



**Azərbaycan
Kardiologiya
Cəmiyyəti**

Xroniki Koronar Sindrom ESC 2024-Nələr Dəyişdi?

Prof. Dr. Firdovsi İbrahimov



Azərbaycan
Kardiologiya
Cəmiyyəti



ESC

European Society
of Cardiology

Xroniki Koronar Sindrom ESC 2024-Nələr Dəyişdi?

1.Yeni əlavə
olunmuş
tövsiyələr

2.Dəyişən
tövsiyələr



Azərbaycan
Kardiologiya
Cəmiyyəti

Yeni Təvsiyyələr



ESC

European Society
of Cardiology

Təvsiyyələr	Sınıf	Kateqoriya
Xroniki Koronar Sindrom şübhəsi olan xəstələrdə anamnez toplama, risk faktorlarının qiymətləndirilməsi və istirahət EKG-si		
Şübhəli simptomları olan xəstələrdə risk faktorları, anamnez və simptom xarakteristikasının (başlanğıc müddəti, davam etmə müddəti, növü, triggerlər, yeri, yüngülləşdirici amillər, günün hansı vaxtında başlanması) araşdırılması təvsiyyə edilir.	I	C
Stressin səbəb olduğu sinə ağrısı, dispno və ya məşq zamanı başgicəllənmə, qollarda, çənədə, kürəkdə ağrı və ya yorğunluq simptomları potensial olaraq stenokardiya ekvivalent kimi qəbul olunmalıdır.	IIa	B
Xroniki koronar sindrom şübhəli xəstələrdə biokimya		
Yüksək həssaslıqlı C-reaktiv zülal və/və ya fibrinogen plazma səviyyələri nəzərə alınmalıdır.	IIa	B

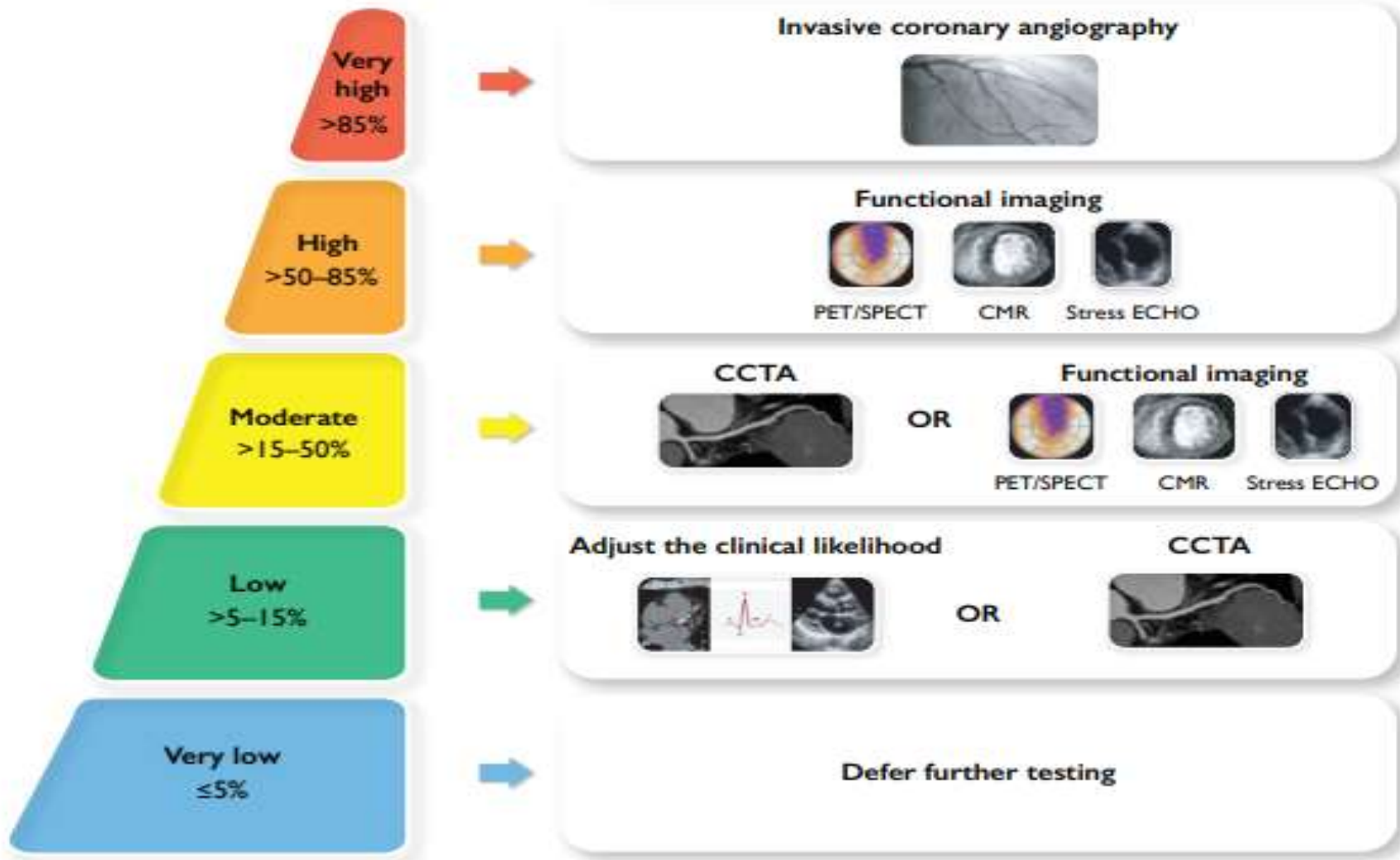


Obstruktiv aterosklerotik koronar arteriya xəstəliyinin olma ehtimalı (ilkin diaqnostika)

Klinik Ehtimal modelindən istifadə edərək obstruktiv KAX olma ehtimalını qiymətləndirmək tövsiyə olunur.	I	B
Əlavə klinik məlumatlardan (məsələn, periferik arteriyaların müayinəsi, istirahət EKQ, istirahət zamanı exokardiografiya, əvvəllər aparılmış qörüntüləmə testlərində damar kalsifikasiyalarının olması) istifadə edərək diaqnozu dəqiqləşdirmək tövsiyə olunur. Cox aşağı ($\leq 5\%$) obstruktiv KAX riski olan şəxslərdə əlavə diaqnostik testlərə ehtiyac olmaması nəzərə alınmalıdır.	I	C
	IIa	B
Obstruktiv KAX-ehtimalı ($>5\%$ - 15%) olan şəxslərdə Koronar arteriyaların kalsium skorlaması nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	B
Obstruktiv KAX-ehtimalı ($>5\%$ - 15%) olan şəxslərdə məşq EKQ və aterosklerotik xəstəlik ehtimalı olan şəxslərdə non-koronar arteriyaların qiymətləndirməsi nəzərdə tutula bilər.	IIb	C
Elektrokardiogramma (ilkin diaqnostika)		
Vazospastik stenokardiya şübhəsi olan xəstələrdə ambulator EKQ monitorinqi nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	B

Risk factor-weighted clinical likelihood of obstructive CAD

Appropriate first-line test for suspected CCS





Non-invaziv anatomik görüntüleme testləri – Koronar KTangioqrafiya (əgər varsa)

Şübhəli KKS olan, aşağı və ya orta (>5% -50%) obstruktiv KAX ehtimalı olan şəxslərdə, MACE riskini qiymətləndirmək üçün Koronar KT angioqrafiya tövsiyə olunur.

I

A

Qeyri-invaziv testlər—stress exokardioqrafiya.

Şübhəli KKS və orta və ya yüksək (>15% -85%) obstruktiv KAH ehtimalı olan şəxslərdə diaqnoz qoymaq və MACE riskini qiymətləndirmək üçün stress exokardioqrafiyası tövsiyə olunur.

I

B

Stress exokardioqrafiyası zamanı iki və ya daha çox miokard seqmenti görünmədikdə, diaqnostik dəqiqliyi artırmaq üçün venadaxili Kontrast istifadə etmək tövsiyə olunur.

I

B

Stress exokardioqrafiyası vena daxili kontrastdan istifadə edərək risk stratifikasiyası üçün tövsiyə olunur.

I

B

Stress exokardioqrafiyada seqmentar divar hərəkət dəyişikliklərindən əlavə Doppler axınla sol ön enən koronar arteriyanın axın rezervinin müəyyən etməklə mikrovaskulyar funksiyanın dəyərləndirilməsi mümkündür.

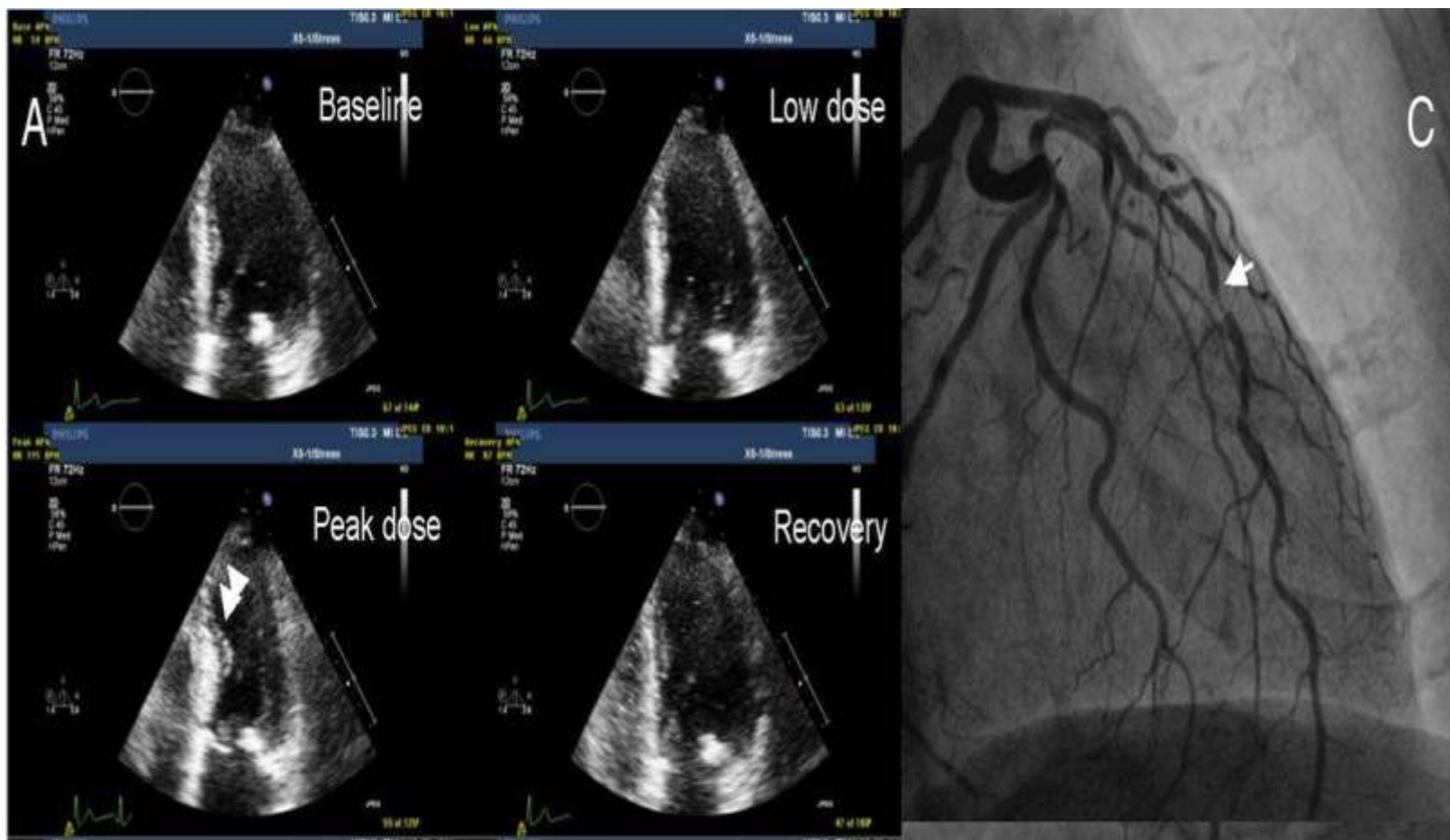
IIb

B

Veloerqometrlə stress exokardioqrafiya



Dobutamin stress exokardioqrafiya





Non-invaziv funksional miokard görüntülemə testləri– istirahət və stress tək foton emissiyalı Komputer tomoqrafiyası/positron emissiya tomoqrafiyası –və ya ürəyin maqnit rezonans görüntüleməsi (ilkin diaqnostika)

Orta və ya yüksək (>15% -85%) obstruktiv KAX ehtimalı olan şəxslərdə- SPECT və ya PET miokard perfuziyasının müayinəsi:

- miokard işemiyasının və/və ya çapıqların diaqnostikası və kəmiyyətinin müəyyən edilməsi;
- MACE riskini qiymətləndirmək;
- miokard qan axınının (PET) kəmiyyətini müəyyənləşdirmək üçün

PET və ya SPECT miokard perfuziya görüntüleməsi üçün seçilmiş xəstələrdə, döş qəfəsinin KT-dən koronar arteriyaların kalsium skoru ölçmək tövsiyyə olunur.

Orta və ya yüksək (>15% -85%) obstruktiv KAH ehtimalı olan şəxslərdə MRT perfuziya görüntülemə Miokard işemiyası və/və ya çapıq diaqnostikası və kəmiyyətini müəyyən etmək və MACE riskini qiymətləndirmək üçün tövsiyyə olunur.

I

B

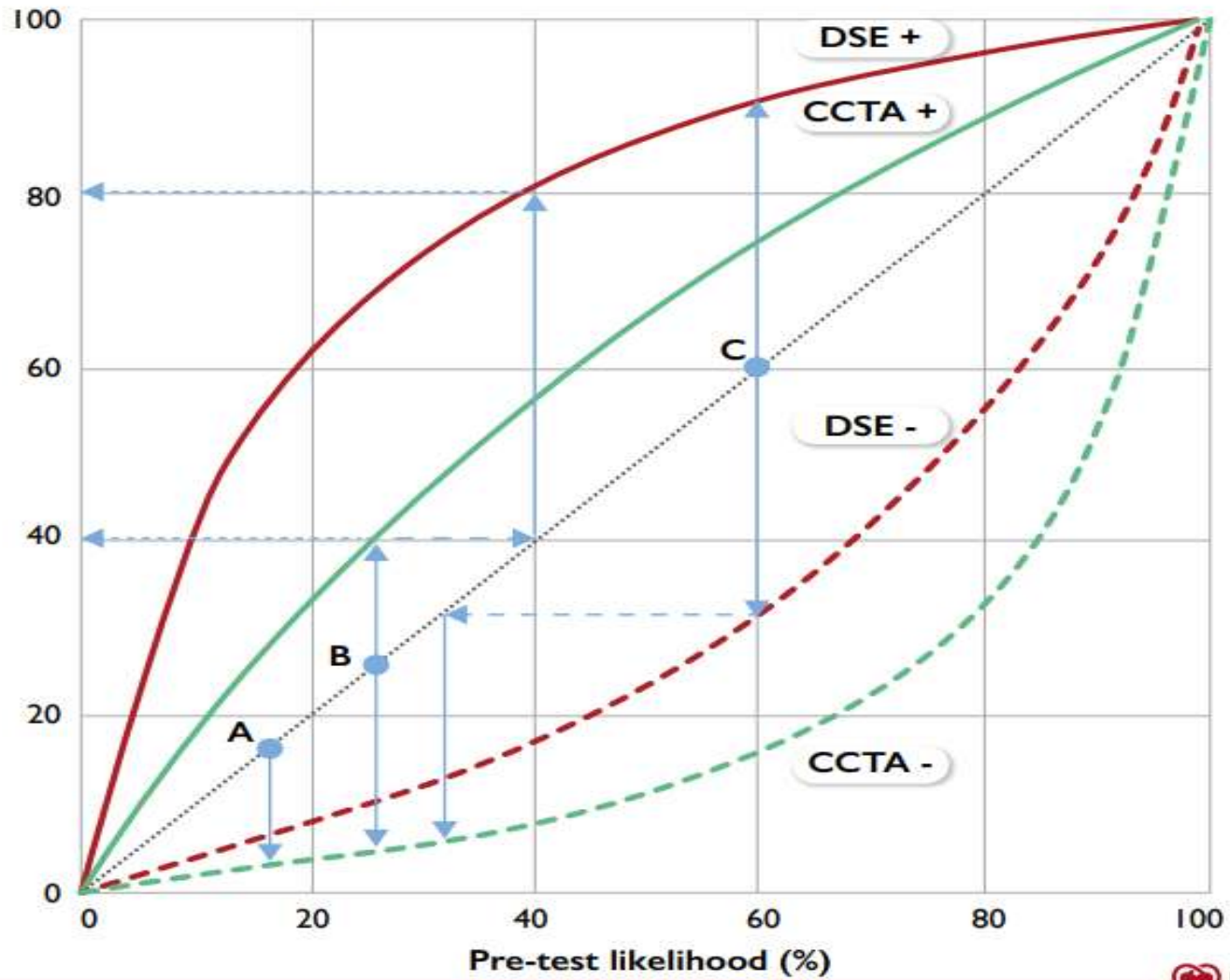
I

B

I

B

Post-test likelihood (%)





İnvaziv koronar angioqrafiyaya göstərişlər

İnvaziv KAQ göstərişi varsa, radial arteriya girişə üstünlük verilməsi tövsiyə olunur.	I	A
İnvaziv KAQ zamanı orta dərəcə darlıqların (revaskulyarizasiya məqsədilə left main damar istisna olmaqla) funksional ciddiliyinin müəyyən edilməsi üçün koronar təzyiqin ölçülməsi tövsiyyə edilir.	I	A
Obstruktiv KAX-ı yüksək dərəcədə düşündürən şəxslərdə (cüzi fiziki məşqdən sonar simptomları olan) kardioloq tərəfindən klinik qiymətləndirmədən sonra ilkin diaqnostik test kimi İnvaziv KAQ tövsiyyə olunur.	I	C

İnvaziv koronar angioqrafiya zamanı koronar arteriya stenozunun ciddiliyinin funksional qiymətləndirilməsi

KAQ zamanı revaskulyarizasiya qərarı üçün orta diametrlı stenozların ciddiliyinin funksional seçici qiymətləndirilməsi tövsiyyə olunur:

• FFR/iFR əhəmiyyətli ≤ 0.8 or ≤ 0.89 , müvafiq olaraq);	I	A
• Kəmiyyət axın nisbəti (əhəmiyyətli ≤ 0.8).	I	B
Əlavə olaraq:		
• Koronar axın rezervi/stenoz müqaviməti /koronar axın tutumu	ss	B
• İstirahət zamanı invaziv ölçülən Pd/Pa, dPR, RFR və ya angioqrafiyadan əldə edilən damar FFR göstəriciləri alternativ parametrlər kimi qəbul edilə bilər.	IIb	C
Rutin olaraq koronar təzyiqin ölçülməsi tövsiyyə edilmir.	III	A

Xroniki koronar sindromdan şübhələnən şəxslərdə fərdi diaqnostik testlərin seçilməsi

Obstruktiv KAX-ni istisna etmək üçün aşağı və ya orta dərəcədə (>5%–50%) riski olan şəxslərdə diaqnostik üsul kimi Koronar Kt angiografiya üstünlük təşkil edir.	I	B
Funksional testlər ilə miokardial işemiya üçün diaqnoz mümkün olmadıqda aşağı və ya orta dərəcədə (>5%–50%) obstruktiv KAX riski olan şəxslərdə Koronar KT angiografiya tövsiyyə edilir.	I	B
Obstruktiv KAX və ya İNOCA/ANOCA diaqnozunu təsdiqləmək və istisna etmək üçün invaziv funksional qiymətləndirmə imkanları olan invaziv koronar angiografiya qeyri-invaziv testlər əsasında dəqiq diaqnozu olmayan şəxslər üçün tövsiyyə edilir.	I	B
Proksimal və ya orta koronar seqmentdə orta dərəcə stenozu olan xəstələrdə Koronar Kt angiografiya əsasında FFR (fraksional axın ehtiyatı) nəzərdən keçirilə bilər.	IIb	B

Yüksək riskin göstəriciləri:

Əsas klinik qiymətləndirmə əsasında (məsələn, yaş, EKQ, stenokardiya Treşholdu, diabet, XBÇ, SMAF)	I	B
Yüksək riskin müəyyən edilməsi üçün aşağıdakı test nəticələrindən biri və ya bir neçəsi istifadə olunur:	I	B
<ul style="list-style-type: none"> • məşq EKG: <ul style="list-style-type: none"> ◦ DukeTreadmill Skoru < -10; • Stress SPEKT və ya PETperfuzion görüntüləmə <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sol mədəciyin işemiya sahəsi ≥ 10% • Stress exokardioqrafiya: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 16 seqmentdən stressə bağlı hipokineziya və akineziya ≥ 3 • Stress MRT: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 16 seqmentdən stress perfuziya qüsurları olan ≥ 2 ◦ ≥ 3 dobutamin səbəb olduğu disfunksiyalı seqmentlər; • Koronar Kt angiografiya: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Left main xəstəliyi ≥ 50% darlıq ◦ 3 damar xəstəliyi ≥ 70% darlıq ◦ 2 damar xəstəliyi ≥ 70% darlıq, LAD proksimal seqmenti əhatə edən və ya ◦ 1 damar xəstəliyi LAD proksimal seqmentdə ≥ 70% darlıq və FFR-KT ≤ 0.8 		



Həyat tərzı dəyişimi

Xəstələrə risklər və müalicə faydaları baxımından fərdi yanaşmaq tövsiyyə edilir.

I

C

Müvafiq farmakoloji müalicə ilə yanaşı, xəstələrə sağlam həyat tərzinə nail olmaq üçün multidissiplinar yanaşma tövsiyyə edilir.

I

A

Həftədə ən azı 150-300 dəqiqə orta intensivlikdə və ya həftədə 75-150 dəqiqə intensiv fiziki aktivlik və oturaq həyat tərzinin azaldılması tövsiyyə edilir.

I

B

Xəstəxanaya yatışların və ürək-damar hadisələrinin azaldılması üçün evdə ürək reabilitasiyası və mobil sağlamlıq müdaxiləsi nəzərdən keçirilməlidir.

IIa

B

Xroniki koronar sindromda antianginal dərmanlar:

Antianginal dərmanlar xəstənin xüsusiyyətlərinə, müşayiət olunan xəstəliklərə, müşayiət olunan dərmanlara, müalicəyə cavabına uyğun olaraq seçilməlidir.

I

C

Sol mədəciyin sistolik disfunksiyası (LVEF <40%) olan xəstələrdə simptomlara qeyri-adekvat nəzarət və ya seçilmiş xəstələrdə ilkin müalicə kimi İvabradin əlavə antianginal terapiya kimi qəbul edilməlidir.

IIa

B

İvabradin SMAF>40% və kliniki ürək çatışmazlığı olmayan xəstələrdə əlavə terapiya kimi verilməsi tövsiyyə edilmir.

III

B

İvabradin non-DHP-CCB və ya digər güclü CYP3A4i inhibitorları ilə kombinasiyası tövsiyyə edilmir.

III

B



Xroniki ürək yetməzliyinin idarə edilməsi

Obstruktiv KAX şübhəsi olan ürək çatışmazlığı xəstələrində (SMAF \leq 35%)invaziv KAQ tövsiyyə edilir.	I	B
SMAF >35%, obstruktiv KAX ehtimalı aşağı və ya orta (>5%–50%) olan ürək çatışmazlığı xəstələrində Koronar Kt angiografiya və ya funksional görüntüləmə tövsiyyə olunur.	I	C
Stenokardiya və ya ekvivalent simptomları olan, normal və ya qeyri-obstruktiv koronar arteriyaları olan Sol mədəciyin atım fraksiyası qorunmuş ürək çatışmazlığı xəstələrində koronar mikrovaskulyar disfunksiyanı aşkar etmək və ya istisna etmək üçün PET və ya MRT perfuzion və ya invaziv funksional koronar testlər nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	B
Ürək çatışmazlığı olan xəstələrin ÜÇ ilə əlaqədar xəstəxanaya yerləşdirilməsi riskini azaltmaq və sağ qalması yaxşılaşdırmaq üçün multidissiplinar ürək çatışmazlığının idarə edilməsi proqramına daxil edilməsi tövsiyyə olunur.	I	A
AFaÜÇ olan pasiyentlərə hospitalizasiya və ölüm riskini azaltmaq üçün AÇFİ-rının əvəzedicisi kimi sakubitril/valsartan tövsiyyə olunur	I	B



Xroniki koronar sindromlu xəstələrdə Lipid salıcı terapiya		
LDL-xolesterol hədəfi <1,4 mmol/L (55 mq/dL) və LDL-xolesterol ilkin göstərici ilə müqayisədə ≥50% azalma ilə lipid salıcı müalicə kimi tövsiyyə olunur	I	A
Statinlərə qarşı dözümsüzlüyü olan və ezetimiblə hədəf səviyyəyə çatmayan xəstələr üçün bempedoy turşusu ilə kombinasiya tövsiyyə olunur.	I	B
Statin və ezetimibin maksimum dozası ilə hədəf səviyyəyə çatmayan xəstələr üçün bempedoik turşusu ilə kombinasiya nəzərə alınmalıdır	IIa	C
Natrium-qlükozako transporter 2 inhibitorları və /və ya qlükaqonabənzər peptid-1 reseptor agonistləri		
T2ŞD və XKS olan xəstələrdə hədəf HbA1c dəyərindən və eyni vaxtda qlükoza azaldıcı dərmanların qəbulundan asılı olmayaraq KV hadisələri azaltmaq üçün SGLT2 inhibitorları tövsiyyə olunur.	I	A
Şəkərli diabeti olmayıb artıq çəkili (BKİ>27kg/m ²),obez xəstələrdə KV hadisələrdən ölüm, miokard infarktı və insult hallarının azaldılması üçün GLP-1 reseptor aqonisti olan semaqlutid tövsiyyə edilə bilər.	IIa	B
İltihab əleyhinə dərmanlar		
Miokard infarktı , insult riski və revaskulyarizasiyaya ehtiyac hallarının azaldılması üçün aşağı doza kolxisin(0.5mg gündəlik doza)verilməsi tövsiyyə edilə bilər.	IIa	A



Revasulyarizasiya

Optimal müalicə strategiyasını müəyyən etmək üçün, xüsusəndə CABG və PCI eyni tövsiyyə səviyyəsinə malik olduqda ən optimal müalicəni seçmək üçün, invaziv kardiologiya, ürək cərrahiyyəsi, qeyri-invaziv kardiologiya və digər ixtisasların nümayəndələri də daxil olmaqla Ürək Komandasının müzakirəsi tövsiyyə olunur.

I

C

Revaskulyarizasiya və onun metodu ilə bağlı qərarın xəstəyə uyğun seçilməsi (mümkün olduqca nəzərə alınmaqla- savadı, mədəni şəraiti və sosial vəziyyət) tövsiyyə olunur.

I

C

Nəticələri yaxşılaşdırmaq üçün revaskulyarizasiya

LVEF $\leq 35\%$ olan XKS xəstələri diqqətlə qiymətləndirildikdən sonra revaskulyarizasiya və ya yalnız dərman müalicəsi arasında seçim edilməsinin Ürək Komandası tərəfindən (koronar anatomiya, KAX və sol mədəcik disfunksiyası arasında korrelyasiya, yanaşı xəstəliklər, yaşam gözləntisi) aparılması tövsiyyə olunur.

I

C



Prosedural risklərin və prosedurdan sonrakı nəticələrin qiymətləndirilməsi

Angioplastika icra etmək üçün mürəkkəb lezyonların (bifurkasiya, uzun lezyon, LM) IVUS və ya OKT tərəfindən intrakoronar görüntüləmə ilə dəyərləndirilməsi tövsiyyə edilir.

I	A
---	---

Intrakoronar təzyiqin ölçülməsi (FFR və ya iFR) və ya hesablanması (QFR)

çox damar xəstəliyi olan xəstələrdə müdaxilə üçün lezyonların seçilməsi üçün

I	A
---	---

Prosedurun sonunda persistent stenokardiya üçün yüksək risk yarada biləcək darlıqların təyini üçün

IIa	B
-----	---

əlavə olaraq PCI ilə müalicə üçün potensial uyğun olan lezyonları müəyyən etmək üçün prosedurun sonunda nəzərdən keçirilə bilər.

IIb	B
-----	---

Revaskulyarizasiya üsulunun seçimi

Ən uyğun revaskulyarizasiya üsulunu seçmək tövsiyyə olunur. (xəstə profili, koronar anatomiya, əsasən, procedural faktorlar, LVEF, xəstə seçimləri və nəticə gözləntiləri)

I	C
---	---

Xroniki koronar sindromlu xəstələrdə revaskulyarizasiya

Left main xəstəliyi

Aşağı cərrahi riskli xroniki koronar sindromu olan xəstələrdə əhəmiyyətli LM darlığı varsa AKŞ tövsiyyə edilir.

Yaşam müddətinin artması üçün (yalnız dərman müalicəsi ilə müqayisədə) tövsiyyə olunur

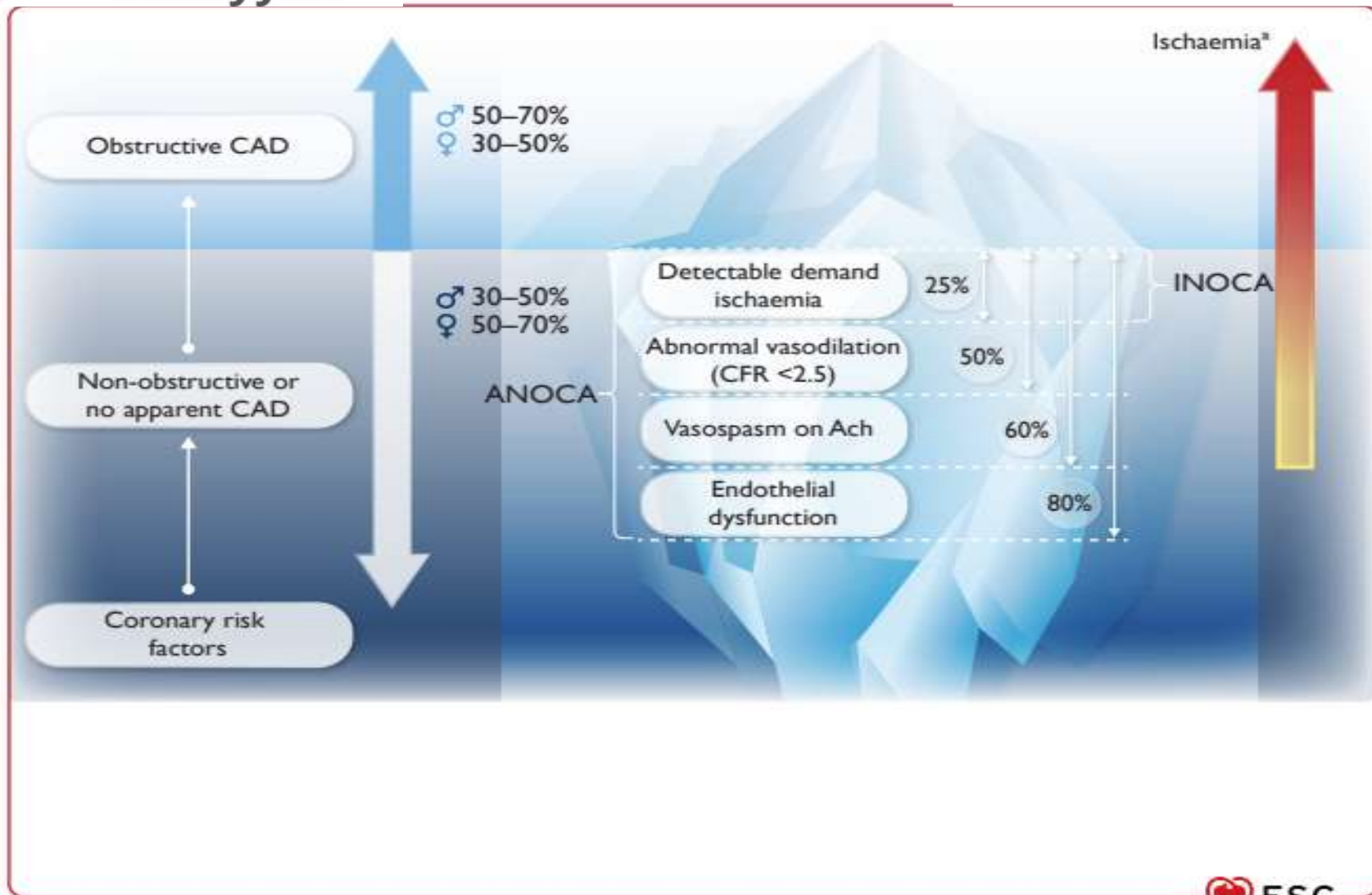
I	A
---	---

Spontan miokard infarktı və təkrari revaskulyarizasiya riskinin daha aşağı olması səbəbilə (angioplastika ilə müqayisədə) revaskulyarizasiya üsulu kimi tövsiyyə edilir.

I	A
---	---

Daha az mürəkkəb Left main lezyonlarında (SYNTAX skoru ≤ 22), PCI AKŞ kimi tam revaskulyarizasiyanı təmin edə bilirsə AKŞ-ə alternativ olaraq icra edilməlidir.

I	A
---	---



Qeyri-obstruktiv koronar arteriyaları olan stenokardiya/işemiyası olan xəstələrin diaqnostikası və müalicəsi

ANOCA/INOCA olan simptomatik xəstələrdə simptomların azaldılması və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması üçün koronar funksional test nəticələrinə əsaslanan dərman müalicəsi nəzərdə tutulmalıdır.	Ia	A
Endotel disfunksiyası olan xəstələrdə simptomlara nəzarət üçün AÇF inhibitorları nəzərdə tutulmalıdır.	Ia	B
Azaldılmış koronar/miokard qan axını ehtiyatı ilə əlaqəli mikrovaskulyar stenokardiya xəstələrdə müalicə üçün beta-blokerlər təyin edilməlidir.	Ia	B
Vazospastik stenokardiyanın müalicəsi üçün simptomların azaldılması, işemiya və potensial ağırlaşmaların qarşısının alınması üçün kalsium kanal blokatorları tövsiyyə edilir.	I	A
- Təkrarlanan (rekurrent) epizodların qarşısının alınması üçün nitratlar tövsiyyə edilə bilər.	Ia	B
Seçilmiş xəstələrdə nitratlar, kalsium kanal blokatorları və digər vazodilatörlerle kombinasiya terapiyası nəzərdə tutula bilər.	Ib	B
Yaşlı, qadın, yüksək qanama riski, komorbid və sosial/coğrafi cəhətdən müxtəlif xəstələr		
Kişilərdə və qadınlarda eyni ürək-damar qoruyucu terapiya aparılmalıdır.	I	C
Qanama riskinin qiymətləndirilməsi üçün PRECISE-DAPT skoru, ARC-HBR və digər təsdiqlənmiş metodlarla aparılmalıdır.	I	B
QİÇS olan xəstələrdə antiretroviral dərmanlar və statinlər arasındakı qarşılıqlı əlaqəyə diqqətli yanaşma tövsiyyə edilir.	I	B
Asimptomatik şəxslərdə koronar arteriya xəstəliyi üçün skrinq		
Əvvəlki döş qəfəsinin Kt görüntülərində koronar kalsifikasiya aşkarlanarsa, bu risk stratifikasiyasında və risk faktorlarının (dəyişəbiləcəyimiz) azaldılması üçün terapiyanın başlaması üçün tövsiyyə edilə bilər.	Ia	C
Koronar arteriya kalsium skoru-müalicə qərarı üçün risk klassifikasiyasının yaxşılaşdırılmasında istifadə oluna bilər.	Ib	C
Təkrarlanan və refrakter stenokardiya		
Həyat keyfiyyətinin aşağı düşməsinə səbəb olan refrakter stenokardiya olan və dokumentə edilmiş və ya şübhəli ANOCA/INOCA olan xəstələrdə endotiplərin təyini, uyğun xəstə seçimi və müvafiq müalicənin seçilməsi üçün invaziv koronar funksional test tövsiyyə edilir.	I	B

Patients with CCS without indication for OAC undergoing PCI

Assess bleeding risk

Non-high bleeding risk

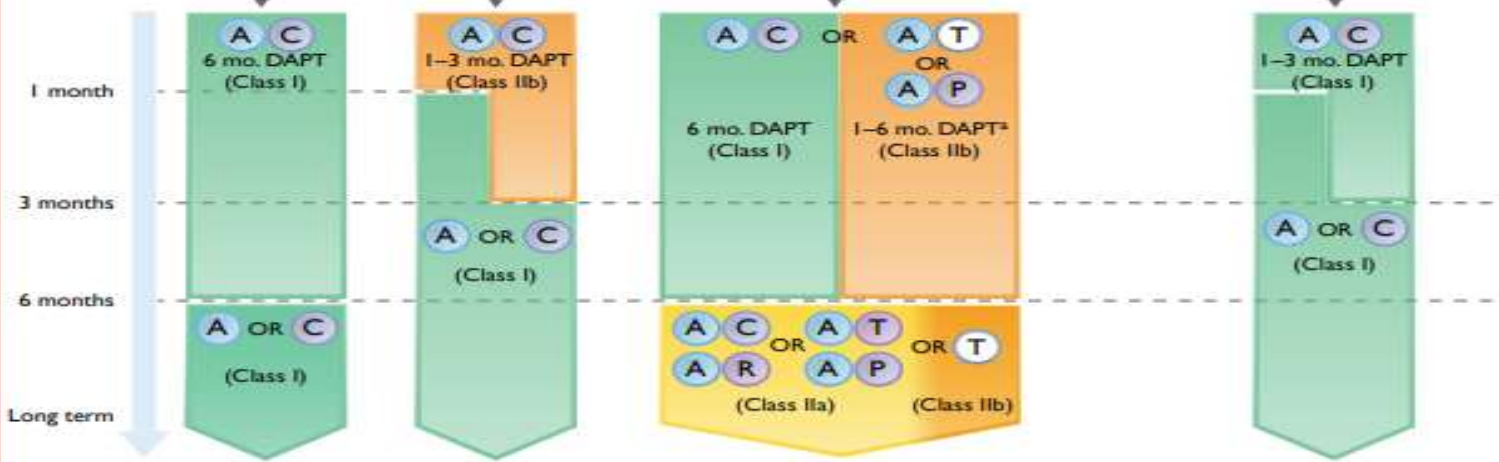
High bleeding risk

Default

Non-high
ischaemic risk

High ischaemic risk

Default



A Aspirin 100 mg o.d.

C Clopidogrel 75 mg o.d.

P Prasugrel 10 mg o.d.^b

R Rivaroxaban 2.5 mg b.i.d.

T Ticagrelor 60 mg b.i.d.

T Ticagrelor 90 mg b.i.d.

Tövsiyələr 2019	Sınıf	Kateqoriya	Tövsiyələr 2024	Sınıf	Kateqoriya
Xronik koronar sindromlu xəstələrdə antiişemik müalicəyə dair tövsiyələr					
BB, KKB və uzun təsirli nitratları pis keçirənlərdə, əks göstəriş olduqda və simptomlara adekvat nəzarət olunmadıqda, stenokardiya tezliyini azaltmaq və fiziki yükləməyə qası toleranlığı artırmaq məqsədi ilə nikorandil, ranolazin, ivabradin və ya trimetazidin ikinci sıra müalicə kimi nəzərdə tutulmalıdır.	IIa	B	Beta-blokerlər və/və ya KKB ilə müalicə zamanı simptomlara nəzarət əldə edilmədikdə əlavə terapiya kimi və ya seçilmiş xəstələrdə ilkin müalicənin bir hissəsi kimi Uzun təsirli nitratlar və ya ranolazin nəzərdən keçirilməlidir.	IIa	B
Seçilmiş xəstələrdə ikinci sıra dərmanlarla (ranolazin, nikorandil, ivabradin, trimetazidin) BB və ya KKB kombinasiyası, ÜVS, AT və dərman toleranlığı nəzərə alınmaqla, birinci sıra müalicə kimi nəzərdə tutula bilər.	IIb	B	Beta-blokerlər və/və ya KKB ilə müalicə zamanı simptomlara nəzarət əldə edilmədikdə əlavə terapiya kimi və ya seçilmiş xəstələrdə ilkin müalicənin bir hissəsi kimi nikorandil və ya trimetazidin nəzərdən keçirilə bilər.	IIb	B
Xronik koronar sindromlu xəstələrdə antitrombotik terapiya					
Miokard infarktı keçirmiş və ya revaskulyarizasiya olunmuş xəstələrə gündəlik 75-100 mq aspirin qəbulu tövsiyə edilir.	I	A	Əvvəllər miokard infarktı keçirmiş və ya angioplastika olunmuş xronik koronar sindromlu xəstələr ilkin DAPT müalicəsindən sonra ömürboyu gündəlik 75-100mg aspirin qəbul etməlidir.	I	A
Aspirin pis tolerə edildikdə alternativ kimi gündəlik 75 mq klopidogrel tövsiyə edilir.	I	B	Əvvəllər miokard infarktı keçirmiş və ya angioplastika olunmuş xronik koronar sindromlu xəstələrdə aspirin monoterapiyasına təhlükəsiz və effektiv alternativ dərman kimi klopidogrel 75mg tövsiyə edilir.	I	A
PAX olan və ya işemik insult/transizitor işemik həmlə keçirmiş simptomatik və ya asimptomatik pasientlərdə gündəlik 75 mq klopidogrel istifadəsinin aspirindən üstünlüyü nəzərdə tutula bilər.	IIb	B			
Miokard infarktı və revaskulyarizasiya anamnezi olmayan, lakin görüntüləmədə təsdiq edilmiş KAX olan xəstələrdə gündəlik 75- 100 mq aspirin istifadəsi nəzərdə tutula bilər.	IIb	C	Əvvəllər miokard infarktı keçirməmiş və revaskulyarizasiya olunmamış, lakin obstruktiv KAX sübut olunmuş xəstələrdə ömürboyu gündəlik 75-100mg aspirin qəbulu tövsiyə edilir.	I	B
Xronik koronar sindromu olan və oral antikoagulyasiyaya göstəriş olmayan xəstələrdə antitrombotik terapiya postperkutan koronar müdaxilə					
Aspirin, stentləmədən sonra gündəlik 75-100 mq dozada tövsiyə edilir.	I	A	Oral antikoagulyasiya üçün göstərişi olmayan xronik koronar sindrom xəstələrində 6 aya qədər gündə 75-100 mq aspirin və 75 mq klopidogreldən ibarət DAPT PCI-stentləmədən sonra standart antitrombotik strategiya kimi tövsiyə olunur.	I	A
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. Həyatı təhlükəli qanaxma riskinə görə qısamüddətli müalicə (1-3 ay) tövsiyə edilir.	I	A			
Həyatı 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.	IIb	C	Yüksək qanaxma riski olan, lakin işemik riski yüksək olmayan xəstələrdə, PCI-dən 1-3 ay sonra DAPT-ni dayandırmaq və tək antiplatelet qəbulunu davam etdirmək tövsiyə olunur.	I	A
Həyatı 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.	IIa	A	Yüksək qanaxma riski olmayan və ya işemik hadisələr riski yüksək olmayan xəstələrdə PCI-stent qoyulmasından 1-3 ay sonra DAPT-nin dayandırılması nəzərdə tutula bilər.	IIb	B

Xroniki koronar sindromu olan xəstələrdə uzunmüddətli antitrombotik terapiya və oral antikoagulyasiyaya göstəriş – Bəlmə 4

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

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.

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

I**A**

OAC üçün uzunmüddətli göstərişi olan CCS xəstələrinə ömür boyu VKA-nın AF-terapevtik dozası və ya tercihen tək DOAC-ın (əks-göstəriş olmadığı təqdirdə) tövsiyə olunur.

I**B****Xroniki koronar sindromlu xəstələrdə antitrombotik terapiya post-perkutan koronar müdaxilə və oral antikoagulyasiyaya göstəriş**

Ağırlaşmamış PKM-dən sonra, stentin növündən asılı olmayaraq, stent tromboz riski aşağıdırsa və ya qanaxma riski stent tromboz riskindən daha yüksəkdirsə aspirinin erkən dayandırılması (≤ 1 həftə) və ikili müalicənin OAK və klopidogrelə aparılması nəzərdə tutulmalıdır.

IIa**B**

OAC üçün eyni vaxtda göstərişi olan xroniki koronar sindromlu xəstələrdə ağırlaşmamış PCI-dən sonra:

- aspirinin erkən dayandırılması (≤ 1 həftə);
- ardınca OAC və klopidogrelin davamı: yüksək işemik riski olmayan xəstələrdə 6 aya qədər və ya o yüksək işemik riski olan xəstələrdə 12 aya qədər;
- ardınca yalnız OAC qəbulu tövsiyə olunur.

I**A**

Stent trombozu 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.

IIa**C**

Yüksək trombotik riski olan və ya anatomik/prosedural xarakteristikası nəzərə alınmaqla qanaxma riski tromboz riskindən az olan xəstələrdə OAC və klopidogrelə əlavə angioplastikadan sonra 1 ay müddətində aspirin qəbulu davam edilməsi tövsiyə oluna bilər.

IIa**B****Xroniki koronar sindromlu xəstələrdə lipid salıcı terapiya**

Statinlər bütün XKS xəstələrində tövsiyə edilir.

I**A**

Ən yüksək tolere edilən dozaya qədər yüksək intensivlikli statin LDL-C hədəflərinə çatmaq üçün xroniki koronar sindromu olan bütün xəstələrə tövsiyə olunur.

I**A**



Qeyri-obstruktiv koronar arteriyaları olan stenokardiya/işemiya olan xəstələrin diaqnostikası və müalicəsi

Davamlı simptomlu, angiografik normal və ya iwFR/FFR müayinəsində orta dərəcəli koronar arteriya stenozu olanlarda, koronar axın ehtiyatının və mikrosirkulyator müqavimətin ölçülməsi nəzərdə tutulmalıdır.	Ila	B	Həyat keyfiyyətinin aşağı düşməsinə səbəb olan refrakter stenokardiyası olan və dokumentə edilmiş və ya şübhəli ANOCA/İNOCA olan (anginal simptomları olsada normal koronar arteriya və ya non-obstruktiv darıqları olan-non invaziv görüntülemədə və ya orta dərəcə darıqları olub koronar angiografiya zamanı normal FFR/İFR) xəstələrdə endotiplərin təyini, uyğun xəstə seçimi və müvafiq müalicənin seçilməsi üçün invaziv koronar funksional test tövsiyyə edilir.	I	B
Angiografik normal və ya iwFR/FFR müayinəsində orta dərəcəli koronar arteriya stenozu olanlarda, mikrovaskulyar spazmı qiymətləndirmək üçün angiografik müayinədə EKQ monitorinq ilə intrakoronar asetilxolin yeridilməsi nəzərdə tutula bilər.	Ilb	B			
Vazospastik stenokardiya üçün diaqnostik test					
ÜVS artmayan pasientlərdə, ST seqmenti dəyişikliklərini aşkarlamaq üçün ambulator ST seqmenti monitorinqi nəzərdə tutulmalıdır.	Ila	C	Vazospastik stenokardiya şübhəsi olan və tez-tez simptomları olan şəxslərdə stenokardiya zamanı ST seqmentinin deviasiyasını müəyyən etmək üçün ST seqmentinin ambulator monitorinqi nəzərdə tutulmalıdır.	Ila	B



Asimptomatik şəxslərdə koronar arteriya xəstəliyi skriningi

ÜDX, şəkərli diabet, XBX və ya ailəvi hiperxolesterinemiya olmayan, yaş >40 il olan asimptomatik fərdlərdə SCORE risk qiymətləndirməsi şkalasından istifadə etməklə total risk qiymətləndirməsinin aparılması tövsiyə edilir.

I

C

Sağlam fərdlərin ürək-damar risk faktorları və gələcək ürək-damar hadisələri riskini qiymətləndirmək üçün, məsələn, SCORE2 və SCORE2-OP kimi qiymətləndirmə sistemlərindən istifadə etmək- yüksək risk altında olan şəxslər və müalicə qərarlarını istiqamətləndirmək üçün tövsiyə edilir.

I

C

Uzun müddət XKS diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə simptom progressiyası

Yeni və ya artan simptomları olan pasientlərə, risk qiymətləndirməsi üçün stres görüntüləmə və ya fiziki yükləmə EKG sınaqları tövsiyə edilir.

I

B

Yeni və ya pisləşən simptomları olan xəstələrdə stress görüntüləmə etməklə risk stratifikasiyası tövsiyə edilir.

I

C

Xroniki koronar sindromlu xəstələrdə revaskulyarizasiya üçün tövsiyələr

Nəticələri yaxşılaşdırmaq üçün revaskulyarizasiya

Xroniki koronar sindromlu xəstələrdə SMAF ≤35%

Bir və ya iki damar xəstəliyi olan xəstələrdə tam revaskulyarizasiyaya angioplastika ilə nail olmaq mümkün olduqda PCI CABG-yə alternativ kimi qəbul edilməlidir..

IIa

C

Üç damar xəstəliyi olan xəstələrdə Ürək Qrupu tərəfindən xəstənin koronar anatomiyasının qiymətləndirilməsi, revaskulyarizasiyanın gözlənilən tamlığı, diabetic status və komorbid hallar nəzərə alınmaqla PCI tövsiyyə oluna bilər.

IIa

C

Funksional əhəmiyyətli çox damar xəstəliyi və SMAF ≤35% yüksək cərrahi risk altında olan və ya əməliyyat edilə bilməyən seçilmiş xroniki koronar sindrom xəstələrində PCI CABG-yə alternativ kimi nəzərdən keçirilə bilər.

IIb

B

Xroniki koronar sindromda revaskulyarizasiya üçün anatomik və klinik əsaslı tövsiyələr

Left main disease

Left main xəstəliyi aşağı SYNTAX skor (0-22), PCI.

I **A**

Xroniki koronar sindromlu xəstələrdə daha az mürəkkəb Left main lezyonlarında (SYNTAX skoru ≤ 22), PCI AKŞ kimi tam revaskulyarizasiyanı təmin edə bilirsə AKŞ-ə alternativ olaraq icra edilməlidir. (aşağı olmayan sağ qalma müddəti və aşağı invazivliyi təmin etməklə)

I **A**

Left main xəstəliyi və orta SYNTAX skoru (23-32), PCI.

IIa **A**

Xroniki koronar sindromlu xəstələrdə orta mürəkkəb Left main lezyonlarında (SYNTAX skoru 23-32), PCI AKŞ kimi tam revaskulyarizasiyanı təmin edə bilirsə AKŞ-ə alternativ olaraq icra edilə bilər. (aşağı olmayan sağ qalma müddəti və aşağı invazivliyi təmin etməklə)

IIa **A**

Left main çox damar xəstəliyi ilə

Left main xəstəliyi yüksək SYNTAX skoru (≥ 33), PCI.

III **B**

Cərrahi riski yüksək olan xroniki koronar sindromlu xəstələrdə yalnız tibbi müalicə ilə müqayisədə PCI ola bilər

IIb **B**

Çox damar xəstəliyi və şəkərli diabet

3438

ESC Guidelines

XKS olan, şəkərli diabetli və 3 damar xəstəliyi olub aşağı SYNTAX skoru 0-22, PCI.

IIb **A**

Çox yüksək cərrahi risk altında olan XKS xəstələrində simptomları və mənfi nəticələri azaltmaq üçün yalnız tibbi müalicə müqayisədə PCI nəzərdən keçirilməlidir.

IIa **B**

XKS olan, şəkərli diabetli və 3 damar xəstəliyi olub orta və yüksək SYNTAX skoru (> 22), PCI.

III **A**

Proximal LAD əhatə edən bir və ya iki damar xəstəliyi

Proximal LAD stenozu ilə bir və ya iki damar xəstəliyi AKŞ və ya PCI tövsiyyə edilir.

I **A**

Bir və ya iki damar xəstəliyi olub LAD proksimal seqmenti əhatə edən xroniki koronar sindromlu xəstələrdə dərman müalicəsinə kifayət qədər cavab vermirsə simptomları azaltmaq üçün (ancaq konservativ müalicə ilə müqayisədə) PCI və ya AKŞ tövsiyyə edilir

I **A**

Bir və ya iki damar xəstəliyi olub LAD proksimal seqmenti əhatə edən mürəkkəb lezyonları olan və PCI uyğun olmayan xroniki koronar sindromlu xəstələrdə dərman müalicəsinə kifayət qədər cavab vermirsə simptomları yaxşılaşdırmaq və revaskulyarizasiya tezliyini azaltmaq üçün (PCI ilə müqayisədə) AKŞ tövsiyyə edilir.

I **B**



Proximal LAD seqmenti əhatə etməyən bir və ya iki damar xəstəliyi

Proksimal LAD seqmenti əhatə etməyən bir və ya iki damar xəstəliyində PCI tövsiyyə edilir.	I	C	Bir və ya iki damar xəstəliyi olub LAD proksimal seqmenti əhatə etməyən xroniki koronar sindromlu xəstələrdə dərman müalicəsinə kifayət qədər cavab vermirsə simptomları azaltmaq üçün PCI tövsiyyə edilir.	I	B
Proksimal LAD seqmenti əhatə etməyən bir və ya iki damar xəstəliyində AKŞ nəzərə alın bilər.	IIb	C	Bir və ya iki damar xəstəliyi olub LAD proksimal seqmenti əhatə etməyən xroniki koronar sindromlu xəstələrdə dərman müalicəsinə kifayət qədər cavab vermirsə və PCI uyğun deyilsə, simptomları yaxşılaşdırmaq üçün AKŞ düşünülə bilər.	IIb	C



Azərbaycan
Kardiologiya
Cəmiyyəti



ESC

European Society
of Cardiology

- DİQQƏTİNİZƏ GÖRƏ
TƏŞƏKKÜRLƏR!!!