsas diaqnostik vasitələrdən biridir. Koronaraterosklerotik xəstəliyi təsdiqlənmiş və risk faktorlarına nəzarət etmək üçün ikincili profilaktik müalicələr nəzərdən keçirilmelidir.

### Qeyri-obstruktiv koronararteriyalarla miokardinfarktı üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf	Səviyyə
MINOCA diaqnozu olan xəstələrdə, son diaqnoz aydın deyilsə, invaziv angioqrafiyadan sonra CMR görüntüləmə tövsiyə olunur.	I	B
MİNOCA-nın xəstəliyə səciyyəvi olan müvafiq əlimatlara uyğun olaraq, yekun müəyyən edilmiş əsas diaqnoz əsasında idarə edilməsi tövsiyə olunur.	I	B
İlkindiaqnozu MINOCA olanbütünxəstələrdəsəs son diaqnozu müəyyən etmək üçün diaqnostik alqoritməriyat etmək tövsiyə olunur.	I	C

KMR – kardiqak maqnit rezonans, MİNOCA - koronar obstruksiyasız miokard infarktı.

## 2. Xüsusi hallar

### 2.1. Tip 2 Miokardinfarktı və kəskin miokardial zədələnmə

Tip 2 miokard infarktı kəskin koronar aterotrombozla əlaqəli olmayan oksigen təchizatı və tələbatı arasında uyğunsuzluq kontekstində yaranan işemik miokardzədələnməsidir. 2-ci tip miokard infarktının səbəblərini əsas koronar və ya qeyri-koronar mexanizmlər olmaqla ikiqrupa bölmək olar. Miokardın zədələnməsi miokardışemiyasından başqa mexanizmlər səbəbindən miositnekrozu və troponinin yüksələməsi ilə xarakterizə olunur. Hs-cTn dəyərləri yüksəlmiş və kəskin miokardışemiyası əlamətləri olmayan xəstələrdə miokard zədələnməsi diaqnozu qoyula bilər. Hal-hazırda Tip 2 MI olan xəstələr üçün tövsiyə olunan xüsusi farmakoloji müdaxilələr yoxdur. Buna görədə, KV risk faktorlarına ciddi nəzarət etməklə yanaşı, her hansı trigger şəraitin müəyyən edilməsinə və müalicəsinə diqqət yetirməlidir.

## 2.2 Ağırlaşmalar

### Keskin koronar sindromun ağrılaşmaları için tövsiyeler

Tövsiyeler	Sınıf	Səviyyə
<b>Ürək çatışmazlığı</b>		
KKS ilə əlaqəli mənəxaniki ağrılaşmalar səbəbindən hemodinamik qeyri-stabillik/kardiogen şokolanxestelərdə İABP nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	C
<b>LVtromb</b>		
Ekokardioqrafik görüntüləri qeyri-müəyyən olan xəstələrdə və ya LV trombuna yüksək klinik şübhə olduqda CMR görüntüləmə nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	C
LV trombusu təsdiqlənmiş xəstələrdə 3-6 ay ərzində oral antikoagulyantterapiya (VKA və ya NOAC) nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	C
Keskin öndəvar Mİ-dan sonra, əgər exokardioqrafiyada üreyin zirvesi yaxşıigoruntu ləmərsə, LV trombunun aşkarlanması üçün kontrastlı exokardioqrafiya nəzərdən keçirilə bilər.	IIb	C
<b>Atrialfibrillyasiya</b>		
Keskin ÜÇ və ya hipotensiya olmadıqda sürətə nəzarət lazımlı gəldikdə venadaxili beta-blokerlər tövsiyə olunur.	I	C
Keskin ürək çatışmazlığı və hipotensiya olmadıqda sürətə nəzarət lazımlı gəldikdə amiodaronun venadaxili yeridilməsi tövsiyə olunur.	I	C
KKS və hemodinamik qeyri-stabil olan xəstələrdə və farmakoloji vasitələrin köməyi ilə adekvat sürətə dərhal nəzarət etmək mümkün olmadıqda, dərhal elektrik kardio versiyası tövsiyə olunur.	I	C
Elektrikli kardioversiyani asanlaşdırmaq və/yə yeni başlayan AF olan qeyri-stabil xəstələrdə elektrikli kardioversiyadan sonra AF-nin erkən residiv riskini azaltmaq üçün enadaxili amiodaron tövsiyə olunur.	I	C
KKS-nin keskin fazasında sənədləşdirilmiş de novo AF olan xəstələrdə HAS-BLED skoru və eyni zamanda antiplatelet terapiya ehtiyacı nəzərə alındıqdan sonra uzunmüddətli oral antikoagulyasiya CHA2DS2-VASc skorundan asılı olaraq nəzərə alınmalıdır. NOAK-lar üstünlük verilən dərmanlardır.	IIa	C

## Kəskin koronar sindromun ağırlaşmaları üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
<b>Mədəcikaritmialan</b>		
Simptomatik ÜC (NYHA II-III sinif) və LVEF ≤35% olan xəstələrdə ən azı 1 il yaxşı funksional vəziyyəti iləs aqşalması gözlənilən>3 ay və MI-dənsonraənəzə 6 həftə ərzində optimal tibbi müalicəyə baxmayaraq qəfil ürək ölümü azaltmaq üçün ICD terapiyası tövsiyə olunur.	I	A
Polimorfik VT və/vəya VF olanxəstələrə <b>əksgöstəriş olmadıqdə</b> beta-bloker və/vəya amiodaronun venadaxili müalicəsi tövsiyə olunur.	I	B
Tekrarlanan VT və/vəya VF olanxəstələrdə mövcud ola bileçək miokardişemiyasının müalicəsi üçün tacili və tam revaskulyarizasiya tövsiyə olunur.	I	C
VT-nitəkrarlanan elektrikli kardioversiya ilə idarə etmək mümkün olmadıqdə a, transvenozkateterpacinginin dayandırılması və/vəya overdrive pacing nəzərə alınmalıdır.	IIa	C
Tam revaskulyarizasiyaya optimal tibbi müalicəyə baxmayaraq tekrarlanan VT, VF və ya elektrik firtınası olan xəstələrdə ixtisaslaşdırılmış ablaysiya mərkəzində radiotezlikli kateterablasiyası və ardınca ICD implantasiyası nəzərdən keçirilmelidir.	IIa	C
Beta-blokerlər, amiodaron və overdrive stimulyasiyası effektiv olmadıqdə/icra olunabiləmədikdə, hemodinamik əhəmiyyəti olan tekrarlanan VT-nin (tekrar ileyektrikli kardioversiyaya baxmayaraq) lidokainlə müalicəsi nəzərdən keçirilə bilər.	IIb	C
Tekrarlanan həyatı təhlükəsi olan mədəcik aritmiaları olanxəstələrdə simpatikaktivliyi azaltmaq üçün sedasiya və ya ümumi anestesiya nəzərdən keçirilə bilər.	IIb	C
ICD implantasiyası və ya wearablekardioverter defibrilatorun müvəqqəti istifadəsi seçilmiş xəstələrdə MI-dan <40 gün sonra nəzərdən keçirilə bilər (natamam revaskulyarizasiya, əvvəlcədən mövcud LVEF disfunksiyası, STEMI başlanmasından>48 saat sonra aritmiaların başverməsi, polimorfik VT və ya VF).	IIb	C
Asimptomatik və hemodinamik əhəmiyyətli mədəcik aritmialarının antiaritmik dərmanlarla müalicəsi tövsiyə edilmir.	III	C

## Keskin koronarsindromun ağırlaşmaları üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
<b>Bradiaritmiyalar</b>		
Hemodinamik tolerans və ya sabit escape ritmi olmayan yüksək dərəcəli AV blokadasılı sinus bradikardiyası hallarında:		
i.v.müsbətxronotropdərmanlar (adrenalin, vazopressinvə/vəya atropin) tövsiyə olunur.	I	C
atropinə cavabolmayan hallarda müvəqqəti pacing tövsiyə olunur.	I	C
əger xəstə əvvəl reperfuziya terapiyası almamışsa, revaskulyarizasiya məqsədi ilə tacili angioqrafiya tövsiyə olunur.	I	C
Mİ-dan sonra ən azı 5 gün gözləmə müddətində yüksək dərəcəli AV blokadası keçmədikdə daim ikiadiostimulyatorun implantasiyası tövsiyə olunur.	I	C
Öndivar Mİ və keskin ÜÇ kontekstində yüksək dərəcəli AV blokadası olan seçilmiş xəstələrdə erkən cihaz implantasiyası (CRT-D/CRT-P) nəzərdən keçiriləbilir.	IIb	C
Yüksek dərəcəli AV blokadarevaskulyarizasiyadan sonra və ya kortəbi şəkildə aradan qalxarsa, pacing tövsiyə edilmir.	III	B

©ESC

KKS – keskin koronar sindrom, AF- atrial fibrillyasiya, AV- atrioventrikulyar, CHA2DS2 -VASc keskin ürək çatışmazlığı, hipertensiya, Yaş>75, Cins (qadın), KMR- kardiakmaqnit rezonans, CRT-D/CRT-P kardiresinxronizasiya terapiyası – defibrillator/peysmeyker, HAS-BLED Hipertensiya, Normal olmayan qaraciyər/böyrək funksiyası, İnsult anamnezi, Qanaxma anamnezi, Labil INR, Yaşlılıq, Dərman/alkoqol qəbulu, ÜÇ ürək çatışmazlığı, İABP – intra aortik balon pompa, ICD – intrakardiyak defibrilliator, SM – sol mədəcik, SMSF – sol mədəcik sistolik funksiyası, NOAK – non-vitamin K antaqaonisti, NYHA – New-York Ürək Assosiasiyyası, STEMİ – ST elevasiyalı miokard infarktı, VF – ventrikulyar fibriliyasiyası, VKA – vitamin K antaqaonisti, VY – ventrikulyar taxikardiya.

## 2.3. Komorbid vəziyyətlər

### Kəskin koronarsindromda komorbid hallar üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
<b>Xronik böyrək xəstəliyi</b>		
İnvazivs strategiyalar üçün aşağı və ya izosmolyar kontrastlı vasitələrdən (mümkün olan ən aşağı həcmde) istifadə tövsiyə olunur.	I	A
KKS olan bütün xəstələrdə eGFR istifadə edərək böyrək funksiyasını qiymətləndirmək tövsiyə olunur.	I	C
Böyrək funksiyası normal olan xəstələrdə olduğu kimi xronik böyrək xəstəliyi olan xəstələrdə də eyni diaqnostik və terapevtik strategiyaların tətbiqi tövsiyə olunur (doza tənzimlənməzsi tələb oluna biler).	I	C
Kontrastabaklı nefropatiya riski olan xəstələrdə, xüsusilə kəskin böyrək zədəsi və/və ya eGFR <30 ml/dəq/1,73 m <sup>2</sup> olan xəstələrdə angioqrafiya zamanı və ondan sonra maye yüklenməsi nəzərealınmalıdır.	IIa	B
<b>Şəkərli diabet</b>		
Uzun müddətiqlə qlükoza azaldıcı müalicənin seçimində ürəkçətişmazlığı, xronik böyrək xəstəliyi və piylenmədə daxil olmaqla yanaşı xəstəliklərin mövcudluğuna əsaslanmaq tövsiyə olunur.	I	A
KKS olan bütün xəstələrdə ilkin dəyərləndirmə zamanı qlikemik vəziyyət iqiymətləndirmək tövsiyə olunur.	I	B
Şəkərli diabet və ya hiperqlikemiyası (qlükoza səviyyəsi $\geq 11,1$ mmol/L və ya $\geq 200$ mg/dL kimi müyyən edilir) olan xəstələrdə qandaqlükoza səviyyəsinin tez-tezmonitorinqi tövsiyə olunur.	I	C
Davamlı hiperqlikemiyasi olan KKS olan xəstələrdə qlükoza azaldıcı terapiya nəzərdən keçirilməli, hipoglikemiya hallarından qaçınmaq lazımdır.	IIa	C
<b>Yaşlı şəxslər</b>		
Yaşlı xəstələrdə gənc xəstələrdə olduğu kimi eyni diaqnostik və müalicə strategiyalarının tətbiqi tövsiyə olunur.	I	B

## Kəskin koronar sindromda komorbid hallar üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Class	Level
<b>Yaşlı şəxslər (davamı)</b>		
Antitrombotikagentin, eləcədə ikincili profilaktik dərmanların seçimi və dozasını böyrək funksiyasına, qəbul etdiyi dərmanlara, komorbid xəstəliklərə, zəifliyə, koqnitiv funksiyasına və xüsusi əks göstərişlərə uyğunlaşdırmaq tövsiyə olunur.	I	B
Komorbid xəstəlikləri olan zəif yaşlı xəstələr üçün risk və faydalara diqqətlə qiymətləndirilməsindən sonra müdaxilə və farmakoloji müalicələrin ferdiləşdirilməsi üçün vahid yanaşma tövsiyə olunur.	I	B
<b>Xərcəng diaqnozlu xəstələr</b>		
Gözlənilən sağ qalma müddəti $\geq 6$ ay olan yüksək riskli KKS ilə müraciət edən xərcəng xəstələrinə invaziv strategiya tövsiyə olunur.	I	B
Xərcəng müalicəsinin KKS-ə səbəb olduğu şübhəsi olan xəstələrdə müalicənin müvəqqəti dayandırılması tövsiyə olunur.	I	C
Xərcəng proqnozu zəif olan (gözlənilən sağqalma müddəti <6 ay) və/və ya çox yüksək qanaxma riski olan KKS xəstələrində konservativ qeyri-invaziv strategiya nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	C
Trombosit sayı <10 000/MI olan xərcəng xəstələrinə aspirin tövsiyə edilmir.	III	C
Trombosit sayı <30 000/ $\mu$ L olan xərcəng xəstələrinə klopidoqrel tövsiyə edilmir.	III	C
Xərcəng diaqnozlu və trombositlərin sayı <50 000/ $\mu$ L olan KKS xəstələrinə prasugrel və ya tıkatrelor tövsiyə edilmir.	III	C

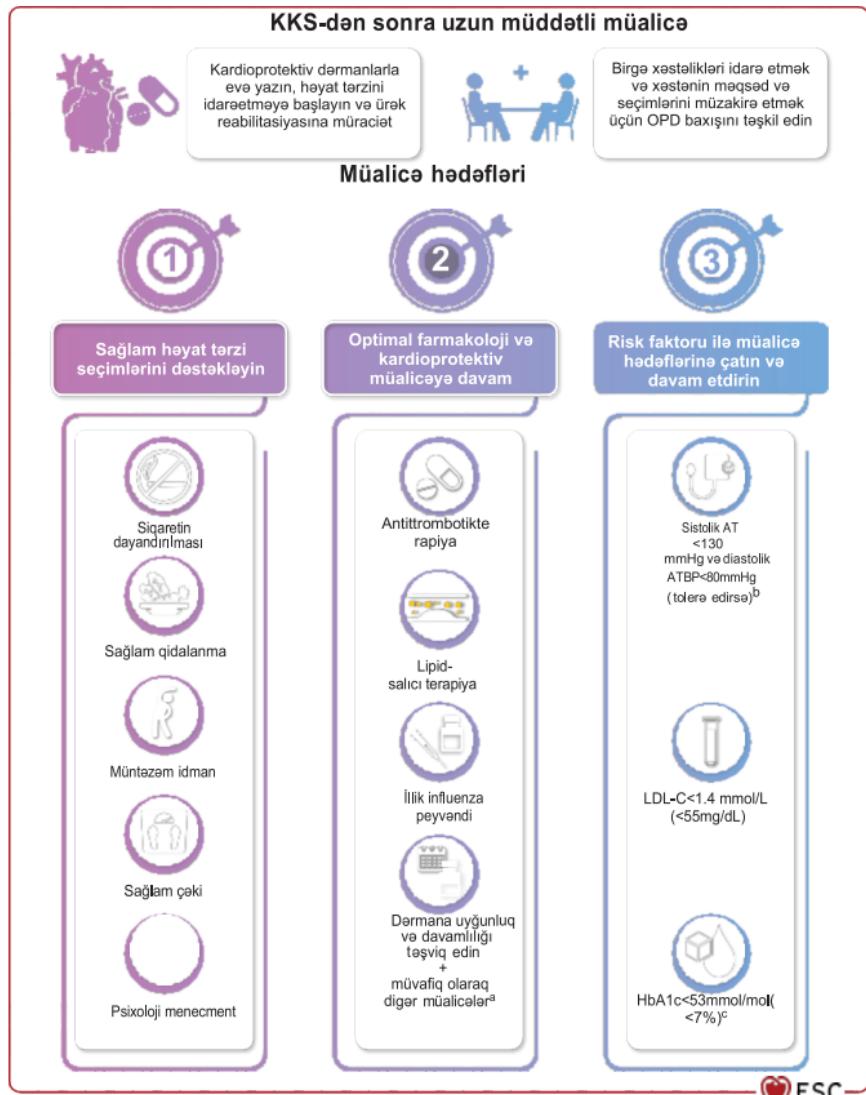
KKS- kəskin koronar sindrom, XBX – xronik böyrək xəstəliyi, KV – kardiovaskulyar, GFR – qlomerulyar filtrasiya səviyyəsi.

### **3. Uzunmüddətli müalicə**

KKS-dən sonar ikin ciliprofilaktika həyat keyfiyyətini artırmaq, xəstələnmə və ölümü azaltmaq üçün vacibdir. Bu, yaşanan hadisədən sonramükün qədər tez başlamalıdır. Optimal tibbi terapiya və müalicə hədəfləri [Şəkil16](#)-da ümumiləşdirilmişdir. Bütün KKS xəstələri hadisədən sonar mümkün qədər tez başlamalı olan hərtərəfli ürək reabilitasiyası programında iştirak etməlidirlər. Reabilitasiyanın əsas komponentlərin əxəstənin qiymətləndirilməsi, ürək-damar risk faktorlarının idarəedilməsi və nəzarəti, fiziki fəaliyyətlə bağlı məsləhətlər, məşq təlimlərinin təyin edilməsi, pəhriz məsləhətləri, tütlənə bağlı məsləhətlər, xəstələrin təhsili, psixososial idarəetmə və peşə dəstəyi daxildir.

KKS-dən sonar xəstələrin uzun müddətli müalicəsi üçün tövsiyələrin təfərrüatları aşağıdakı tövsiyə cədvəlində verilmişdir.

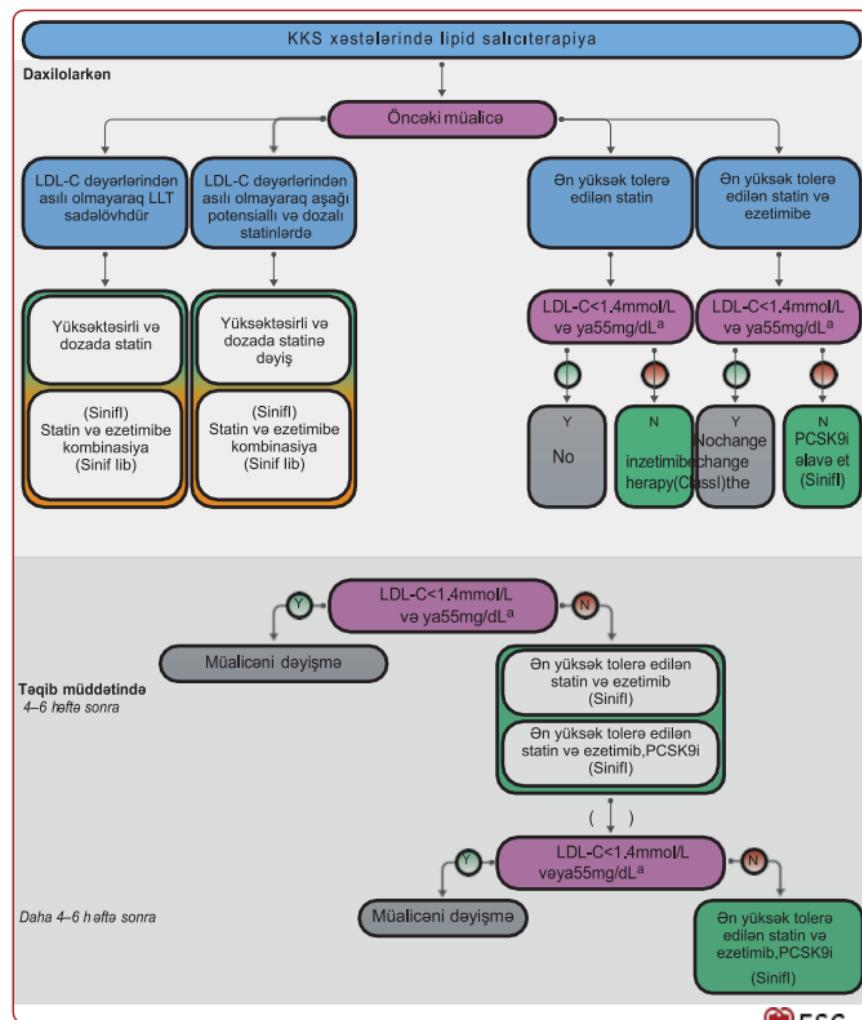
## Şekil16 Keskın koronarsindrom dan sonra uzun müddətli müalicə.



KKS – keskın koronar sindrom, HbA1C - qlikohemoglobin, LDL-C – aşağı sıxlıqlı lipoprotein xolesterol, AŞ – ambulator şöbə

KKS xəstələrində lipidlərin azaldılmasının idarə edilməsi üçün bir alqoritm **Şəkil 17**-də təsvir edilmişdir.

### **Şəkil 17 KKS xəstələrində lipid salıcıterapiya.**



KKS - kəskin koronar sindrom, LDL-C – aşağı sıxlıqlı lipoprotein xolesterol, LST – lipid salıcı terapiya, PCSK9i – proprotein konvertaza subtilizin/kexin tip 9 inhibitor.

## Uzun müddetli idarəetmə üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
<b>Kardiakreabilitasiya</b>		
Bütün KKS xəstələrinin tibbi nəzarət altındaolan, strukturlaşdırılmış, hərtərəfli, multidisipliner məşqlərə əsaslanan ürək reabilitasiyası və profilaktikası programın da iştiraketməsi tövsiyə olunur.	I	A
<b>Həyat tərzinin idarəesi</b>		
KKS xəstələrinə sağlam həyat tərzi keçirmələr itövsiyə olunur, o cümlədən:	I	B
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tütün məmələtlərini dayandırmaq</li><li>• Sağlam qidalanma(Aralıq dənizi pəhrizi)</li><li>• Alkoholu azaltmaq</li><li>• Müntəzəm fiziki aktivlik və məşq</li><li>• Oturaq həyat tərzini azaltmaq</li></ul>		
Siqaret çəkənlərdə davamlı dəstəyi təklif edən nikotin əvəzedici terapiya, vareniklin və ya bupropion, təkli və ya kombinasiyada nəzərə alınmalıdır.	IIa	A
<b>Farmakoloji müalicə</b>		
<b>Lipidsalıcı terapiya</b>		
İllkin LDL-C dəyərlərindən asılı olmayaraq, yüksək dozada statin terapiyasına başlamaq və ya mümkün qədər tez davam etdirmək tövsiyə olunur.	I	A
LDL-C səviyyəsini $<1,4 \text{ mmol/L}$ ( $<55 \text{ mg/dL}$ ) əldə etməyi hədəfləmək və LDL-C-ni başlangıçdan $\geq 50\%$ azaltmaq tövsiyə olunur.	I	A
4-6 həftədən sonar maksimum tolerə edilən statin terapiyasına baxmayaraq, LDL-C hədəf göstəricisinə nail olunmazsa, ezetimibe əlavə etmək tövsiyə olunur.	I	B
4-6 həftədən sonra maksimum tolerə edilən statin terapiyasına və ezetimibe baxmayaraq, LDL-C hədəf göstəricisinə nail olunmazsa, PCSK9 inhibitorunun əlavə edilməsi tövsiyə olunur.	I	A
Qəbuldan əvvəl lipid salıcı terapiya alan xəstələr üçün KKS hadisəsindən xəstəxanaya yerləşdirilməsi zamanı lipid salıcı terapiyanın intensivləşdirilməsi tövsiyə olunur.	I	C

## Uzun müddətli idarəetmə üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
<b>Farmakoloji müalicə(davamı)</b>		
<b>Lipid saliciterapiya(davamı)</b>		
Maksimum tolerə edilən statin əsaslı terapiya qəbul edərkən tekrarlayan aterotrombotik hadisəsi olan xəstələrdə (KKS-in ilk epizodundan sonra 2 il ərzində residiv) LDL-C hədəfi $<1,0 \text{ mmol/L} (<40 \text{ mg/dL})$ nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
Xəstəxanaya yerləşdirmə zamanı yüksək dozalı statin və ezetimibe ilə kombinasiya müalicəsi nəzərdə tutula bilər.	IIb	B
<b>Beta-bloklatorlar</b>		
Üç simptomlarından asılı olmayaraq, LVEF $\leq 40\%$ olan KKS xəstələrinə beta-bloklər tövsiyə olunur.	I	A
LVEF-dən asılı olmayaraq bütün KKS xəstələri üçün müntəzəm beta-bloklər qəbulu nəzərdə keçirilməlidir.	IIa	B
<b>RAAS inhibitorları</b>		
Üç simptomları, LVEF $\leq 40\%$ , diabet, hipertoniya və/ və ya XBX olan KKS xəstələrinə angiotensin çevirici ferment (AÇF) inhibitorları tövsiyə olunur.	I	A
Mineral okortikoidreceptorantagonistləri LVEF $\leq 40\%$ və Üç və ya diabetli KKS xəstələrinə tövsiyə olunur.	I	A
LVEF-dən asılı olmayaraq bütün KKS xəstələri üçün gündəlik AÇF inhibitorları nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	A
<b>Dərmanlara uyğunluq</b>		
KKS-dən sonar ikinci profilaktikada adherance və nəticələri yaxşılaşdırmaq üçün birseqim olaraq polipill nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	B
<b>Görüntüləmə</b>		
Evə yazılmazdan əvvəl LVEF $\leq 40\%$ olan xəstələrdə ani ürək ölümünün qarşısı alınması məqsəd ilə potensial ICD implantasiyası əhəmiyyatını qiymətləndirmək üçün KKS-dən 6-12 həftə sonra (və tam revaskulyarizasiyadan və optimal tibbi müalicədən sonra) LVEF-nin təkrar qiymətləndirilməsi tövsiyə olunur.	I	C

## Uzun müddətli idarəetmə üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
Görüntüləmə (davamı)		
Ürəyin maqnitrezonansı ilkin profilaktika üçün ICD implantasiyasına potensial ehtiyacı qiymətləndirmək üçün əlavə görüntüüləmə üsulu kimi nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	C
Vaksinasiya	I	A
İltihab əleyhinə dərmanlar	IIb	A

KKS – keşkin koronar sindrom, XBX – xronik böyrək xəstəliyi, ÜÇ – ürək çatışmazlığı, İKD – implantasiya olunan kardioverter defibrillator, LDL - C - aşağı sixlıqli lipoprotein xolesterol, SMSF – sol mədəcik sistolik funksiyası, PCSK9i – proprotein konvertaza subtilizin/kexin tip 9 inhibitor, RAAS – renin angiotenzin aldosteron sistemi.

## 4. Xəstə perspektivləri

### 4.1. Xəstə fokuslu qayğı

KKS-li xəstələrin idarə edilməsi xəstələrin fərdi seçimlərinə, ehtiyaclarına və dəyərlərinə hörmətlə yanaşan və onlara cavab verən qayğının göstərilmesini nəzəre almalı, bu dəyərlərin klinik qərarların qəbuluna daxil edilməsini təmin etməlidir. Xəstəni cəlb etmək və öyrətmək KKS qayğısının əsas komponentidir və xəstənin qəbulundan tutmuş xəstəxanadan çıxmasına və ürək reabilitasiyasına qədər bütün yolculuğu boyunca baş verməlidir.(Şəkil18).

## Şəkil18 KKS səyahətinə insan mərkəzli yanaşma.

### KKS səyahətinə insan mərkəzli yanaşma

Hər mərhələ dəfiziki bə psixososial ehtiyacların əzərə alın



Xəstəlik önü  
vəziyyət



Bütün risk  
faktorlarını  
nazərə alın



Tibbi anamnezini  
və əvvəlki  
dərmanlarını  
öyrənin



Psixososial  
faktorları  
nazərə alın



Xəstəxanaya  
qəbul



Qayğınu  
fərdiləşdirin



Şəxsmərkəzli klinik  
qiymətləndirmə aparın



Ortaq qərar  
qəbul etməkdən  
istifadə edin



Evə yazmağa  
həzırlıq



Uzunmüddəli müalicə  
ilə bağlı izahat verin



Həyat tərzi  
dayisikiliyiyle bağlı  
məlumatlaşdırın



Mental və emosional  
statusunu  
dəyərləndirin



## 4.2 Xəstə məmənuniyyəti və gözləntiləri

Xəstənin qayğı ilə bağlı qavrayışı şəxslərarası qarşılıqlı münasibət, klinik ünsiyyətin keyfiyyəti, qayğının göstərilməsi və qayğının inzibati idarə edilməsi üzərində qurulur. KKS xəstələrinin gözləntiləri **Şəkil 19**-da ümumiləşdirilib.

**Şəkil 19** KKS xəstələrinin gözləntiləri.

### KKS xəstələri istəyir...



...onların simptomları tanının



...peşəkarlar tərəfindən yüksək keyfiyyətli, effektiv və təhlükəsiz qayğı göstərilsin



...doğru zamanda düzgün qayğı



...onların fiziki, mental və emosional rifahı nəzərə alının



...aydın, başa düşülen məlumat



...birgə qərar qəbul etmek və onların seçimlərinə hörmət etmek



...ailesini və baxıcılarını nəzərə almaq və onlara dəstək olmaq



...onları həm fiziki, həm də çevrelerinin ehtiyadlarının diqqətə alınmasını



...təmiz və təhlükəsiz xəstəxana mühiti



### 4.3. Xəstəxana çıxışına hazırlıq

Bir çox KKS xəstəsi onlara nə başverdiyini və xəstəxanadan çıxdıqdan sonar sağlamlıqlarını ən yaxşı şəkildə necə idarə edəcəkləri barədə tam məlumatlı olmayıbilər ki, bu da onların həm çıxdıqdan sonar daha çox məlumat istəməsinə və həmdə ehtiyac duymasına səbəb olur.

#### Kəskin koronarsindromun müalicəsində xəstələrin perspektivləri üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif	Səviyyə
Xəstənin fərdi seçimlərini, ehtiyaclarını və inanclarını qiymətləndirmək və onlara riayət etmək, bütün klinik qərarları alarkən xəstə dəyərlərinin nəzərə alınmasını təmin etməklə xəstəmərkəzli qayıçı tövsiye olunur.	I	B
KKS xəstələrinin qərar qəbuletmə prosesine daxil edilməsi (veziyəti imkan verdiyi qədər) və onlara mənfi hadisələrin riski, radasiyaya məruz qalma və alternativ variantlar barədə məlumat vermək tövsiye olunur. Müzakirəni asanlaşdırmaq üçün qərarqəbuletmə vasitələrindən istifadə edilə bilər.	I	B
Xəstələrə öz təcrübələrini təsvir etməyə kömək edən üsullardan istifadə edərək simptomları qiymətləndirmək tövsiye olunur.	I	C
Məlumatlı razılığın təmin edilməsi zamanı qərara dəstək üçün "geriöyrət" texnikasından istifadə nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Xəstənin xəstəxanadan buraxılması haqqında məlumat xəstəxanadan çıxmazdan əvvəl həmyazılı, həm də şifahi formada təqdim edilməlidir. Geri öyrətmə texnikası və/ yaxudmotivation müsahibədən istifadə etməklə xəstənin buraxılması üçün adekvat hazırlanıq və maarifləndirmə, məlumatların hissə-hissə verilməsi və anlayışın yoxlanılması nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Təsdiqlənmiş üsuldan istifadə edərək psixi rifahın qiymətləndirilməsi və lazımlıda sonrakı psixoloji yönləndirmə nəzərə alınmalıdır.	IIa	B

ACS,acute coronary syndrome.

## **5. Cinsiyət müxtəlifliyi**

Bir sıra tədqiqatlar KKS ilə müraciət edən qadınların kişilərdən fərqli müalicə edildiyini bildirir. Bura kişilərə nisbətən ICA alma ehtimalının azolması, vaxtında revaskulyarizasiya, CR və ikincili profilaktik dərmanlar daxildir. Səhiyyə təminatçıları və siyasetçilər ACS-nin idarə edilməsində bu potensial gender qərəzinin fərqində olmalı və ACS olan qadınların sübuta əsaslanan qayğı almasını təmin etmək üçün birgə səy göstərməlidirlər.