

სტაბილური სტენოკარდია

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

სტაბილური სტენოკარდია

(პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის)

I. ღეზინიცია

სტენოკარდია (Angina pectoris) – მიოკარდიუმის იშემიით გამოწვეული კლინიკური სინდრომი, ხასიათდება ტკივილით ან დისკომფორტით გულმკერდის არეში, მკერდის ძვლის უკან, ირადიაციით ქვედა ყბაში, მხარში, ზურგში, ეპიგასტრიუმში ან ხელში.

ტკივილი ძლიერდება დატვირთვისას ან ემოციური დაძაბვისას, მსუბუქდება ან იხსნება მოსვენებისას და/ან ნიტროგლიცერინის მიღების შემდეგ. პრინციპალის სტენოკარდიისას ტკივილი უპირატესად გვხვდება მოსვენებისას.

ტკივილი გულმკერდის არეში არაკარდიული მიზეზით გვხვდება საყლაპავის, გულმკერდის ან ფილტვის დაავადების დროს.

სტაბილური სტენოკარდია - დისკომფორტის შეგრძნება გულმკერდში ან ხელში (პაციენტები იშვიათად არქმევენ ამ შეგრძნებას “ტკივილს”), რომლის აღმოცენება დაკავშირებულია მოძრაობასთან ან ემოციურ სტრესთან და გადის 5-15 წუთში მოსვენებისას და/ან სუბლინგუალური ნიტროგლიცერინის მიღებისას (ე. ბრაუნვალდი). (იხ. ცხრილი №1)

ცხრილი №1

სტაბილური სტენოკარდიის კლასიფიკაცია

კლასი I ჩვეული ფიზიკური აქტივობა (სიარული, კიბეებზე ასვლა) არ იწვევს სტენოკარდიას. ტკივილი იწყება კლიმრი, ხანგრძლივი ფიზიკური დატვირთვის დროს.
კლასი II ჩვეული ფიზიკური აქტივობის მცირედ შეზღუდვა. ტკივილი იწყება სიარულისას ან კიბეებზე ან მთაზე ასვლისას, კვების შემდეგ, სიცხეში ან ქარში სიარულისას, კლიმრი ემოციური დატვირთვისას. ტკივილი იწყება 2-ზე მეტი კვარტლის ბავლისას, სწორ ზედაპირზე სიარულისას, ერთზე ან მეტი კიბის ჩვეული ტემპით ასვლისას
კლასი III ჩვეული ფიზიკური აქტივობა მნიშვნელოვნად შეზღუდულია. ტკივილი გვხვდება სწორ ზედაპირზე ერთი ან ორი კვარტლის ბავლისას ან ერთი კიბის ნორმალური ტემპით ასვლისას
კლასი IV უმნიშვნელო ფიზიკური დატვირთვა იწვევს დისკომფორს, ტკივილი მოსვენებულ მდგომარეობაშიც იწყება

Campeau L, Grading of angina pectoris. Circulation, 54:522-523, 1976

არასტაბილური სტენოკარდია - სტენოკარდია ან მისი ექვივალენტი, რომელსაც ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი ახასიათებს: 1) გვხვდება მოსვენებისას (ან მცირე ფიზიკური დატვირთვისას), გრძელდება 20 წუთი და მეტი (თუ არ მოხდა მისი კუპირება სუბლინგუალური ნიტროგლიცერინით); 2) ძლიერი და ახლად აღმოცენებული (მაგ: ამ სიმპტომის გაჩენიდან ერთ თვეზე ნაკლებია გასული); 3) კრეშჩენდო ხასიათი აქვს (სულ უფრო მეტი სიძლიერის, ხანგრძლივობისა და სიხშირისა, ვიდრე წინა შეტევა). თუ გახანგრძლივდა ეს

შეგრძნება და თან მოჰყვა ფერმენტების მატება (Troponini T or I), მაშინ შესაძლოა დაიხვას მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზი ST ელევაციის გარეშე.

“ჩუმი იშემია” - კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზის გამო განვითარებული იშემია (დადასტურებულია ანგიოგრაფიულად), რომელიც არ არის ასოცირებული არც ტიპიურ და არც ატიპიურ კარდიალურ სიმპტომებთან.

II კლინიკური შეფასების კრიტერიუმები

დიაგნოზის დადგენა ხდება ანამნეზური და კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე.

ტკივილის დახასიათება 5 კომპონენტით უნდა მოხდეს:

ა) ხასიათი;

ბ) ლოკალიზაცია;

გ) ტკივილის ხანგრძლივობა;

დ) ფაქტორები, რომლებიც ტკივილის პროვოცირებას იწვევს;

ე) ფაქტორები, რომლებიც ტკივილის შემსუბუქებას იწვევს.

ა) ხასიათი: პაციენტთა უმეტესობა ტკივილს აღწერს, როგორც ხანმოკლე “დისკომფორტს” გულმკერდის არეში. “მოჭერის”, “წვის”, “სიმძიმის”, “მოხრჩობის”, “სიცვიის” ან ზოგ შემთხვევაში “სიცხის” შეგრძნებას. სტენოკარდიის ხასიათი არ იცვლება სუნთქვისას, პოზიციის ცვლილებისას. ზოგ პაციენტს გულმკერდის არეში ტკივილისა და დისკომფორტის ნაცვლად ე.წ. “სტენოკარდიის ექვივალენტი” აღენიშნებათ, როგორცაა სუნთქვის გაძნელება, ძლიერი დაღლა, სისუსტე, თავბრუსხვევა, გულისრევა, ოფლიანობა, გონების დაბინდვა ან სინკოპე.

ბ) ლოკალიზაცია: გულმკერდის არეში, რეტროსტერნალურად, ირადიაციით ქვედა ყბაში, მხარში, ხელში, ეპიგასტრიუმში, ზურგში.

გ) ხანგრძლივობა: იშემიასთან ასოცირებული სიმპტომები ხშირად 3-5 წუთი გრძელდება. თუ იშემიური ტკივილი 30 წუთზე მეტ ხანს გაგრძელდა - ინფარქტით სრულდება. თუ ტკივილი 1 წუთზე ნაკლებია, სავარაუდოდ არ არის კარდიული გენეზის, განსაკუთრებით თუ ის სხვა სიმპტომებთან არ არის ასოცირებული.

დ) ფაქტორები, რომლებიც ტკივილის პროვოცირებას იწვევს: ტკივილი ძლიერდება ფიზიკური ან ემოციური დაძაბვისას, სიცვიეში, დიდი რაოდენობით საკვების მიღების ან სიგარეტის მოწევის შემდეგ.

ე) ფაქტორები, რომლებიც ტკივილის შემსუბუქებას იწვევს: ფიზიკური დატვირთვის შეწყვეტა (5-15 წუთში) და /ან სუბლინგუალური ნიტროგლიცერინის მიღება (მიღებიდან 30 წმ-დან 5 წუთამდე).

შეფასება:

1. მიუთითებს თუ არა ანამნეზი გულის კორონარული დაავადების არსებობის საშუალო ან მაღალ ალბათობაზე? თუ არა, მაშინ ეცადეთ გამოავლინოთ არაკარდიული გულის ტკივილის მიზეზი.

**ბულის კორონარული დაავადების არსებობის ტესტირება ალბათობა
დაფუძნებული ასაკზე, სქესზე, სიმკვრივეზე**

ასაკი (წელი)	სქესი	ტიპიური/ აშკარა სტენოკარდია	ატიპიური/ საზარალო სტენოკარდია	არაკარდიული ტკივილი ბულმპერდის არეში	ასიმპტომური
30-39	მამაკაცი	საშუალო	საშუალო	დაბალი	ძალიან დაბალი
	ქალი	საშუალო	ძალიან დაბალი	ძალიან დაბალი	ძალიან დაბალი
40-49	მამაკაცი	მაღალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი
	ქალი	საშუალო	დაბალი	ძალიან დაბალი	ძალიან დაბალი
50-59	მამაკაცი	მაღალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი
	ქალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი	ძალიან დაბალი
60-69	მამაკაცი	მაღალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი
	ქალი	მაღალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი

From Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, et al. ACC/AHA 2002 Guidelines update for exercise testing: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise testing). J Am Coll Cardiol 2002;40:1531-1540, with permission.

მაღალი აღნიშნავს >90%; შუალედური 10-90%; დაბალი <10%; ძალიან დაბალი <5%.

გულის კორონარული დაავადებების მაღალი ალბათობის შემთხვევაში, შემდგომი კვლევისა და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით საჭიროა პაციენტის მიმართვა კარდიოლოგთან.

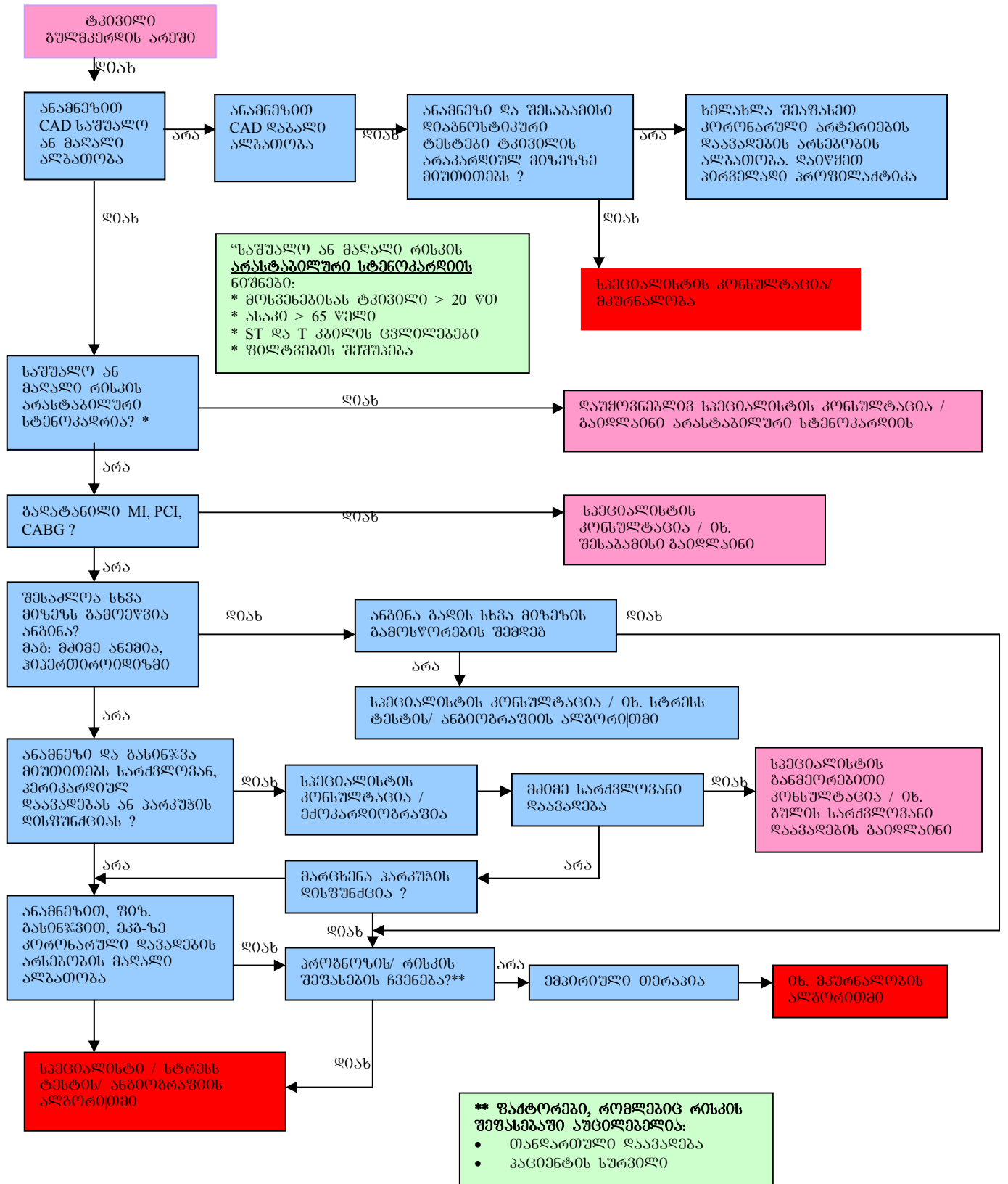
2. აქვს თუ არა პაციენტს საშუალო ან მაღალი რისკის არასტაბილური სტენოკარდია?

არასტაბილურ სტენოკარდიაზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის დაუყოვნებელი მიმართვა სპეციალისტთან. ასეთი პაციენტების მკურნალობა უნდა წარიმართოს *არასტაბილური სტენოკარდია/ მიოკარდიუმი ინფარქტი ST ელევაციის გარეშე გაიდლაინის მიხედვით.*

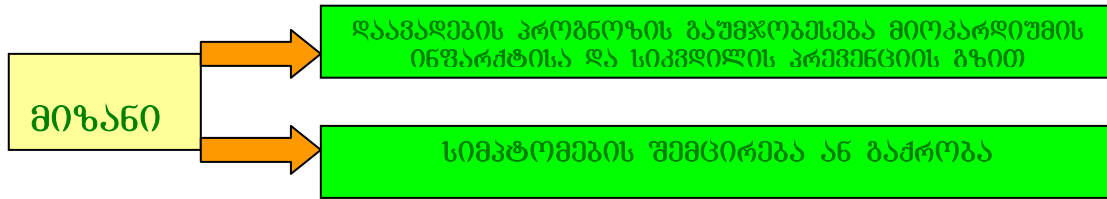
3. შეაფასეთ ჰქონდა თუ არა პაციენტს ბოლო 30 დღის ფარგლებში მიოკარდიუმის ინფარქტი ან ჩაუტარდა თუ არა პაციენტს უკანასკნელი 6 თვის მანძილზე კორონარის სტენტირება ან აორტო-კორონარული შუნტირება? დადებითი პასუხის შემთხვევაში რეკომენდებულია სპეციალისტის კონსულტაცია (შესაბამისი გაიდლაინის მიხედვით).

4. აქვს თუ არა პაციენტს სხვა თანდართული პრობლემა, მაგალითისთვის როგორცაა მძიმე ანემია, რომელმაც შესაძლოა გააღრმავოს მიოკარდიუმის იშემია მნიშვნელოვნად შევიწროებული კორონარული არტერიების არსებობის გარეშე. დიაგნოზის დასადასტურებლად განსაზღვრეთ ჰემოგლობინი. თუ ანემია დასტურდება, ეძიეთ მისი მიზეზები და დაიწყეთ მკურნალობა მდგომარეობის გამოსასწორებლად.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის კლინიკური შეფასების სქემა



III მკურნალობა



სტაბილური სტენოკარდიის მკურნალობის ძირითადი ეტაპები

1. ასპირინი და ანტიანგიინალური თერაპია;
2. ბეტა ბლოკერი, სტატინი;
3. ქოლესტერინით დარიბი დიეტა, ქოლესტერინის დონის დამაქვეითებელი მედიკამენტები;
4. არტერიული წნევის კონტროლი;
5. გლუკოზის კონცენტრაციის კონტროლი სისხლში;
6. სიგარეტის მოწვევის შეწყვეტა;
7. განათლება და ვარჯიში (დატვირთვის დროს და დონეს ექიმი წყვეტს ინდივიდუალურად).

აუხსენით პაციენტს სუბლინგვალური ნიტროგლიცერინის გამოყენების ჩვენება და მოქმედების ხანგრძლივობა.

ფარმაკოთერაპიული რეკომენდაციები მიოკარდიუმის ინფარქტისა და სიკვდილის რისკის შესამცირებლად და სიმპტომების შესამსუბუქებლად

კლასი I	<ol style="list-style-type: none">1. ასპირინი 81-325 მგ/დღეში, თუ მისი გამოყენების უკუჩვენება არ არსებობს (მაგ, აქტიური სისხლდენა GI ტრაქტიდან, ალერგია ან აუტანლობა ასპირინზე) (A დონე)2. ბეტა ბლოკერით მკუნალობის დაწყება უკუჩვენების არარსებობის შემთხვევაში (A დონე)3. ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი (ACE Inhibitor) გულის კორონარული დაავადების (CAD)* მქონე ყველა პაციენტს, ვისაც აქვს დიაბეტი და/ან მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქცია (A დონე)
----------------	--

4. კალციუმის ანტაგონისტი ** და/ან ხანგრძლივმოქმედი ნიტრატი მკურნალობის საწყის ეტაპზე სიმტომების შესამსუბუქებლად, როდესაც ბეტა ბლოკერის გამოყენება უკუნაჩვენებია (B დონე)

5. კალციუმის ანტაგონისტი ** და/ან ხანგრძლივმოქმედი ნიტრატი მკურნალობის საწყის ეტაპზე ბეტა ბლოკერთან კომბინაციაში, როდესაც ბეტა ბლოკერით საწყისი თერაპია უშედეგოა (B დონე)

6. კალციუმის ანტაგონისტი ** და/ან ხანგრძლივმოქმედი ნიტრატი მკურნალობის საწყის ეტაპზე ბეტა ბლოკერის შესაცვლელად, როდესაც ბეტა ბლოკერის გამოყენებისას არასასურველი გვერდითი ეფექტები ვლინდება (C დონე)

7. სუბლინგვალური ნიტროგლიცერინი ან ნიტროგლიცერინის “სპრეი” ანგინის დაუყოვნებლივ მოსახსნელად (B დონე)

8. დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (LDL) შემამცირებელი თერაპია პაციენტებში დადასტურებული ან სავარაუდო გულის კორონარული დაავადებით (CAD)*, ვისაც დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი LDL > 130 მგ/დლ-ზე აქვს. მიზანი LDL შემცირება < 100 მგ/დლ-ზე (A დონე)

კლასი II ა

1. კლოპიდოგრელი ასპირინზე აბსტოლუტური უკუჩვენების შემთხვევაში (B დონე)

2. ხანგრძლივმოქმედი არადიჰიდროპირიდინის კალციუმის ანტაგონისტი ** ბეტა ბლოკერის ნაცვლად მკურნალობის საწყის ეტაპზე (B დონე)

3. პაციენტებისათვის, რომელთაც დადასტურებული ან სავარაუდო გულის კორონარული დაავადება აქვთ, ხოლო დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინი 100-სა და 129-ს შორისაა, მრავალი თერაპიული ღონისძიებაა შესაძლებელი: (B დონე)

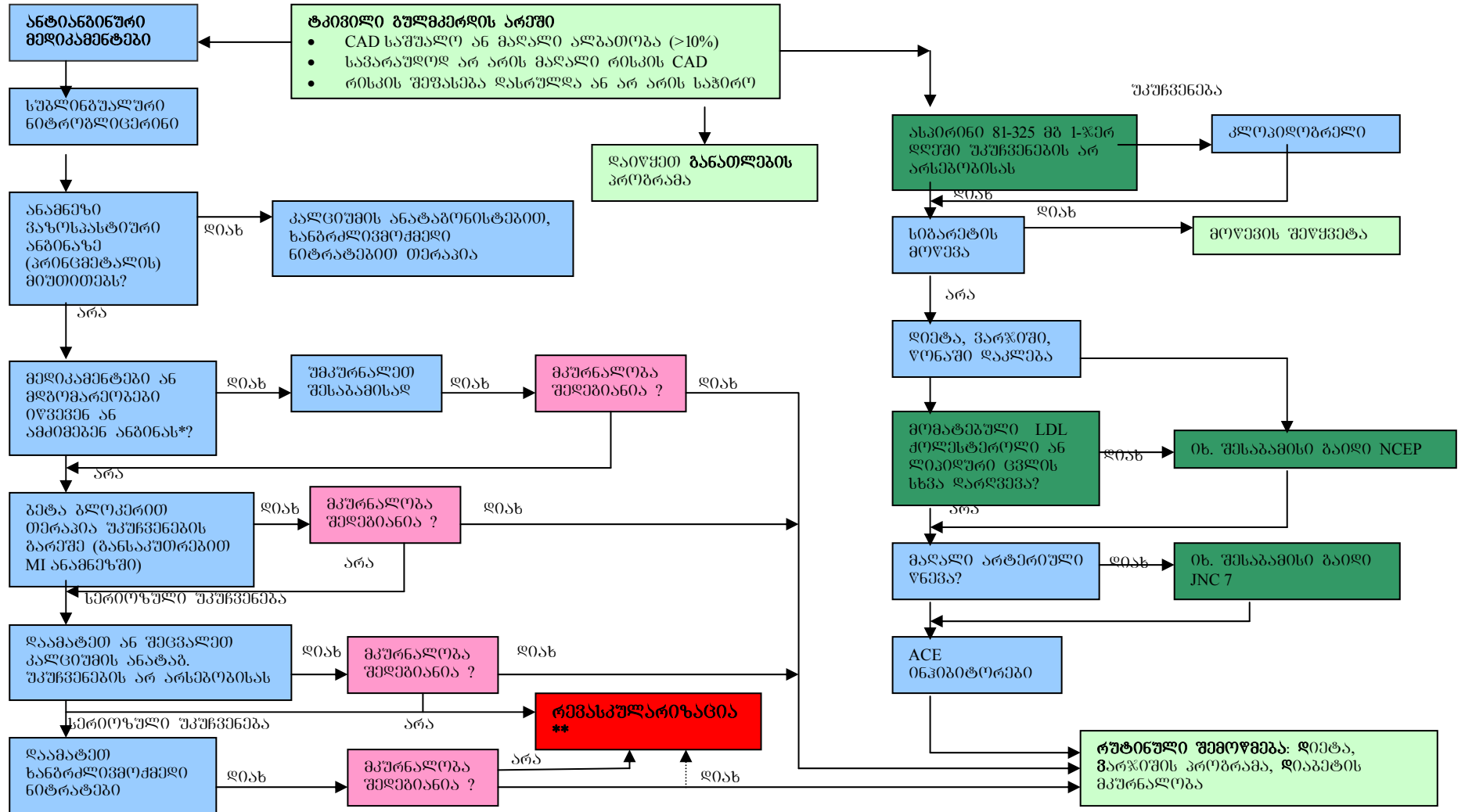
ა. ცხოვრების წესის შეცვლა და/ან მედიკამენტები დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინის შესამცირებლად < 100 მგ/დლ-ზე

ბ. წონის შემცირება და ფიზიკური აქტივობის მომატება პაციენტებში მეტაბოლური სინდრომით

გ. ლიპიდური და არალიპიდური რისკ-ფაქტორების მკურნალობა; ნიკოტინის მუავისა ან ფიბრატის გამოყენება მაღალი ტრიგლიცერიდებისა და დაბალი მაღალი-სიმკვრივის ლიპოპროტეინის (HDL) დროს.

	4. ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი გულის კორონარული დაავადებისა და სხვა სისხლძარღვოვანი პათოლოგიის დროს. (B დონე)
კლასი II ბ	დაბალი ინტენსივობის ანტიკოაგულაცია ვარფარინით ასპირინთან ერთად (B დონე)
კლასი III	<ol style="list-style-type: none"> 1. დიპირიდამოლი (B დონე) 2. ქელატებით (Chelation) თერაპია (B დონე)
<p>* გულის კორონარული დაავადება დადასტურებული ანგიოგრაფიით ან გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი</p> <p>** ხანმოკლე მოქმედების დიჰიდროპირიდინის კალციუმის ანტაგონისტები არ უნდა გამოიყენოთ</p>	

მკურნალობის სქემა



*** მდგომარეობები, რომლებიც იწვევენ ან ამძიმებენ ანბინას მედიკამენტები:**

• ვაზოდilatატორი	• მიმე ანემია	• გულის სხვა პრობლემები:
• ფარისებრი ჯ. პორმ.	• არაკონტრ. ჰიპერტონია	• ტაქიარითმია
• ჭარბად დამატება	• ჰიპერთიროიდიზმი	• ბრადიარითმია
• დაავადება(AS)	• ჰიპოქსემია	• გულის სარქველ.
• ვაზოკონსტრიქცია		• ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია

****ამ ღაავადების ნებისმიერ ეტაპზე კორონარის ანატომიის, ანბინის სიმძიმის, პაციენტის სურვილის გათვალისწინებით შეაფასეთ რქვასკულარიზაციის აუცილებლობა, პაციენტში ქრონიკული სტაბ. სტენოკარდიის ღაბალი რისკით რქვასკულარიზაციის ეფექტურობა არ არის დადასტურებული, თუ არ არის შემდეგი: 3 სისხლკ, 2 სისხლკ ღაავადება პროქსიმალური LAD, left main სტენოზი. ყველა პაციენტს უნდა ჩატარდეს მედიკამენტური თერაპია PCI, CABG ჩატარებამდე.**

**სტენოკარდიის მკურნალობის სქემის შედგენისას იხელმძღვანელოთ ქვემოთ
წარმოდგენილი ცხრილებით რეკომენდირებული დოზების თაობაზე**

ნიტროგლიცერინი და ნიტრატები სტენოკარდიის დროს

მედიკამენტი	მიღების გზა	დოზა	ეფექტის ხანგრძლივობა
ნიტროგლიცერინი	სუბლინგუალური ტაბლეტი	0,3-0,6 მგ 1,5 მგ-მდე	1 ^{1/2} – 7 წუთში
	სპრეი	0,4 მგ საჭიროებისას	მსბაჟისა სუბლინგუალური ტაბლეტებისა
	მაღამო	2% 6X6 , 15X 15 სმ 7,5 -40 მგ	ეფექტი 7 სთ
	ტრანსდერმალური	0,2-0,8 მგ/სთ 12 სთ-ში ერთჯერ	8-12 სთ წყვეტილი თერაპიისას
	პერორალური მგდრაღი გამონთავისუფლებით	2,5-13 მგ	4-8 სთ
	ლოყის	1-3 მგ 3-ჯერ დღეში	3-5 სთ
	ინტრავენური	5-200 მკგ/წუთში	ტოლერანტობა 7-8 სთ-ში
იზოსორბიდის დინიტრატი	სუბლინგუალური	2,5-15 მგ	60 წუთამდე
	პეროს	5-80 მგ, 2-3 ჯერ/დღეში	8 სთ-მდე
	სპრეი	1,25 მგ დღეში	2-3 წუთი
	საღეჭი	5 მგ	2-2 ^{1/2} სთ
	პეროს ნელი გამონთავისუფლებით	40 მგ 1-2 დღეში	8 სთ-მდე
	ინტრავენური	1,25-5,0 მგ/სთში	ტოლერანტობა 7-8 სთ-ში
	მაღამო	100 მგ/24 სთ	არა ეფექტური
იზოსორბიდის მონონიტრატი	პეროს	20 მგ 2-ჯერ/დღეში 60-240 მგ ერთჯერ/დღეში	12-24 სთ
პენტაერიტიტოლის ტერტრანიტრატი	სუბლინგუალური	10 მგ საჭიროებისას	არ არის ცნობილი
ერიტრიტოლის ტერტრანიტრატი	სუბლინგუალური	5-10 მგ საჭიროებისას	არ არის ცნობილი
	პეროს	10-30 3-ჯერ/დღეში	არ არის ცნობილი

ბეტა ბლოკერების კლინიკური გამოყენება

მედიკამენტი	სელექტიურობა	დოზა
პროპრანოლოლი	არა	28-80 მგ 2-ჯერ დღეში
მეტოპროლოლი	β ₁	50-200 მგ 2-ჯერ დღეში
ატენოლოლი	β ₁	50-200 მგ/დღეში
ნადოლოლი	არა	40-80 მგ/დღეში
თიმილოლი	არა	10 მგ 2-ჯერ დღეში
აცეზუტოლოლი	β ₁	200-600 2-ჯერ დღეში
ბეტაქსოლოლი	β ₁	10-20 მგ/დღეში
ბისოპროლოლი	β ₁	10 მგ/დღეში
ესმოლოლი (ინტრავენური)	β ₁	50-300 მკგ/კგ/წუთში

ლაბეტალოლი*	არა	200-600 2-ჯერ დღეში
პინდოლოლი	არა	2,5-7,5 მგ 3-ჯერ დღეში

*ლაბეტალოლი არის კომბინირებული α და β ბლოკერი

კალციუმის ანტაგონისტების კლინიკური გამოყენება

მედიკამენტი	დოზა	მოქმედების ხანგრძლივობა	გვერდითი მოვლენები
-------------	------	-------------------------	--------------------

დიჰიდროპირიდინები

ნიფედინი	სწრაფად გამონთავისუფლებადი: 30-90 მგ დღეში პეროს ნელა გამონთავისუფლებადი: 30-180 მგ პეროს	ხანმოკლე	ჰიპოტენზია, თავბრუსხვევა, წამოწითლება, ბულისრევა, შეპრულობა, შეშუპება
ამლოდიპინი	50-10 მგ ერთჯერ/დღ	ხანგრძლივი	თავის შეშუპება ტკივილი,
ფელოდინი	5-10 მგ ერთჯერ/დღ	ხანგრძლივი	თავის შეშუპება ტკივილი,
იზრადინი	2,5-10 მგ 2-ჯერ/დღ	საშუალო	თავის ტკივილი, დაღლილობა
ნიკარდინი	20-40 მგ 3-ჯერ/დღ	ხანმოკლე	თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, წამოწითლება, შეშუპება
ნიზოლდინი	20-40 მგ ერთჯერ/დღ	ხანმოკლე	ნიფედინის მსგავსი
ნიტრენდინი	20 მგ ერთჯერ ან სამჯერ დღეში	საშუალო	ნიფედინის მსგავსი

სხვა

გეპრიდილი	200-400 მგ ერთჯერ/დღ	ხანგრძლივი	არითმია, თავბრუსხვევა, ბულისრევა
დილთიაზემი	სწრაფად გამონთავისუფლებადი: 30-80 მგ 4-ჯერ/დღეში ნელა გამონთავისუფლებადი: 120-320 ერთჯერ/დღ	ხანმოკლე ხანგრძლივი	ჰიპოტენზია, თავბრუსხვევა, წამოწითლება, ბრადიკარდია, შეშუპება
ვერაპამილი	სწრაფად გამონთავისუფლებადი: 80-160მგ 3-ჯერ/დღეში ნელა გამონთავ-გადი: 120-480 ერთჯერ/დღ	ხანმოკლე ხანგრძლივი	ჰიპოტენზია, მიოკარდიუმის დეპრესია, ბულის შეპრულობა, შეშუპება, ბრადიკარდია

*დაბალი რისკის პაციენტების მკურნალობა უნდა ჩატარდეს მინიმუმ 2 და სასურველია მედიკამენტების 3 ჯგუფით.

* თუ ჩატარებული მკურნალობის მიუხედავად სიმპტომები დარჩება, თერაპია “არაეფექტურად” შეფასდება. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის მიმართვა სპეციალისტთან, რომელიც სტენოკარდიის სიმპტომებისა და დამატებითი გამოკვლევების შედეგების გათვალისწინებით მიიღებს გადაწყვეტილებას რევასკულარიზაციის თაობაზე.

მიმდინარე დაკვირვება და მკურნალობის სამიზნეები

მიზანი	ჩარევა და რეკომენდაცია			
სიბერატი: <u>მიზანი</u> სრული შეწყვეტა	გამოიკითხეთ თანგაქონ მონხარება. მკაცრად მოთხოვით პაციენტსა და ოჯახს ვიწროებს სიბერატის მოწვევის შეწყვეტა. გამოიკითხეთ პასიური მოწვევა. ურჩიეთ თავის დანებება, უარმაკომერაპია (ნიკოტინის შენაცვლება, კუბროპრონი- bupropion)			
არტერიული წნევის კონტროლი: <u>მიზანი</u> : < 140/90 მმ ვწყ სვ ან < 130/85 მმ ვწყ სვ თუ გულის ან თირკმლის ნაკლოვანებაა < 130/80 მმ ვწყ სვ დიაბეტის დროს	დაიწყეთ ცხოვრების სტილის შეცვლით (წონის კონტროლი, ვარჯიში, ალკოჰოლი ზომიერად, ნატრიუმის შეზღუდვა, ხილი, პოსტინულის, ცხიმის დაბალი შემცველობის პროდუქტი) ყველა პაციენტში, სადაც სისტოლური წნევა > 130 მმ ვწყ სვ ან დიასტოლური 80 მმ ვწყ სვ დაამატეთ წნევის დამწვევი მედიკამენტები, ინდივიდუალურად ასაკის, სქისისა და რასის ბათვალისწინებით, თუ წნევა არ არის სისტოლური < 140 მმ ვწყ სვ ან დიასტოლური <90 მმ ვწყ სვ ან გულის ან თირკმლის უკმარისობის დროს წნევა სისტოლური არ არის < 130 მმ ვწყ სვ ან დიასტოლური <85 მმ ვწყ სვ (< 80 მმ ვწყ სვ დიასტოლური დიაბეტის დროს).			
ლიპიდების მართვა: <u>პირველადი მიზანი</u> LDL < 100 mg/dl	დაიწყეთ დიეტა ყველა პაციენტთან (< 7% სატურიმბული ცხიმი და < 200 მგ/დლ ქოლესტეროლი) და ურჩიეთ ვარჯიში და წონის კონტროლი. ურჩიეთ ოქმბა-3 ცხიმოვანი მჟავების მიღება. გახუთეთ ლიპიდები უხმოზე და კოსკიტალოიხანდიდან 24 სთ-ის შემდეგ მწვევი პრონარული სინდრომის დროს. თუ პაციენტი კოსკიტალოიხანდი, დაამატეთ მედიკამენტი გაწვისას. მედიკამენტის დამატება იხ. ქვევით			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">LDL < 100 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * უმწვევი LDL დაქვეითება არ არის მიზანშეწონილი * ვიბრატი ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)</th> <th style="width: 33%;">LDL 100 -129 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * მკურნალობის ტაქტიკა: გააძლიერეთ LDL დაქვეითება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * ვიბრატი ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG) * განიხილეთ მედიკამენტების კომბინაცია (სტატინი+ვიბრატი ან ნიაცინი) (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)</th> <th style="width: 33%;">LDL ≥ 130 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * გააძლიერეთ LDL დაქვეითება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * დაამატეთ ან გააძლიერეთ მედიკამენტით თერაპია ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციით</th> </tr> </thead> </table>	LDL < 100 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * უმწვევი LDL დაქვეითება არ არის მიზანშეწონილი * ვიბრატი ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)	LDL 100 -129 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * მკურნალობის ტაქტიკა: გააძლიერეთ LDL დაქვეითება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * ვიბრატი ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG) * განიხილეთ მედიკამენტების კომბინაცია (სტატინი+ვიბრატი ან ნიაცინი) (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)	LDL ≥ 130 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * გააძლიერეთ LDL დაქვეითება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * დაამატეთ ან გააძლიერეთ მედიკამენტით თერაპია ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციით
LDL < 100 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * უმწვევი LDL დაქვეითება არ არის მიზანშეწონილი * ვიბრატი ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)	LDL 100 -129 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * მკურნალობის ტაქტიკა: გააძლიერეთ LDL დაქვეითება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * ვიბრატი ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG) * განიხილეთ მედიკამენტების კომბინაცია (სტატინი+ვიბრატი ან ნიაცინი) (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)	LDL ≥ 130 mg/dl (საწვისი ან მკურნალობის დროს) * გააძლიერეთ LDL დაქვეითება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * დაამატეთ ან გააძლიერეთ მედიკამენტით თერაპია ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციით		
ლიპიდების მართვა: <u>მეორადი მიზანი</u> თუ ტრიგლიცერიდი TG ≥ 200 mg/dl მაშინ არა-HDL ^a < 130 mg/dl -ზე უნდა იქონ	თუ TG ≥ 200 mg/dl ან HDL < 40 mg/dl: წონის კონტროლი და ვარჯიში, სიბერატის წვევის შეწყვეტა თუ TG 200-499 mg/dl: ვიბრატი ან ნიაცინი LDL-ის დამაქვეითებელი თერაპიის შემდეგ*** თუ TG ≥ 500 mg/dl : ვიბრატი ან ნიაცინი LDL-ის დამაქვეითებელი თერაპიის დაწვევად*** განიხილეთ ოქმბა-3 ცხიმოვანი მჟავების დამატება მაღალი TG დროს			
წონის კონტროლი: <u>მიზანი</u> : BMI 18.5-24.9 kg/m ²	გამოთვლილი BMI და წელის გარშემოწერილობის გახუთება. მკურნალობის პროცესში ამ მაჩვენებლების მონიტორინგა. წონის შემცირება და ვარჯიში დაიწყეთ. სასურველია BMI 18.5-24.9 kg/m ² ვარგულში. თუ BMI ≥ 25 kg/m ² , მიზანი წელის გარშემოწერილობა ≤ 40 ინჩი მამაკაცებში და ≤ 35 ქალებში			
დიაბეტის მართვა: <u>მიზანი</u> : HbA1c < 7%	სათანადო კვირბლიკვირული თერაპია ნორმისთან ახლოს გლუკოზის ცივრების მისაღწევად (უხმოდ HbA1c < 7% სხვა რისკ-ფაქტორების მკურნალობა (მაგ. ვიბრატი აქტივობა, წონის მართვა, არტერიული წნევა, ქოლესტეროლის მკურნალობა)			
ანტიბიოტიკოტივული საშუალებები/ ანტიკოაგულაციური საშუალებები:	დაიწყეთ და განაგრძეთ ასპირინით თერაპია 75 – 325 მგ/დღეში, უკუნეუბის არარსებობის პირობებში. ასპირინზე უკუნეუბის დროს კლოპიდოგრელი. ვარჯიში დაწვევით პაციენტებს მიოკარდიუმის ინფარტის შემდეგ მკაცრი წვევების მიხედვით, ან იმ პაციენტებს, ვინც ვერ იღებს ასპირინს ან კლოპიდოგრელს.			
ACE ინჰიბიტორები	ყველა პაციენტს მიოკარდიუმის ინფარტის შემდეგ; სტაბილურ, მაღალი რისკის პაციენტს აღრვე მივცით (წინა კვლის მი, ანამეზში მი, კილიპი II კლასი [S ₃ ბალკი, სველი სინი, რადიოგრაფიულად CHF]). უკუნეუბის არარსებობისას ყველა პაციენტს დაწვევით, ვინაც აქვს კორონარული ან სხვა სისხლძარღვოვანი დაავადება. გამოიყენეთ სპირიტების დროს წნევის მონიტორინგისათვის ან სიმპტომებისათვის სხვა პაციენტებთან.			
β- ბლოკერი	დაიწყეთ ყველა პაციენტთან მიოკარდიუმის ინფარტის მწვევი პირობებში და ინფარტის შემდეგ (არითმია, LV დისფუნქცია, პროვოცირებადი იშემია) 5-28 დღეში. განაგრძეთ მიწვევი 6 თვე. დააკვირდით გვერდით მოვლენებს.			

	საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ ანბინის, რითმის ან წნეხის სამკურნალოდ სხვა დანარჩენ პაციენტებთან.
ფიზიკური აქტივობა <u>მინიმალური მიზანი</u> კვირაში 3-4 დღე <u>ოპტიმალური მიზანი</u>	შეაფასეთ რისკი, სასურველია დატვირთვის ტესტის დროს წაახალისეთ 30-60 წუთი/დღეში აქტივობა, სასურველია ყოველდღე, ან მინიმუმ 3-4-ჯერ კვირაში (სიარული, ძუნძული, ველოსიპედით სიარული, ან სხვა აერობული აქტივობა) მომატებულ დღიურ აქტივობასთან ერთად (მაგ. სამსახურში შესვენებისას სიარული, ბარში მუშაობა, სახლის საქმე). ურჩიეთ სამედიცინო ზედამხედველობის პროგრამა საშუალო – მაღალი რისკი პაციენტთათვის.

*** რეზინების გამოყენება ნაწილობრივ უკუნაჩვენებია, როცა ტრიგლიცერიდი > 200 მგ/დლ-ზე

^ არა-HDL = საერთო ქოლესტერინის გამოკლებული HDL-ის მაჩვენებელი

ACE –ანგიოტენზინის ბარლამქმელი ფერმენტის ინჰიბიტორი; TG-ტრიგლიცერიდი; BMI სხეულის მასის ინდექსი; HbA_{1c} მოზრდილთა ჰემოგლობინის ძირითადი ფრაქცია; მი- მიოკარდიუმის ინფარქტი; CHF - გულის შეზუპებითი უკმარისობა; LV - მარცხენა პარკუჭი;

ქრონიკული სტაბილური სტენოკარდიის მქონე პაციენტების რუტინული განმეორებითი კვლევა

ქრონიკული სტაბილური სტენოკარდიის მქონე პაციენტებს ყოველწლიურად უნდა ჩაუტარდეთ:

- გლუკოზის კონცენტრაციის განსაზღვრა (სავალდებულო)
- სისხლში ლიპიდური სპექტრის განსაზღვრა (სასურველია)
- ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა (სავალდებულო)

IV. გაიდლაინი რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – „სტაბილური სტენოკარდია“

V. ადამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი

ადამიანური: ოჯახის ექიმი ან უბნის თერაპევტი, პრაქტიკის (უბნის) ექიანი

მატერიალური: სასწორი, სიმაღლის მზომი, სფიგმომანომეტრი, გლუკომეტრი, ელექტროკარდიოგრაფი.

სისხლის ბიოქიმიური გამოკვლევებისათვის პაციენტი ან შესასწავლი მასალა გაიგზავნება შესაფერისი შესაძლებლობის ლაბორატორიაში.