

# სუპრავენტრიკულური არითმიების დიაგნოსტიკა და მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

**გამოყენებული შემოკლებები:**

ავკრტ - ატრიოვენტრიკულური კვანძოვანი რეციპროკული ტაქიკარდია

ავრტ - ატრიოვენტრიკულური რეციპროკული ტაქიკარდია

მწტ - მულტიფოკალური წინაგულოვანი ტაქიკარდია

წთ - წინაგულთა თრთოლვა

წტ - წინაგულოვანი ტაქიკარდია

წფ - წინაგულთა ფიბრილაცია

AF – წინაგულთა ფიბრილაცია (მოციმციმე არითმია)

MAT – იხ. მწთ

PJRT - მუდმივი რეციპროკული ტაქიკარდია ატრიოვენტრიკულური შენაერთიდან

SVT - სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია

VT - პარკუჭოვანი ტაქიკარდია

LBBB - ჰისის კონის მარცხენა ფეხის სრული ბლოკადა

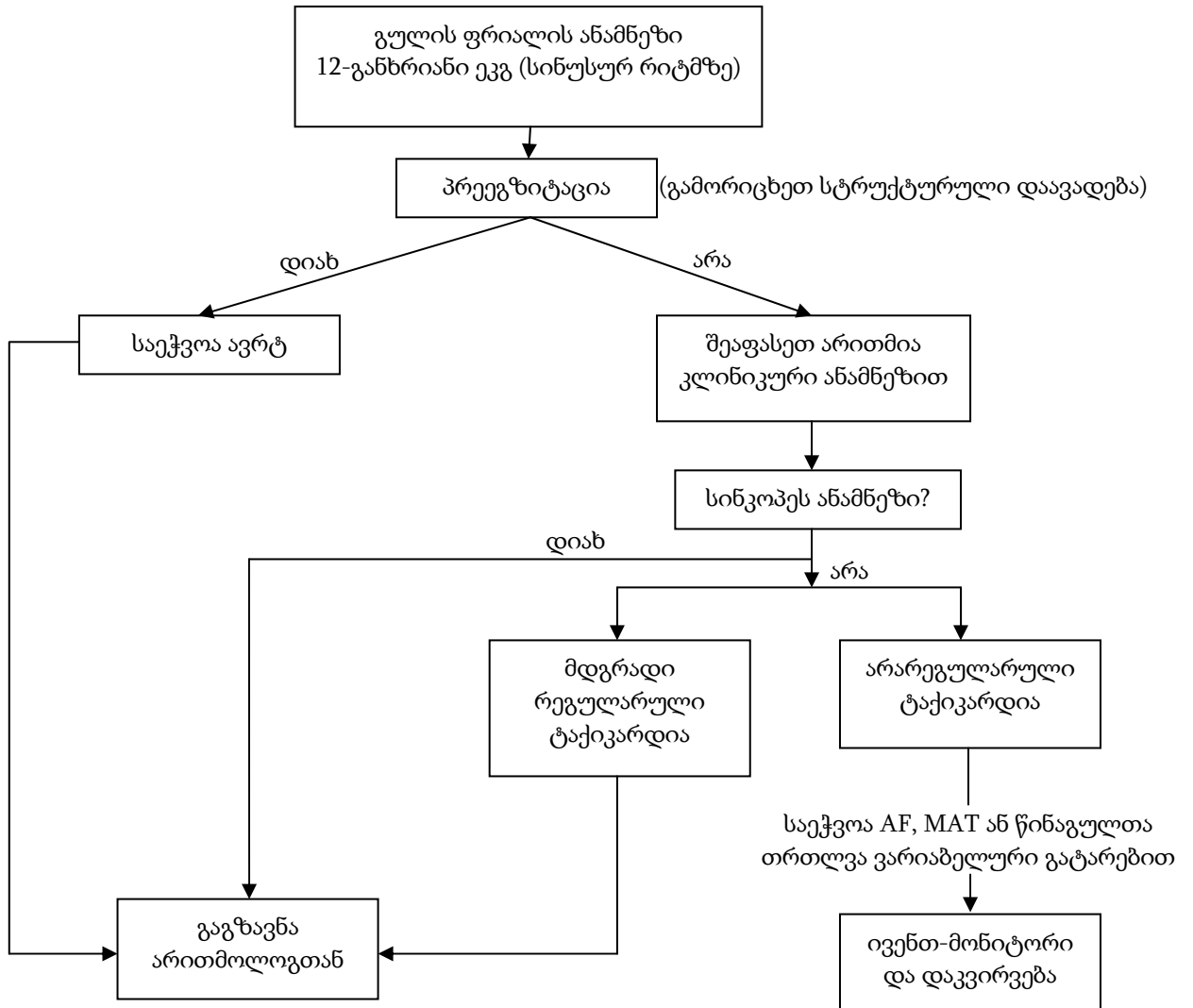
RBBB - ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის სრული ბლოკადა

მწმ - მილიწამი

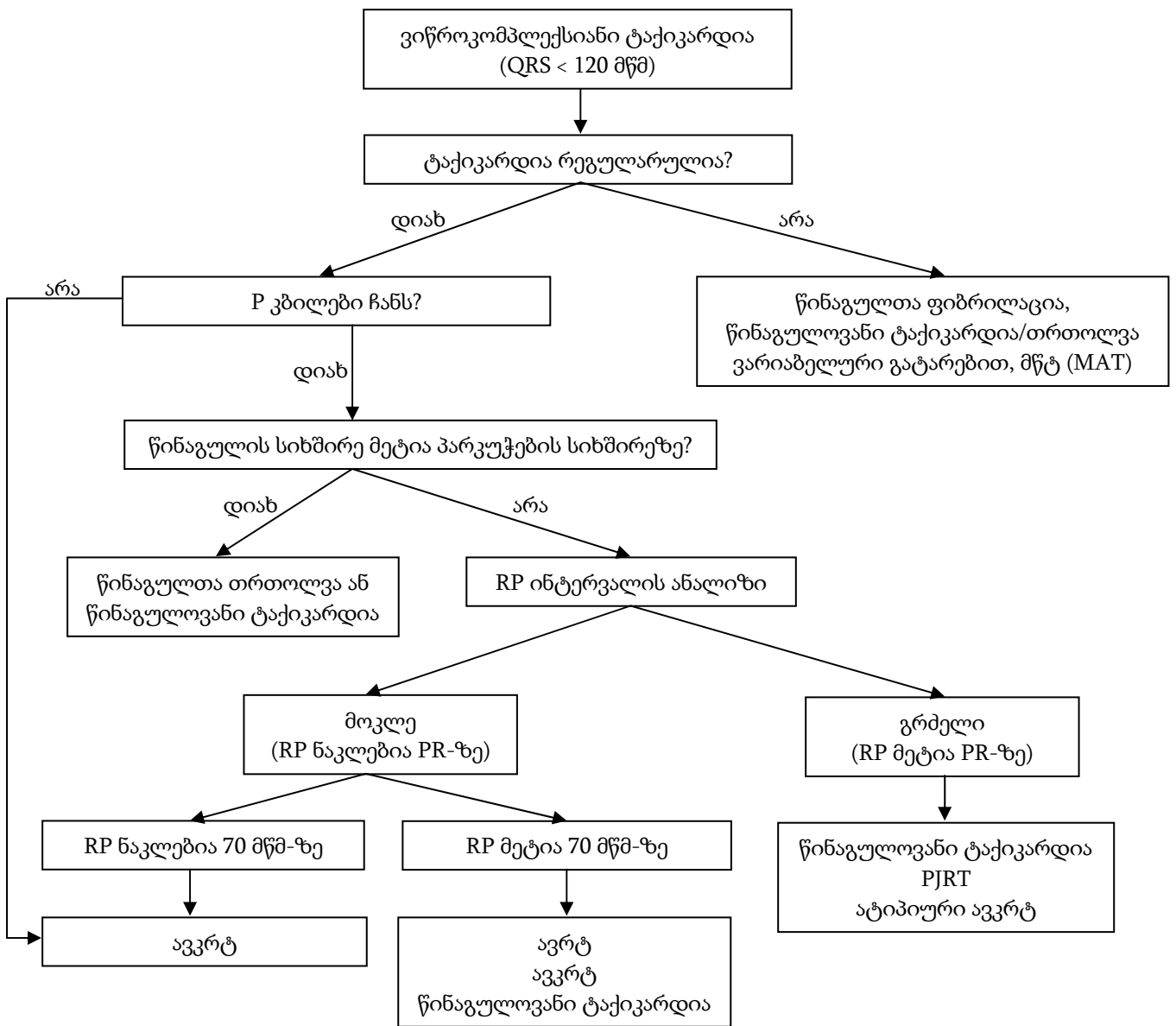
# სუპრავენტრიკულური არითმიების დიაგნოსტიკა და მართვა

(პირველადი ჯანდაცვის რგოლი)

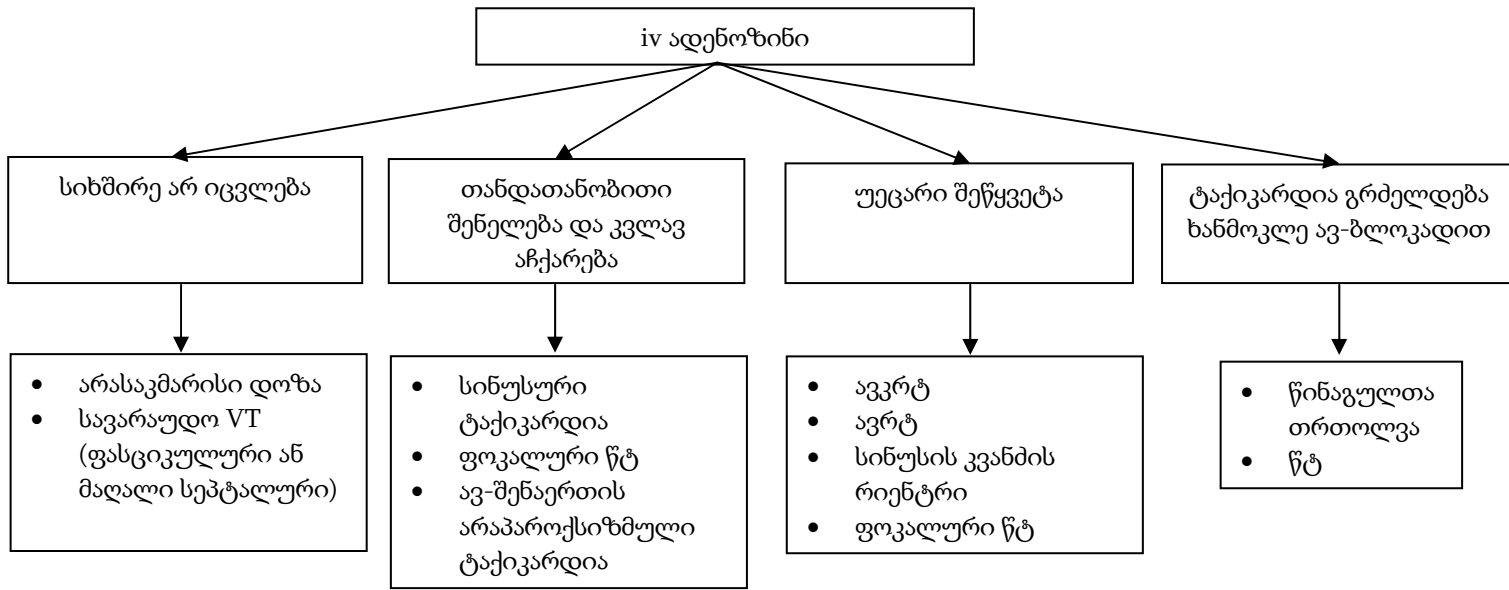
## დიაგნოსტიკა



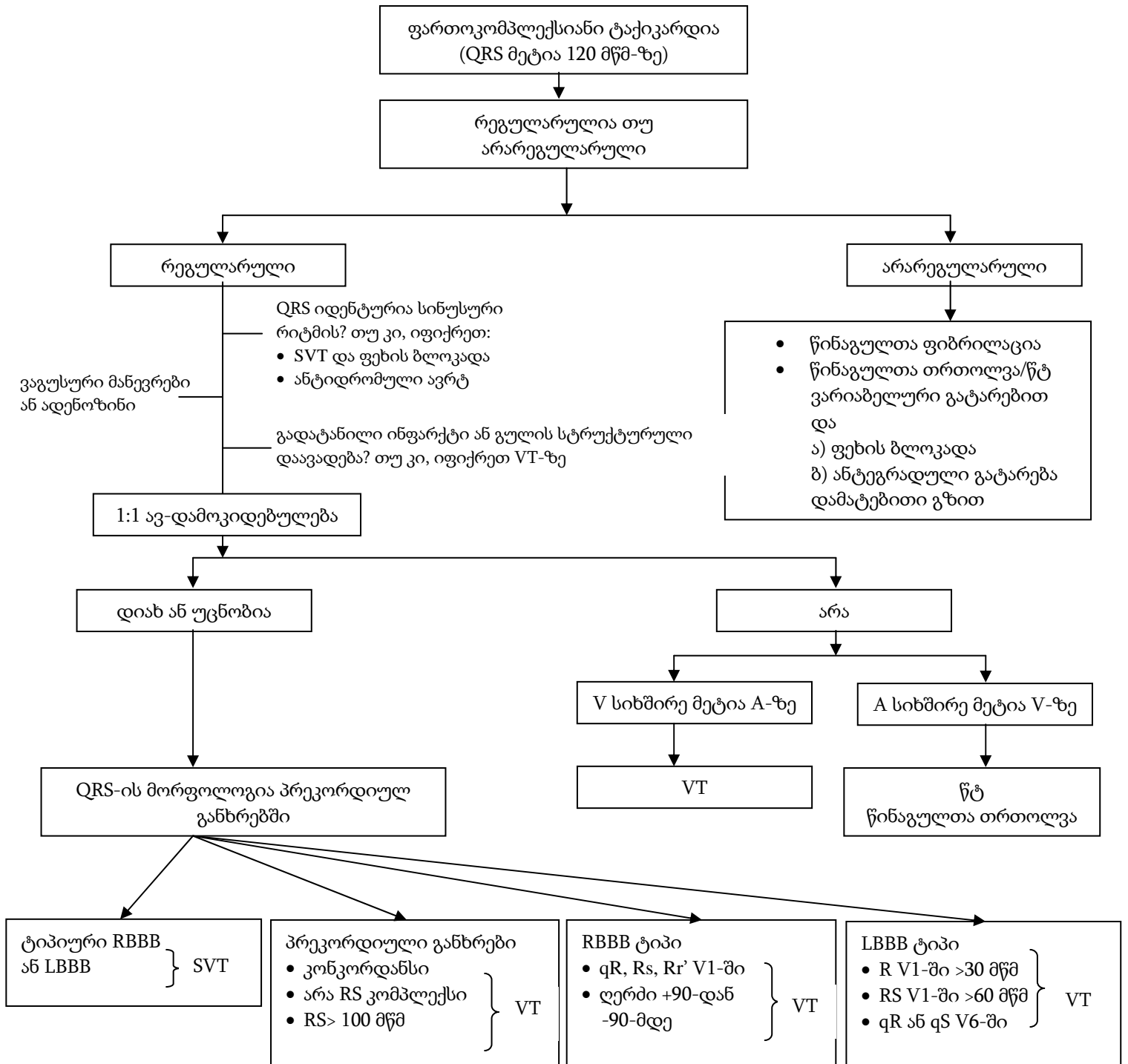
ართომის სავარაუდო დიაგნოზის მქონე პაციენტების საწყისი გამოკვლევა



ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენციული დიაგნოსტიკა. ავ-შენაერთის ფოკალური ტაქიკარდია შეიძლება გავდეს ნელი-სწრაფი ტიპის ავკრტ-ს, აგრეთვე თან ახლდეს ავ-დისოციაცია და იყოს არარეგულარული.



ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდიების რეაქცია ადენოზინზე.



ფართოკომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენციული დიაგნოსტიკა

# მკურნალობა

## სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის მწვავე მართვა

				12-განხრინი ეკგ		
ჰემოდინამიკურად არასტაბილური პაციენტი		ჟანგბადი		სინქრონიზებული ელექტროკარდიოვერსია სედაციის/ზოგადი ანესთეზიის ფონზე1. 200J მონოფაზური ან 150J ბიფაზური ენერგიით ვიწრო კომპლექსიანი ტაქიკარდიის შემთხვევაში და 360 J მონოფაზური ან 200J ბიფაზური ენერგიით ფართო კომპლექსიანი ტაქიკარდიის		
სტაბილური ჰემოდინამიკის მქონე პაციენტი	ვიწრო კომპლექსიანი ტაქიკარდია# (QRS < 120მწმ)	არარეგულარული	წინაგულთა ფიბრილაცია (წფ)/თრთოლვა(წთ) ვარიანტული გატარებით	შემამცირეთ პარკუჭთა შეკუმშვათა სიხშირე. ინტრავენულად გამოიყენეთ შემდეგი მედიკამენტებიდან ერთ-ერთი: ვერაპამილი*, დილთიაზემი*, პროპრანოლოლი*, დიგოქსინი* <b>განყოფილება №1</b>		
			წინაგულოვანი ტაქიკარდია(წტ) ვარიანტული გატარებით, მწტ (MAT)			
		რეგულარული	წინაგულთა თრთოლვა (წთ)	თანდათანობითი შენელება და კვლავ აჩქარება	სინუსური ტაქიკარდია, ფოკალური წტ, ავ-შენაერთის არაპაროქსიზმული ტაქიკარდია	იხ. განყოფილება №1
			წინაგულოვანი ტაქიკარდია (წტ)	ტაქიკარდია გრძელდება ხანმოკლე ავ-ბლოკადით	წთ, წტ	
სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია (SVT) [ავრტ, ავკრტ]	კაროტიდების მასაჟი†		უეცარი შეწყვეტა	SVT	დატოვებთ ბინაზე, ურჩიეთ არითმოლოგის კონსულტაცია	
			სიხშირე არ იცვლება	VT?	იხ. VT-ს პროტოკოლი	
				SVT	ვერაპამილი*, დილთიაზემი*, პროპრანოლოლი*, ესმოლოლი*	
ფართო კომპლექსიანი ტაქიკარდია (QRS > 120მწმ)	არარეგულარული	წინაგულთა ფიბრილაცია წინაგულთა თრთოლვა / წტ ვარიანტული გატარებით და ა) ფეხის ბლოკადით	<i>იხ. განყოფილება №1</i>			
		ბ) ანტეგრადული გატარებით დამატებითი გზით				
	რეგულარული‡	სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია (SVT) [ავრტ, ავკრტ] ა) აბერაციით	ინტრავენულად გამოიყენეთ შემდეგი მედიკამენტებიდან ერთ-ერთი: იბუტილიდი##, ფლეკანიდი##, პროკაინამიდი##, არაფექტიანობის შემთხვევაში ელექტროკარდიოვერსია. ტრანსპორტირება კარდიოლოგიურ სტაციონარში. არითმოლოგის კონსულტაცია <b>განყოფილება №2</b>			
		ბ) ანტეგრადული გატარებით დამატებით გამტარ გზაში	ინტრავენულად გამოიყენეთ შემდეგი მედიკამენტებიდან ერთ-ერთი: ადენოზინი* (ფრთხილად!), ვერაპამილი*, დილთიაზემი*, პროპრანოლოლი*, ესმოლოლი*			
	პარკუჭოვანი ტაქიკარდია (VT)	<i>იხ. განყოფილება №2</i>				
		იხ. VT-ს პროტოკოლი				

1 თუ არის ამის დრო და საშუალება  
 \* დეტალური ინსტრუქციისთვის იხ. კონკრეტული მედიკამენტის გამოყენების პროტოკოლი  
 \*\* იხ. სქემა „ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდიების რეაქცია ადენოზინზე“  
 † დეტალური ინსტრუქციისთვის იხ. კაროტიდული სინუსის მასაჟის პროტოკოლი  
 ‡ იხ. ფართო კომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენცირების ბრუნგადას ალგორითმი  
 # დეტალური ანალიზისთვის იხ. ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენციული დიაგნოსტიკის სქემა  
 ## არ გამოიყენება მარცხენა პარკუჭის დაქვითებული ფუნქციის დროს

რეკომენდაციები ჰემოდინამიკურად სტაბილური და რეგულარული ტაქიკარდიის მწვავე მკურნალობისთვის			
კვ	რეკომენდაცია*	კლასი	მტკიცებულების დონე
ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდია (SVT)	ვაგუსური მანევრები ადენოზინი ვერაპამილი, დილთიაზემი ბეტა-ბლოკერები ამიოდარონი დიგოქსინი	I I I IIb IIb IIb	B A A C C C
ფართოკომპლექსიანი ტაქიკარდია	იხ. ზემოთ		
• SVT + ფეხის ბლოკადა			
• SVT/AF† პრეეგზიტაციით	ფლეკანიდიჰ იბუტილიდიჰ პროკაინამიდიჰ ელექტროკარდიოვერსია	I I I I	B B B C
• უცნობი გენეზის ფართოკომპლექსიანი ტაქიკარდია	პროკაინამიდიჰ სოტალოლიჰ ამიოდარონი ელექტროკარდიოვერსია ლიდოკაინი ადენოზინი‡ ბეტა-ბლოკერები¶ ვერაპამილი**	I I I I IIb IIb III III	B B B B B C C B
უცნობი გენეზის ფართოკომპლექსიანი ტაქიკარდია და მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია	ამიოდარონი ელექტროკარდიოვერსია, ლიდოკაინი	I I	B B

რეკომენდაციები შეუსაბამო სინუსური ტაქიკარდიის სამკურნალოდ			
მკურნალობის სახე	რეკომენდაცია	კლასი	მტკიცებულების დონე
კონსერვატიული	ბეტა-ბლოკატორები ვერაპამილი, დილთიაზემი	I IIa	C C
ინვაზიური	კათეტერული აბლაცია - სინუსის კვანძის მოდიფიკაცია/ელიმინაცია*	IIb	C



რეკომენდაციები რეკურენტული ავკრტ-ის გრძელვადიანი მკურნალობისთვის			
კლინიკური გამოვლინება	რეკომენდაცია	კლასი	მტკიცებულების დონე
ძნელად გადასატანი ავკრტ ჰემოდინამიკის დარღვევით	კათეტერული აბლაცია	I	B
	ვერაპამილი, დილთიაზემი, ბეტა-ბლოკერები, სოტალოლი, ამიოდარონი	IIa	C
	ფლეკანიდი*, პროპაფენონი*	IIa	C
რეკურენტული სიმპტომური ავკრტ	კათეტერული აბლაცია	I	B
	ვერაპამილი	I	B
	დილთიაზემი, ბეტა-ბლოკერები	I	C
	დიგოქსინი†	IIb	C
რეკურენტული ავკრტ ბეტა-ბლოკერების და კალციუმის ანტაგონისტების უეფექტობისას, როდესაც პაციენტს არ სურს აბლაცია	ფლეკანიდი*, პროპაფენონი*, სოტალოლი	IIa	B
	ამიოდარონი	IIb	C
ავკრტ-ის იშვიათი ან ერთადერთი ეპიზოდი, როდესაც პაციენტს სურს არითმიის მოცილება	კათეტერული აბლაცია	I	B
დოკუმენტირებული პსვტ და ეფ-კვლევის დროს მხოლოდ ავ-კვანძის ორმაგი ფიზიოლოგია ან ერთი ექო-კომპლექსი ტაქიკარდიის სხვა მიზეზის არარსებობისას	ვერაპამილი, დილთიაზემი, ბეტა-ბლოკერები, ფლეკანიდი*, პროპაფენონი*	I	C
	კათეტერული აბლაცია‡	I	B
იშვიათი, კარგად გადასატანი ავკრტ	არავითარი მკურნალობა	I	B
	ვაგუსური მანევრები	I	C
	”აბი ჯიბეში”	I	B
	ვერაპამილი, დილთიაზემი, ბეტა-ბლოკერები	I	B
	კათეტერული აბლაცია	I	B

რეკომენდაციები ავ-შენაერთის ფოკალური და არაპაროქსიზმული ტაქიკარდიების სამკურნალოდ			
ტაქიკარდია	რეკომენდაცია	კლასი	მტკიცებულების დონე
ავ-შენაერთის ფოკალური ტაქიკარდია	ბეტა-ბლოკატორები ფლეკაინიდი პროპაფენონი სოტალოლი ამიოდარონი კათეტერული აბლაცია	IIa IIa IIa IIa IIa IIa	C C C C C C
ავ-შენაერთის არაპაროქსიზმული ტაქიკარდია	დიგიტალისური ინტოქსიკაციის მკურნალობა ჰიპოკალემიის კორექცია მიოკარდიუმის იშემიის მკურნალობა ბეტა-ბლოკატორები და კალციუმის ანტაგონისტები	I I I IIa	C C C C

რეკომენდაციები დამატებითი გზით გამოწვეული არითმიების გრძელვადიანი თერაპიისთვის			
არითმია	რეკომენდაცია	კლასი	მტკიცებულების დონე
WPW სინდრომი (პრეეგზიტაცია და სიმპტომური არითმიები), კარგად გადასატანი	კათეტერული აბლაცია ფლეკაინიდი, პროპაფენონი სოტალოლი, ამიოდარონი, ბეტა-ბლოკერები ვერაპამილი, დილთიაზემი, დიგოქსინი	I IIa IIa III	B C C C
WPW სინდრომი (წფ-ით სწრაფი გატარებით ან ცუდად გადასატანი ავრტ)	კათეტერული აბლაცია	I	B
ავრტ (ცუდად გადასატანი, პრეეგზიტაციის გარეშე)	კათეტერული აბლაცია ფლეკაინიდი, პროპაფენონი სოტალოლი, ამიოდარონი ბეტა-ბლოკერები ვერაპამილი, დილთიაზემი, დიგოქსინი	I IIa IIa IIb III	B C C C C
ავრტ-ის ერთი ან იშვიათი ეპიზოდები (პრეეგზიტაციის გარეშე)	არავითარი მკურნალობა ვაგუსური მანევრები "აბი ჯიბეში"-ვერაპამილი, დილთიაზემი, ბეტა-ბლოკერები კათეტერული აბლაცია სოტალოლი, ამიოდარონი ფლეკაინიდი, პროპაფენონი დიგოქსინი	I I I IIa IIb IIb III	C B B B C C C
ასიმპტომური პრეეგზიტაცია	არავითარი მკურნალობა კათეტერული აბლაცია	I IIa	C B

რეკომენდაციები ფოკალური წინაგულოვანი ტაქიკარდიის სამკურნალოდ*			
ართიმია	რეკომენდაცია	კლასი	მტკიცებულების დონე
<b>მწვავე მკურნალობა†</b> <i>ა. კონვერსია</i> ჰემოდინამიკურად არასტაბილური პაციენტი	ელექტროკარდიოვერსია	I	B
ჰემოდინამიკურად სტაბილური პაციენტი	ადენოზინი ბეტა-ბლოკერები ვერაპამილი, დილთიაზემი პროკაინამიდი ფლეკაინიდი/პროპაფენონი ამიოდარონი, სოტალოლი	IIa IIa IIa IIa IIa IIa	C C C C C C
<i>ბ. სიხშირის კონტროლი</i> (დიგიტალისით მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში)	ბეტა-ბლოკერები ვერაპამილი, დილთიაზემი დიგოქსინი	I I IIb	C C C
<b>პროფილაქტიკური თერაპია</b> რეკურენტული სიმპტომური წტ	კათეტერული აბლაცია ბეტა-ბლოკერები, კალციუმის ანტაგონისტები დიჰოპირამიდი† ფლეკაინიდი/პროპაფენონი† სოტალოლი, ამიოდარონი	I I IIa IIa IIa	B C C C C
ასიმპტომური ან სიმპტომური უწყვეტი (incessant) წტ	კათეტერული აბლაცია	I	B
არამდგრადი და უსიმპტომო	არავითარი მკურნალობა კათეტერული აბლაცია	I III	C C

**გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი** -  
“სუპრავენტრიკულური არითმიების დიაგნოსტიკა და მართვა”

**ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები**

ადამიანური რესურსი – ოჯახის ექიმი ან უბნის თერაპევტი. პრაქტიკის (უბნის) ექთანი.

მატერიალური რესურსი – სასწორი, სიმაღლის მზომი, სფიგმომანომეტრი, ტესტ-ჩხირები შარდის ანალიზისთვის, გლუკომეტრი, ელექტროკარდიოგრაფი, ჰოლტერის 24-საათიანი ეკგ მონიტორირებისათვის შესაბამისი მოწყობილობა. სისხლის

ბიოქიმიური გამოკვლევებისთვის პაციენტი ან შესასწავლი მასალა იგზავნება შესაბამისი შესამღებლობების ლაბორატორიაში.

### **დროის რესურსები**

ოჯახის ექიმთან/უბნის თერაპევტთან ვიზიტის ხანგრძლივობა:

- ოჯახის ექიმთან/უბნის თერაპევტთან ახლადდიაგნოსტირებული ან პრაქტიკაში ახლადრეგისტრირებული სუპრავენტრიკულური არითმიების მქონე პაციენტის ვიზიტს დაეთმობა – 20 წთ;
- ოჯახის ექიმთან პაციენტის განმეორებით ვიზიტს დაეთმობა -15 წთ;
- პრაქტიკის/უბნის ექთანთან პაციენტის ვიზიტს დაეთმობა – 20 წთ;
- ახლადდიაგნოსტირებული ან პრაქტიკაში ახლადრეგისტრირებული სუპრავენტრიკულური არითმიის მქონე პაციენტის სამკურნალო – პროფილაქტიკური განათლების მიზნით მოწყობილ ვიზიტს დაეთმობა – 30 წთ.

## სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მოქმედების პროტოკოლი სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის დროს

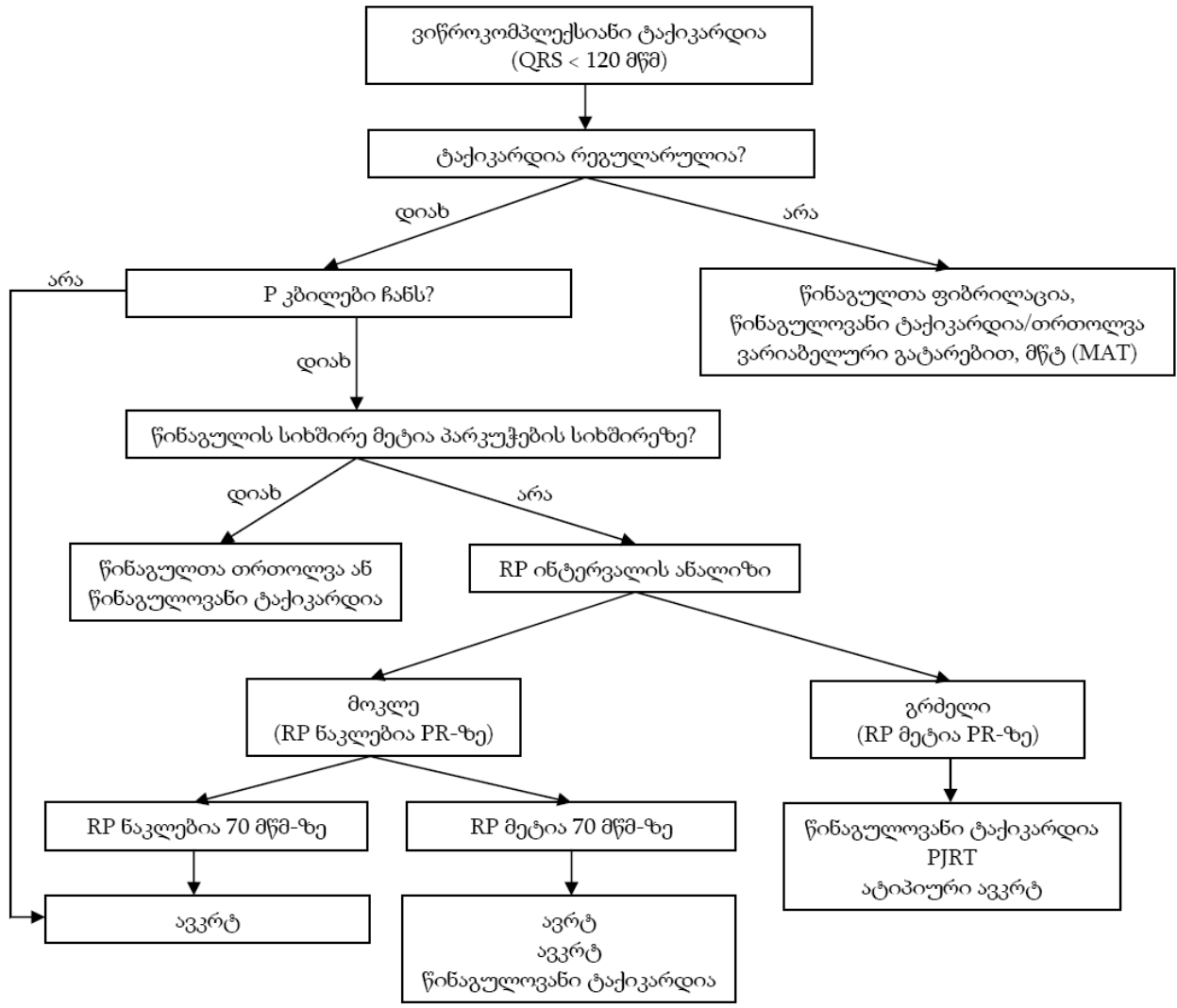
### დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

				12-განხრისანი ეკგ			
ჰემოდინამიკურად არასტაბილური პაციენტი		უახვბადი		სინქრონიზებული ელექტროკარდიოვერსია სედაციის/ზოგადი ანესთეზიის ფონზე. 200J მონოფაზური ან 150J ბიფაზური ენერგიით ვიწრო კომპლექსიანი ტაქიკარდიის შემთხვევაში და 360 J მონოფაზური ან 200J ბიფაზური ენერგიით ფართო კომპლექსიანი ტაქიკარდიის			
სტაბილური ჰემოდინამიკის მქონე პაციენტი	ვიწრო კომპლექსიანი ტაქიკარდია# (QRS < 120მწმ)	არარეგულარული	წინაგულთა ფიბრილაცია (წფ)/თრთოლვა(წთ) ვარიანტული გატარებით	შეამცირეთ პარკუჭთა შეკუმშვათა სიხშირე. ინტრავენულად გამოიყენეთ შემდეგი მედიკამენტებიდან ერთ-ერთი: ვერაპამილი*, დილთიაზემი*, პროპრანოლოლი*, დიგოქსინი* <b>განყოფილება №1</b> გადაიყვანეთ პაციენტი კარდიოლოგიურ სტაციონარში			
			წინაგულოვანი ტაქიკარდია(წტ) ვარიანტული გატარებით, მწტ (MAT)				
		რეგულარული	წინაგულთა თრთოლვა (წთ)	ადენოზინი (ატფ)* ი/ვ	თანდათანობითი შენელება და კვლავ აჩქარება	სინუსური ტაქიკარდია, ფოკალური წტ, ავ-შენაერთის არაპაროქსიზმული ტაქიკარდია	იხ. განყოფილება №1
			წინაგულოვანი ტაქიკარდია (წტ)		ტაქიკარდია გრძელდება ხანმოკლე ავ-ბლოკადით	წთ, წტ	
სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია (SVT) [ავრტ, ავკრტ]	კაროტიდების მასაჟი		უეცარი შეწყვეტა	SVT	დატოვებთ ბინაზე, ურჩიეთ არითმოლოგის კონსულტაცია		
ფართო კომპლექსიანი ტაქიკარდია (QRS > 120მწმ)	არარეგულარული	წინაგულთა ფიბრილაცია წინაგულთა თრთოლვა / წტ ვარიანტული გატარებით და ა) ფეხის ბლოკადით	<i>იხ. განყოფილება №1</i>				
		ბ) ანტეგრადული გატარებით დამატებითი გზით				ინტრავენულად სიფრთხილთ გამოიყენეთ შემდეგი მედიკამენტებიდან ერთ-ერთი: იბუტილიდი##, ფლეკანიდი##, პროკაინამიდი##, არაეფექტიანობის შემთხვევაში ელექტროკარდიოვერსია. ტრანსპორტირება კარდიოლოგიურ სტაციონარში. არითმოლოგის კონსულტაცია <b>განყოფილება №2</b>	
	რეგულარული	სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია (SVT) [ავრტ, ავკრტ] ა) აბერაციით	ინტრავენულად გამოიყენეთ შემდეგი მედიკამენტებიდან ერთ-ერთი: ადენოზინი* (ფრთხილად!), ვერაპამილი*, დილთიაზემი*, პროპრანოლოლი*, ესმოლოლი*				
		ბ) ანტეგრადული გატარებით დამატებით გამტარ გზაში	<i>იხ. განყოფილება №2</i>				

			პარკუჭოვანი ტაქიკარდია (VT)	იხ. VT-ს პროტოკოლი
--	--	--	-----------------------------	--------------------

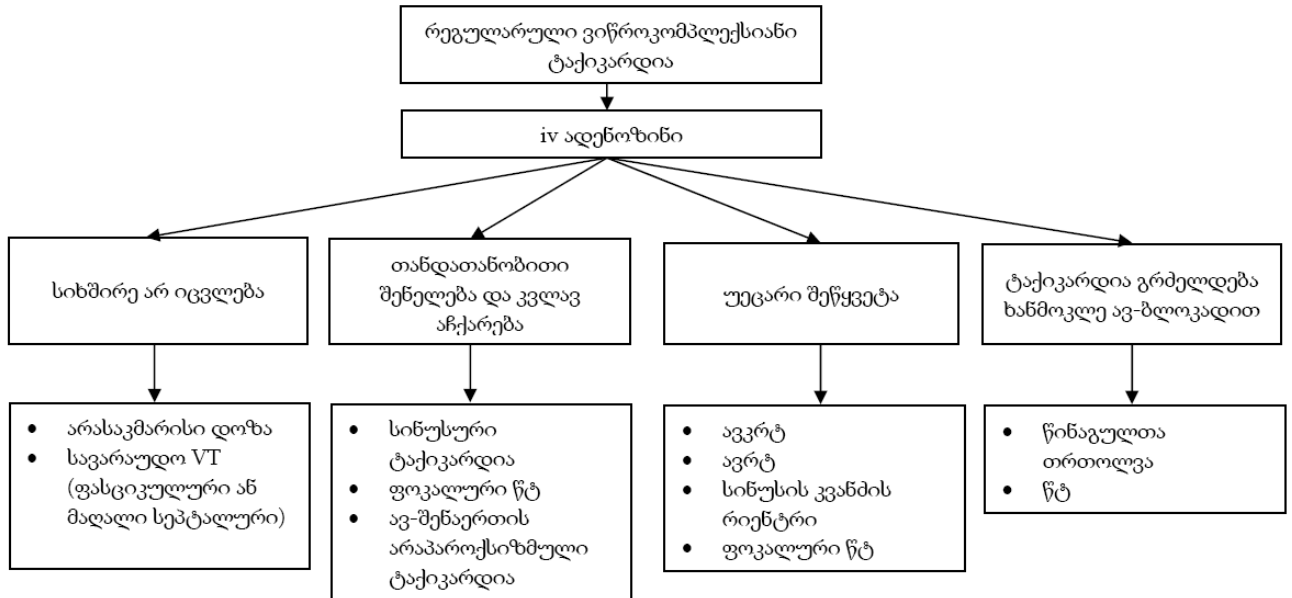
1 თუ არის ამის დრო და საშუალება  
 \* დეტალური ინსტრუქციისთვის იხ. კონკრეტული მედიკამენტის გამოყენების პროტოკოლი  
 \*\* იხ. სქემა „ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდიების რეაქცია ადენოზინზე“  
 † დეტალური ინსტრუქციისთვის იხ. კაროტიდული სინუსის მასაჟის პროტოკოლი  
 ¥ იხ. ფართო კომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენცირების ბრუგადას ალგორითმი  
 # დეტალური ანალიზისთვის იხ. ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენციული დიაგნოსტიკის სქემა  
 ## არ გამოიყენება მარცხენა პარკუჭის დაქვეითებული ფუნქციის დროს  
 აბრევიაციები: წფ - წინაგულთა ფიბრილაცია, წთ - წინაგულთა თრთოლვა, წტ - წინაგულოვანი ტაქიკარდია, მწტ - მულტიფოკალური წინაგულოვანი ტაქიკარდია, ავრტ - ატრიოვენტრიკულური რეციპროკული ტაქიკარდია, ავკრტ - ატრიოვენტრიკულური კვანძოვანი რეციპროკული ტაქიკარდია, SVT - სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია, VT - პარკუჭოვანი ტაქიკარდია

**ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენციული დიაგნოსტიკა**



PJRT - მუდმივი რეციპროკული ტაქიკარდია ატრიოვენტრიკულური შენაერთიდან

ვიწროკომპლექსიანი ტაქიკარდიების რეაქცია ადენოზინზე



ანტიარითმიული მედიკამენტების ადმინისტრირების პროტოკოლები

მედიკამენტი		ადენოზინი*
დოზირება	ინტრავენული	6მგ სწრაფად, 1-2 წუთში უეფექტობის შემთხვევაში, პაციენტს უკეთდება 12მგ და საჭიროების შემთხვევაში, კიდევ 12მგ. მაქიმალური დოზირება შეადგენს 30მგ
ადმინისტრირება	ინტრავენული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ფლაკონი ერთჯერადი მოხმარებისაა! ფლაკონი, საიდანაც ერთხელ მოხდა მედიკამენტის ნაწილის ამოღება, ექვემდებარება გადაგდებას</li> <li>✓ გამოყენებამდე დაკვირდით ხსნარს, ის არ უნდა იყოს შეფერილი</li> <li>✓ არ საჭიროებს განზავებას (ანტიარითმიული მიზნით)</li> <li>✓ ყოველთვის მოახდინეთ ეკგ-ის უწყვეტი რეგისტრაცია ადენოზინის უშუალოდ შეყვანის წინ, შეყვანისას და შეყვანის შემდეგ</li> <li>✓ წინასწარ გააფრთხილეთ პაციენტი, რომ იგრძნობს ხანმოკლე მოჭერას გულმკერდში, წამოხურებას ან ოფლიანობას ადენოზინის შეყვანისას</li> <li>✓ მედიკამენტის შეყვანა ხდება სწრაფად 1-2წმ-ის განმავლობაში</li> <li>✓ თუ პრეპარატის ადმინისტრაცია წარმოებს ანეკუბიტალურ ვენაში, ადენოზინს სწრაფადვე მიაყოლეთ 20მლ ფიზიოლოგიური სითხე და პაციენტს მკლავი მაღლა აუწიეთ</li> </ul>
ფეხმძიმობა		კატეგორია C
ყურადღება		შეიძლება გამოიწვიოს ბრონქოსპაზმი; ადენოზინი სიფრთხილით უნდა გამოვიყენოთ გულის კორონარული დაავადების დროს, გარდა ამისა, მას შეუძლია წინაგულთა ფიბრილაციის გამოწვევა, რამაც შეიძლება პარკუჭების სიხშირის მკვეთრი გაზრდა გამოიწვიოს პრეეგზიტაციის მქონე პაციენტებში

\*ადენოზინის 6მგ დოზის ეკვივალენტურია ადენოზინტრიფოსფატის (ATP) 10მგ

მედიკამენტი		ვერაპამილი
დოზირება	ინტრავენული	2,5-5მგ ბოლუსურად 2-4 წთ-ის განმავლობაში. საჭიროებიდან გამომდინარე შეიძლება 5-10მგ-ის 15-30წთ-ში განმეორება. მაქსიმალური დოზა შეადგენს 20მგ.
ადმინისტრირება	ინტრავენული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ არ მოითხოვს განზავებას</li> <li>✓ გამოყენებამდე დაკვირდით ხსნარს, ის არ უნდა იყოს შეფერილი</li> <li>✓ ადმინისტრირებისას აწარმოეთ წნევის, გულისცემის სიხშირის და ეკგ მონიტორინგი</li> </ul>
ფეხმძიმობა		კატეგორია C
ყურადღება		გაითვალისწინეთ მედიკამენტის გამოყენების უკუჩვენებები

მედიკამენტი		დილთიაზემი
დოზირება	ინტრავენული	0,25მგ/კგ ბოლუსით 2წთ-ის განმავლობაში; საჭიროების შემთხვევაში შემდგომი დოზა შეადგენს 0,35მგ/კგ 2წთ-ის განმავლობაში. ინფუზიის საჭიროების შემთხვევაში, მედიკამენტის დოზირებაა: 5-15მგ/სთ
ადმინისტრირება	ინტრავენული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ფლაკონები ინახება მაცივარში 2-8 გრადუს ტემპერატურაზე, ოთახის ტემპერატურაზე ფლაკონის შენახვა შეიძლება მხოლოდ 1 თვის განმავლობაში</li> <li>✓ ფლაკონი ერთჯერადი მოხმარებისაა! ფლაკონი, საიდანაც ერთხელ მოხდა მედიკამენტის ნაწილის ამოღება, ექვემდებარება გადაგდებას</li> <li>✓ გამოყენებამდე დაკვირდით ხსნარს, ის არ უნდა იყოს შეფერილი</li> <li>✓ ბოლუსური დოზა არ მოითხოვს განზავებას</li> <li>✓ ინფუზიისთვის განკუთვნილი პრეპარატის განზავება ხდება ფიზიოლოგიურ ხსნარში ან 5% გლუკოზაში</li> <li>✓ საინფუზიო ხსნარის გამოყენება უნდა მოხდეს დამზადებიდან 24სთ-ში, გამოყენებამდე პრეპარატი ინახება მაცივარში. არ შეიძლება მისი გაყინვა</li> <li>✓ ადმინისტრირებისას აწარმოეთ წნევის, გულისცემის სიხშირის და ეკგ მონიტორინგი</li> </ul>
ფეხმძიმობა		კატეგორია C
ყურადღება		გაითვალისწინეთ მედიკამენტის გამოყენების უკუჩვენებები; სიფრთხილვა საჭირო თირკმელების და ღვიძლის ფუნქციების დარღვევისას



მედიკამენტი		პროპრანოლოლი
დოზირება	ინტრავენული	1-3 მგ; საჭიროებიდან გამომდინარე, შეიძლება იგივე დოზის განმეორება 2-3 წუთში. სრული დოზირებაა 0,1მგ/კგ
ადმინისტრირება	ინტრავენული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ არ მოითხოვს განზავებას</li> <li>✓ გამოყენებამდე დაკვირდით ხსნარს, ის არ უნდა იყოს შეფერილი</li> <li>✓ მედიკამენტის ადმინისტრაციის სიჩქარე არ უნდა აღემატებოდეს 1მგ/წთ</li> <li>✓ ადმინისტრირებისას აწარმოეთ წნევის, გულისცემის სიხშირის და ეკგ მონიტორინგი</li> </ul>
ფეხმძიმობა		კატეგორია B
ყურადღება		არ შეიძლება მედიკამენტის უეცარი შეწყვეტა; გაითვალისწინეთ მედიკამენტის გამოყენების უკუჩვენებები

მედიკამენტი		ესმოლოლი
დოზირება	ინტრავენული	დარტყმითი დოზა: 250-500მგ/კგ 1წთ-ის განმავლობაში, შემდეგ შემანარჩუნებელი დოზა - 50მგ/კგ 4წთ-ის განმავლობაში. 5 წთ-ის შემდეგ, საჭიროებიდან გამომდინარე იზრდება შემანარჩუნებელი დოზა - 100მგ/კგ 4წთ-ის განმავლობაში. მაქსიმალური დოზირება: 500მგ/კგ დარტყმითი დოზისთვის და 200მგ/კგ შემანარჩუნებელი დოზისთვის
ადმინისტრირება	ინტრავენული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ამპულა 2500მგ-იანია (10მლ); ინფუზიისთვის საჭიროა 10მგ/მლ განზავების ხსნარი. ამისათვის 1 ამპულა იხსნება 250მლ იზოტონურ (ფიზიოლოგიურ) ხსნარში</li> <li>✓ ფარმაცევტულ ბაზარზე ასევე არსებობს გამზადებული 10მგ/მლ განზავების ხსნარი; აღნიშნული ხსნარი განზავებას არ საჭიროებს, ის მზადაა გადასასხმელად</li> <li>✓ გამოყენებამდე დაკვირდით ხსნარს, ის არ უნდა იყოს შეფერილი</li> <li>✓ ინფუზიისთვის გამოიყენეთ დოზატორი (ლინეომატი), არ აწარმოთ ინფუზია ე.წ. „პეპელით“ და ძალზედ წვრილ ვენაში</li> <li>✓ ადმინისტრირებისას აწარმოეთ წნევის, გულისცემის სიხშირის და ეკგ მონიტორინგი</li> </ul>
ფეხმძიმობა		კატეგორია C, კატეგორია D II-III ტრიმესტრში
ყურადღება		არ შეიძლება მედიკამენტის უეცარი შეწყვეტა; გაითვალისწინეთ მედიკამენტის გამოყენების უკუჩვენებები

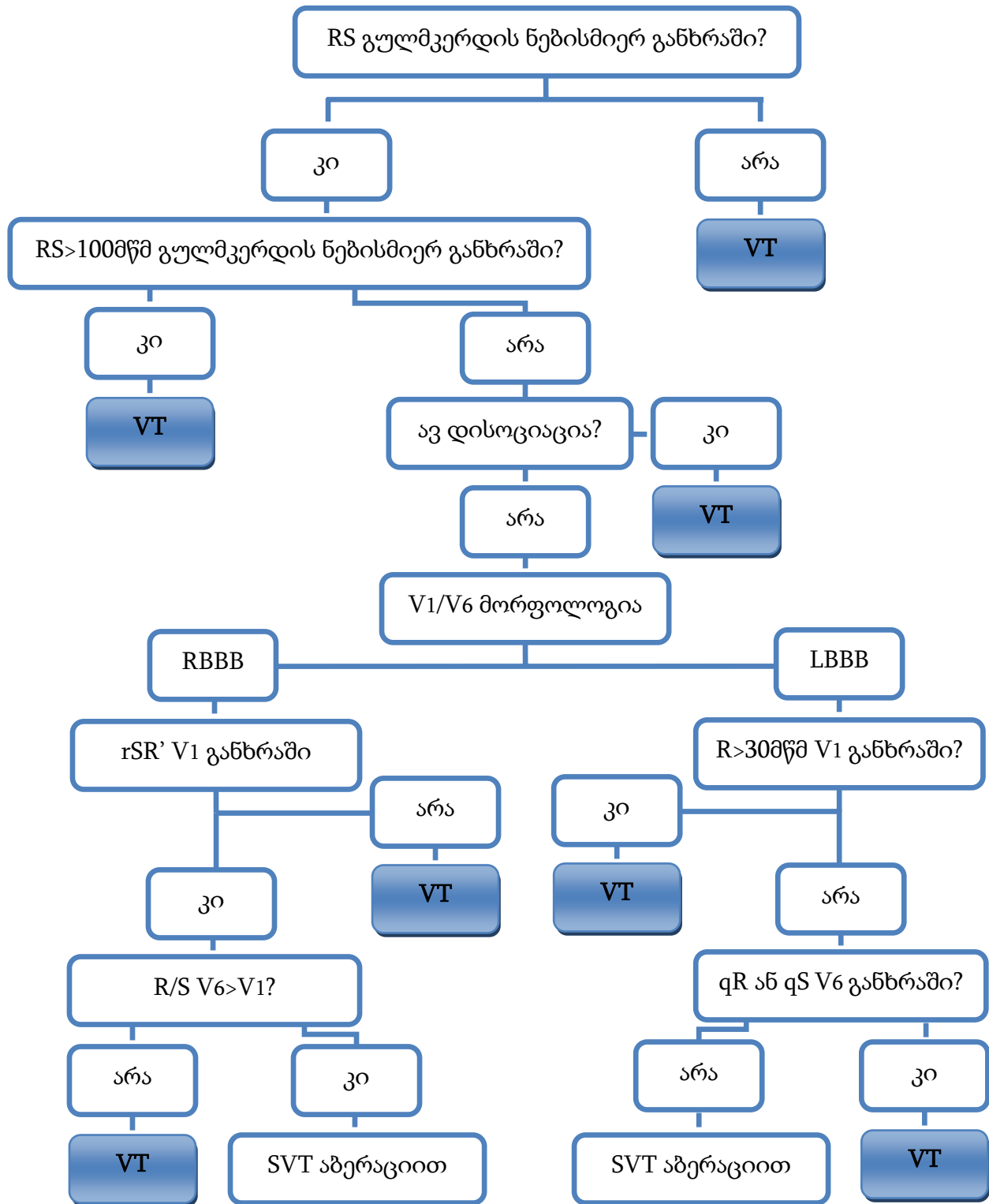
მედიკამენტი		დიგოქსინი
დოზირება	ინტრავენული	0,5მგ საწყისი დოზის სახით. საჭიროებიდან გამომდინარე 0,25მგ ყოველ 6სთ-ში
ადმინისტრირება	ინტრავენული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ინტრამუსკულური ინექციები მტკივნეულია, უპირატესობა ენიჭება ინტრავენულ ინექციებს</li> <li>✓ გამოყენებამდე დაკვირდით ხსნარს, ის არ უნდა იყოს შეფერილი</li> <li>✓ შეიძლება მედიკამენტის გამოყენება განუზავებლად, ან განზავებით (ფიზიოლოგიური, რინგერი ან 5% გლუკოზის ხსნარი)</li> <li>✓ 1 ამპულის (0,25მგ) განზავება უნდა მოხდეს მინიმუმ 4მლ სითხეში</li> <li>✓ 4მლ-ზე ნაკლები სითხით განზავებისას შესაძლოა მოხდეს პრეციპიტაცია. განაზავეთ სწრაფად!</li> <li>✓ 0,25მგ შეიტვანება 5წთ-ის განმავლობაში, ფილტვების შემუშების მქონე პაციენტებთან 10-15წთ-ის განმავლობაში</li> </ul>
ფეხმძიმობა	კატეგორია C	
ყურადღება	დიგიტალისით ინტოქსიკაციის ნიშნების მეთვალყურეობა! აქვს დოზირების ვიწრო თერაპიული ინტერვალი; გაითვალისწინეთ მედიკამენტის გამოყენების უკუჩვენებები	

მედიკამენტი		პროკაინამიდი
დოზირება	ინტრავენული	ბოლუსური დოზა: 20-50მგ/წთ, შემანარჩუნებელი დოზა: 1-4მგ/წთ ინფუზიით, მაქსიმალური დოზა: 17მგ/კგ
ადმინისტრირება	ინტრავენული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ გამოყენებამდე დაკვირდით ხსნარს, ის არ უნდა იყოს შეფერილი</li> <li>✓ ადმინისტრირებისას აწარმოეთ წნევის, გულისცემის სიხშირის და ეკგ მონიტორინგი</li> <li>✓ ბოლუსური დოზისთვის პროკაინამიდის ყოველი 100მგ ზავდება 10მლ საინექციო (გამოხდილ) წყალში ან 5% გლუკოზაში</li> <li>✓ საინფუზიო ხსნარისთვის 1000მგ პროკაინამიდი იხსნება 500მლ 5% გლუკოზაში, ხსნარს შეიძლება ჰქონდეს ღია ყვითელი შეფერილობა ეს ნორმალურია. სხვაგვარად შეფერადებული ან პრეციპიტატების შემცველი ხსნარი გამოყენებისთვის უვარგისია</li> </ul>
ფეხმძიმობა	კატეგორია C	
ყურადღება	წამალს აქვს დოზირების ვიწრო თერაპიული ინტერვალი, საჭიროა მედიკამენტის დოზის რეგულირება პაციენტის მედიკამენტზე პასუხის, შრატში პროკაინამიდის კონცენტრაციის, თირკმლის ფუნქციის გათვალისწინებით; გაითვალისწინეთ მედიკამენტის გამოყენების უკუჩვენებები	

მედიკამენტი		ამიოდარონი
დოზირება	ინტრავენული	150-300მგ 10წთ-ის განმავლობაში, შემდეგ 360 მგ ინფუზიით, 1მგ/წთ-ში სიჩქარით, შემდეგ 540 მგ ინფუზიით 0,5მგ/წთ სიჩქარით. სადღეღამისო დოზამ არ უნდა გადააჭარბოს 2100მგ
ადმინისტრირება	ინტრავენული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ გამოყენებამდე დაკვირდით ხსნარს, ის არ უნდა იყოს შეფერილი</li> <li>✓ მედიკამენტის განზავება ხდება 5% გლუკოზაში</li> <li>✓ ინფუზია წარმოებს მხოლოდ ლინეომატით</li> <li>✓ კარდიოპულმონური რეანიმაციისას დაშვებულია მედიკამენტის ინტრაოსალური ადმინისტრაცია</li> </ul>
ფეხმძიმობა		კატეგორია D
ყურადღება		შესაძლოა გამოიწვიოს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა, ტოქსიური გავლენა ფილტვებზე! გაითვალისწინეთ მედიკამენტის გამოყენების უკუჩვენებები

კაროტიდული სინუსის მასაჟი
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩაატარეთ საძილე არტერიების მსუბუქი პალპაცია (აუცილებლად თითოეულ მხარეს ცალ-ცალკე) პულსის შესაფასებლად. ჩაატარეთ საძილე არტერიების აუსკულტაცია ორივე მხარეს შუილის შესაფასებლად. შუილის არსებობის შემთხვევაში გამოიყენეთ მეორე მხარე (თუ იქაც არ არის შუილი). ბილატერალური შუილის შემთხვევაში პროცედურა უკუნაჩვენებია.</li> <li>• დაიწყეთ მასაჟი მარჯვენა მხარეს. მოძებნეთ პულსაცია ქვედაყბის კუთხის ოდნავ ქვემოთ, ფარისებრი ხრტილის დონეზე და მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის წინ და მოახდინეთ ზეწოლა 5-10 წმ-ის განმავლობაში. უეფექტობის შემთხვევაში გაიმეორეთ პროცედურა მარცხენა მხარეს. <b>არასოდეს</b> ჩაატაროთ მასაჟი ორივე მხარეს ერთდროულად.</li> </ul>

ფართო კომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენცირების ბრუგადას ალგორითმი



შენიშვნები:

1. RS კომპლექსი რომელიმე პრეკორდიულ განხრაში გულისხმობს, არის თუ არა გულმკერდის ერთი განხრა მაინც, სადაც QRS კომპლექსს აღენიშნება როგორც R კბილი, ასევე S კბილი.
2. RS > 100 მწმ რომელიმე პრეკორდიულ განხრაში. ეს ინტერვალი იზომება R კბილის დასაწყისიდან S კბილის ყველაზე ღრმა წერტილამდე