

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 20 მაისის N3 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 12 იანვრის N01-4/ ო ბრძანებით

მოზრდილ პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში

პროტოკოლი

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: მოზრდილ პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	3
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	3
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 ზოგადი მიმოხილვა.....	4
8.2 ეპიდემიოლოგია და პროგნოზი	4
8.3 დაავადების კლასიფიკაცია	4
8.4 მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი	5
8.5 რეკომენდაციები.....	5
8.6 ალგორითმები.....	19
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	28
10. აუდიტის კრიტერიუმები	29
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	29
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	29
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	30
14. პროტოკოლის ავტორები	30
ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	29

1. პროტოკოლის დასახელება: მოზრდილ პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
წინაგულთა ფიბრილაცია და თრთოლვა	I48
პირველადი ჯანდაცვის კლასიფიკატორი	ICPC
წინაგულთა ფიბრილაცია/ციმციმი	K78

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური ეფექტურობის ინსტიტუტის გაიდლაინის საფუძველზე:

The Management of Atrial fibrillation, June 2006; National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice)., Clinical Guideline 36.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს წყარო გაიდლაინის რეკომენდაციები არ შეუცვლია. პროტოკოლში უცვლელადაა გადმოტანილი ყველა რეკომენდაცია, რომელიც შეეხება მოზრდილ პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის მართვას.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში წინაგულთა ფიბრილაციის (მოციმციმე არითმიის) დიაგნოსტიკისა და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება მოზრდილი ასაკის პაციენტს მოციმციმე არითმიით.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის/ამბულატორიულ დაწესებულებებში წინაგულთა ფიბრილაციით პაციენტის მიმართვისთანავე.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება მოზრდილი ასაკის პაციენტებს წინაგულთა ფიბრილაციით. ის მოიცავს წინაგულთა ფიბრილაციის იდენტიფიცირებასა და დიაგნოსტიკას, მკურნალობისა და მონიტორინგის ეტაპებს და რეფერალის კრიტერიუმებს შემდგომი ინტერვენციების მიზნით, სპეციალისტთან მიმართვის შემთხვევაში.

8. რეკომენდაციები

8.1 ზოგადი მიმოხილვა

წინაგულთა ფიბრილაცია (წფ) პარკუჭზედა ტაქიარითმიაა, რომელიც წინაგულთა არაკოორდინირებული აქტივაციით და ამის შედეგად, მექანიკური ფუნქციის დარღვევით ხასიათდება. ელექტროკარდიოგრამაზე მუდმივი P-კბილი, სხვადასხვა დროს წარმოქმნილი, სხვადასხვა ფორმის და ამპლიტუდის ოსცილაციებითაა ჩანაცვლებული და შესაბამისად, პარკუჭოვანი რითმიც სწრაფი და არარეგულარულია, თუ გამტარებლობა დარღვეული არ არის.

8.2 ეპიდემიოლოგია და პროგნოზი

წინაგულთა ფიბრილაცია (მოციმციმე არითმია) რითმის დარღვევებს შორის ყველაზე უფრო გავრცელებული რითმის მოშლის სახეა. წინაგულთა ფიბრილაცია ხშირად გულის სტრუქტურულ დაავადებებთანაა დაკავშირებული, თუმცა პაციენტთა ნაწილს გულის რაიმე კონკრეტული დაავადება არ აღენიშნებათ. წინაგულთა ფიბრილაციით გამოწვეული ჰემოდინამიკის დარღვევა და თრომბოემბოლიური გართულებები სიკვდილობის, ავადობის და მკურნალობის ხარჯების სერიოზულ ზრდასთანაა დაკავშირებული, ამიტომ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ამ ხშირი და პრობლემური არითმიის ოპტიმალური მართვის მეთოდური რეკომენდაციის შემუშავება.

წფ დედამიწის მოსახლეობის 0,4% – 1,0% აღენიშნება, ხოლო ხანდაზმულ (≥ 80 წელი) მოსახლეობაში დაავადებულთა რიცხვი 8% აღწევს. მამაკაცებში, ასაკთან ერთად, დაავადების სიხშირე ორჯერ და მეტად მატულობს მაშინ, როცა ქალებში ასაკთან დაკავშირებული სხვაობა არ შეიმჩნევა.

8.3 დაავადების კლასიფიკაცია

კლინიცისტმა უნდა გამოავლინოს წინაგულთა ფიბრილაცია პირველად აღმოცენებული ეპიზოდია, კლინიკურად მანიფესტირებული თუ /თითქმის/ უსიმპტომოა, დაადგინოს ამ ეპიზოდის ხანგრძლივობა და გამოარკვიოს ადრე მსგავსი ეპიზოდების არსებობა.

თუ არითმია სპონტანურად იხსნება, არითმია განისაზღვრება, როგორც პაროქსიზმული.

თუ ეპიზოდი 7 დღეზე მეტ ხანს გრძელდება და არითმიის მოსახსნელად საჭირო ხდება ფარმაკოლოგიური ან ელექტრული კარდიოვერსია, საქმე გვაქვს მდგრად/პერსისტულ/ ფორმასთან. რითმის აღდგენა, ფარმაკოლოგიური თუ მუდმივი დენის წყაროს გამოყენებით, კლასიფიკაციაზე გავლენას არ ახდენს. პირველად აღმოცენებული წინაგულთა ფიბრილაცია შეიძლება იყოს როგორც პაროქსიზმული, ისე მდგრადი ფორმის. მდგრადი წინაგულთა ფიბრილაცია მოიცავს გახანგრძლივებულ (მაგ.: > 1 წელზე) შემთხვევებსაც, რაც მუდმივ (პერმანენტულ) კატეგორიაში გადადის, თუ კარდიოვერსია უშედეგო აღმოჩნდა ან რაიმე მიზეზით არ იქნა გამოყენებული. ტერმინი არასარქვლოვანი წინაგულთა ფიბრილაცია აღნიშნავს, რომ არითმიის განვითარება რევმატული მიტრალური პათოლოგიის, სარქვლოვანი პროთეზირების ან სარქვლებზე სხვა სახის ჩარევის გარეშე ხდება.

8.4 მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი NICE technology appraisal
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია 1++/1+
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას და დემონსტრირებულია შედეგების სრული შესაბამისობა 1++/1+ შეფასებულ სხვა კვლევებთან	B	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია 2++/1++/1+
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები და დემონსტრირებულია შედეგების სრული შესაბამისობა 2++ შეფასებულ სხვა კვლევებთან	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად. 2+/2++
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები/ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება და/ან დემონსტრირებულია შედეგების სრული შესაბამისობა 2+ შეფასებულ სხვა კვლევებთან	D	ეყრდნობა III და IV დონის მტკიცებულებას და/ან საჭიროებს ფორმალიზებულ კონსენსუსს
V	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში	D (GPP)	საუკეთესო პრაქტიკის რეკომენდაციები გაიდლაინის შემუშავების ჯგუფის წევრების კონსენსუსი

8.5 რეკომენდაციები

წინაგულთა ფიბრილაციის იდენტიფიკაცია და დიაგნოსტიკა

- R1. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე წინაგულთა ფიბრილაციის დიაგნოზი ემყარება დეტალურ ანამნეზსა და კლინიკური სიმპტომებისა და ნიშნების შეფასებას.
- R2. შემთხვევების გამოვლენა ემყარება პაციენტის მიერ წარმოდგენილ სიმპტომებს და მანუალური პულსის პალპაციას არარეგულარული პულსის შესაფასებლად, რაც ეფექტური სკრინინგის ინსტრუმენტია წვდომის დიაგნოზზე ექვსის მიტანის შემთხვევაში. C
- R3. წინაგულთა ფიბრილაციით პაციენტებში წარმოდგენილი სიმპტომებია:
- სუნთქვის გაძნელება ან დისპნოე
 - გულის ფრიალი
 - სინკოპე/თავბრუსხვევა
 - დისკომფორტი გულმკერდის არეში
 - ინსულტი/ტრანზიტული იშემიური შეტევა

ელექტროკარდიოგრაფია

R4. ელექტროკარდიოგრაფია (ეკგ) უნდა ჩატარდეს ყველა, სიმპტომების მქონე ან უსიმპტომო პაციენტებში, სადაც არარეგულარული პულსის გამოვლენის გამო, საეჭვოა წინაგულთა ფიბრილაციის არსებობა. **B (DS)**

ამბულატორიული მომსახურების დროს, პაროქსიზმული წინაგულების ფიბრილაციაზე ეჭვის მიტანისას, რომელიც ვერ გამოვლინდა სტანდარტული ელექტროკარდიოგრაფიული ჩაწერით, საჭირო ხდება: **B (DS)**

- პაციენტებზე 24 საათიანი ამბულატორიული ეკგ მონიტორინგის ჩატარება, თუკი საეჭვოა ასიმპტომური ეპიზოდების არსებობა ან როდესაც ეპიზოდებს შორის ინტერვალი 24 საათზე ნაკლებია.
- შემთხვევის ჩამწერი ეკგ-ს გამოყენება, როდესაც სიმპტომები არის 24 საათზე მეტი პერიოდის განმავლობაში.

ექოკარდიოგრაფია

R5. ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია უნდა ჩაუტარდეთ წინაგულთა ფიბრილაციით პაციენტებს იმ შემთხვევაში:

- თუ საბაზისო ექოკარდიოგრაფია მნიშვნელოვანია გრძელვადიანი მართვისათვის (მაგ.: ახალგაზრდა პაციენტები). **D (GPP)**
- სადაც განიხილება რიტმის კონტროლის სტრატეგია, რომელიც მოიცავს ელექტრო ან ფარმაკოლოგიურ კარდიოვერსიას. **C**
- თუ საეჭვოა გულის სტრუქტურული ან ფუნქციონალური დაავადების არსებობა (უკმარისობა ან შუილი), რომელიც გავლენას მოახდენს მენეჯმენტზე, როგორცაა მაგ. ანტიარითმიული პრეპარატების არჩევანის შესახებ კლინიკური გადაწყვეტილების მიღება. **D (GPP)**
- როდესაც სტრატეგიცირებულია ინსულტის რისკი და საჭიროა ანტითრომბული მკურნალობის ჩატარება. **C**

ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია რუტინულად არ უტარდება წინაგულთა ფიბრილაციით პაციენტებს მოსალოდნელი ინსულტის რისკის სტრატეგიცირებისათვის, როდესაც უკვე დადგენილი არის ანტიკოაგულაციური თერაპიის აუცილებლობა (საჭიროება) შესაბამისი კლინიკური კრიტერიუმების გამოყენებით. **D (GPP)**

ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია უნდა ჩაუტარდეთ წყ პაციენტებს: **D (GPP)**

- როდესაც ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიით გამოვლინდა პათოლოგია, როგორცაა მაგალითად, სარქველოვანი დაავადება და საჭიროა შემდგომი გამოკვლევები.
- როდესაც საჭიროა კარდიალური პათოლოგიის გამორიცხვა და ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიის ჩატარება ტექნიკურად რთულია ან უხარისხოა.
- როდესაც განიხილება კარდიოვერსიის ჩატარება ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფიის კონტროლით.

კარდიოვერსია სტაბილური ჰემოდინამიკის დროს

- R6. კარდიოვერსიის ჩატარება არ არის ნაჩვენები შემდეგ შემთხვევებში: ანტიკოაგულაციის ჩატარება უკუნაჩვენებია; სახეზეა გულის სტრუქტურული დაავადება (მაგ.: მარცხენა წინაგული ფართეა >5.5 სმ-ზე, მიტრალური სტენოზი), რაც აფერხებს სინუსის რითმის ხანგრძლივ შენარჩუნებას; წინაგულთა ფიბრილაცია ხანგრძლივად მიმდინარეობს (ჩვეულებრივ, >12 თვეზე); არსებობს კარდიოვერსიის მრავალჯერ წარუმატებლად განხორციელების ისტორია და/ან რეციდივები, თანმხლები ანტიარითმიული მედიკამენტური ან არაფარმაკოლოგიური მიდგომების გამოყენების შემთხვევაში; სახეზეა წინაგულთა ფიბრილაციის გამომწვევი მიმდინარე, მაგრამ შექცევადი მიზეზები (მაგ.: თირეოტოქსიკოზი).

კარდიოვერსიის ჩვენების დროს:

კარდიოვერსიის დაწყებამდე, წინაგულთა ფიბრილაციის მქონე პაციენტთან ერთად განხილულ უნდა იქნას ორივე – ელექტრული და ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის რისკი და სარგებელი, რათა პაციენტმა შესძლოს არჩევანის გაკეთება მკურნალობის პრეფერენციული ვარიანტის თაობაზე. **D (GPP)**

- R7. თუ დადგენილია, რომ წინაგულთა ფიბრილაცია პაციენტს განუვითარდა არა უგვიანეს 48 საათისა, უნდა განხორციელდეს ან ელექტრული ან ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია. **B**

ელექტრული კარდიოვერსია

- R8. თუ დადგენილია, რომ წინაგულთა ფიბრილაციის შეტევა პაციენტს განუვითარდა 48 საათზე უფრო ადრე, მკურნალობის საწყის ეტაპზე არსებული 2 ვარიანტიდან, უპირატესობა ენიჭება ელექტრულ კარდიოვერსიას. **D (GPP)**

ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია

- R9. ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის ჩატარება ინტრავენური ანტიარითმიული საშუალებების გამოყენებით, ნაჩვენებია პერსისტიული წფ-ით პაციენტებში:
- გულის სტრუქტურული დაავადების არარსებობისას (კორონარული არტერიის დაავადება ან მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია), პირველი არჩევის მკურნალობაა **1c** კლასის პრეპარატების (როგორცაა ფლეკაინიდი – Flecainide და პროპაფენონი – Propafenone) დანიშვნა. **B**
 - გულის სტრუქტურული დაავადების შემთხვევაში კი, პირველი არჩევის პრეპარატია ამიოდარონი. **D (GPP)**

ელექტრული კარდიოვერსია ანტიარითმიულ პრეპარატებთან ერთად

- R10. ელექტრული კარდიოვერსიის ჩატარებამდე, როდესაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სინუსური რითმის წარმატებით აღდგენა (მაგ.: წარსულში წარუმატებელი კარდიოვერსია ან წფ-ის ადრეული რეციდივი), უნდა დაინიშნოს ანტიარითმიული პრეპარატები – ამიოდარონი (Amiodarone) ან სოტალოლი (Sotalol).

სოტალოლის ტიტრაცია უნდა მოხდეს თანდათანობით (80 მგ–დან 2–ჯერ დღეში 240 მგ–მდე ორჯერ დღეში), კარდიოვერსიის დაწყებამდე, სულ მცირე, 4 კვირით ადრე.

პერსისტიული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაციის მკურნალობა

მნიშვნელოვანია შეირჩეს ყველაზე ეფექტური მკურნალობის სტრატეგია პერსისტიული ფორმის წყ–ით (პერსისტიული წყ არ დასრულდება თავისით, ან გრძელდება 7 დღეზე მეტი კარდიოვერსიის გარეშე) პაციენტებში, განისაზღვროს რა შემთხვევაშია რითმის კონტროლის სტრატეგია ნაჩვენები, შეირჩეს კარდიოვერსიის მკურნალობის შემდგომი სინუსური რითმის შემანარჩუნებელი თერაპიის და პერიკარდიოვერსიის თრომბოპროფილაქტიკის ოპტიმალური ფორმები. განხორციელდეს ანტითრომბული თერაპიის ოპტიმიზაცია, რისკებისა და სარგებლის გათვალისწინებით.

სიხშირის კონტროლი თუ რითმის კონტროლი

R11. რადგანაც ზოგიერთი პაციენტი პერსისტიული წყ–ით აკმაყოფილებს ან რითმის-კონტროლის სტრატეგიის კრიტერიუმს ან სიხშირის-კონტროლის სტრატეგიის კრიტერიუმს (მაგ.: ასაკი > 65 წელზე, ამავე დროს, სიმპტომური), ამიტომ: **D (GPP)**

- თითოეული ვარიანტის ჩვენებები არ უნდა განიხილებოდეს, როგორც ურთიერთგამომრიცხავი სტრატეგიების უპირატესობა და ნაკლი უნდა განემარტოს პაციენტს არჩევანის მიღებამდე.
- ნებისმიერი კომორბიდული მდგომარეობა, რომელიც შეიძლება მიუთითებდეს ერთი მიდგომის უპირატესობას მეორესთან შედარებით, უნდა იყოს გათვალისწინებული.
- მიუხედავად იმისა, არჩეულია რითმის - კონტროლის თუ სიხშირის - კონტროლის სტრატეგია, უნდა ჩატარდეს შესაბამისი ანტითრომბული თერაპია.

R12. სიხშირის კონტროლის სტრატეგიას ენიჭება უპირატესობა საწყის ეტაპზე წყ–ით შემდეგ პაციენტებში:

- 65 წლის ზევით **B**
- პერსისტიული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაციის მქონე პაციენტებში კორონარული არტერიული დაავადებით **B**
- ანტიარითმული პრეპარატებით მკურნალობის უკუჩვენებების დროს **D (GPP)**
- კარდიოვერსიისათვის შეუსაბამო **D (GPP)**
- მიმდინარეობს გულის უკმარისობის გარეშე **B**

R13. რითმის კონტროლის სტრატეგიას საწყის ეტაპზე, ენიჭება უპირატესობა პერსისტიული ფორმის წყ–ით შემდეგ პაციენტებში:

- სიმპტომური **D (GPP)**
- მეტად, ახალგაზრდა ასაკი **C**
- პირველად აღმოცენებული იზოლირებული წყ **D (GPP)**
- მეორადი წყ ნამკურნალევი/კორექტირებული პრეცეპიტანტი **D (GPP)**
- გულის უკმარისობით მიმდინარე **C**

რითმის კონტროლი წინაგულთა ფიბრილაციის დროს

R14. ანტიარითმული პრეპარატების დანიშვნა არ ესაჭიროება პაციენტებს წფ-ით, სადაც კორექტირებულია პრეციპიტანტი (მაგ.: გულმკერდის ინფექცია ან ცხელება) და კარდიოვერსია წარმატებით განხორციელდა, ამასთანავე, არ არის რისკ-ფაქტორები რეციდივისათვის. **D (GPP)**

R15. ანტიარითმული პრეპარატების დანიშვნა, სინუსური რითმის შენარჩუნების მიზნით, ესაჭიროება პერსისტიული ფორმის წფ-ით პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ გულის სტრუქტურული დაავადებები:

- საწყისი მკურნალობა ინიშნება სტანდარტული ბეტა ბლოკერებით. **D (GPP)**
- სადაც სტანდარტული ბეტა ბლოკერი უეფექტოა ან უკუნაჩვენებია ან არატოლერანტულია პაციენტი, სამკურნალოდ ენიშნება ამიოდარონი (Amiodarone). **A**

R16. ანტიარითმული პრეპარატების დანიშვნა სინუსური რითმის შენარჩუნების მიზნით, ესაჭიროება პერსისტიული წფ-ის მქონე პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ გულის სტრუქტურული დაავადებები:

- საწყისი მკურნალობა ინიშნება სტანდარტული ბეტა ბლოკერებით. **D (GPP)**
- სადაც სტანდარტული ბეტა ბლოკერი უეფექტოა ან უკუნაჩვენებია ან არატოლერანტულია პაციენტი, ენიშნება სამკურნალოდ:
 - 1c კლასის მედიკამენტები C ან
 - სოტალოლი (Sotalol) **D (GPP)**
- როდესაც სხვა კლასის მედიკამენტები არაეფექტურია, უკუნაჩვენებია ან არატოლერანტულია, უნდა დაინიშნოს ამიოდარონი (Amiodarone). **B**

ანტირომბული მკურნალობა პერსისტიული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაციის დროს

R17. კარდიოვერსიის დაწყებამდე, სულ ცოტა, სამი კვირის განავლობაში პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ თერაპიული ანტიკოაგულაციური მკურნალობა ვარფარინით (სამიზნე **INR 2.5**, დიაპაზონი 2.0–დან 3.0). **C**

R18. წარმატებული კარდიოვერსიის შემდეგ, სულ ცოტა, ოთხი კვირის განმავლობაში, პაციენტებს უნდა შეუნარჩუნდეთ თერაპიული ანტიკოაგულაციური მკურნალობა ვარფარინით (სამიზნე **INR 2.5**, დიაპაზონი 2.0–დან 3.0). **D (GPP)**

R19. თუ კი კარდიოვერსიის გადავადება არ შეიძლება სამი კვირით:

- კარდიოვერსიის დაწყებამდე უნდა დაენიშნოს ჰეპარინი. **D**
- კარდიოვერსიის შემდეგ, უნდა დაენიშნოს ვარფარინი, სულ მცირე, 4 კვირის განმავლობაში. **D (GPP)**

R20. ხანგრძლივი ვადით ანტიკოაგულაციური თერაპია უნდა გაგრძელდეს კარდიოვერსიის შემდეგ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ წ/ფ რეციდივის მაღალი რისკი

ან სადაც ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციის ალგორითმით არის ნაჩვენები. **D (GPP)**

წ/ფ რეციდივის მაღალი რისკის ფაქტორებია:

- წარუმატებელი კარდიოვერსიის ისტორია/მცდელობა
- მიტრალური სარქველების დაავადება, მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია ან გადიდებული მარცხენა წინაგული.
- წფ 12 თვეზე მეტი დროით გახანგრძლივების ისტორია
- წფ რეციდივების ისტორია

R21. ანტიკოაგულაციური მკურნალობა არ ესაჭიროება პაციენტებს, რომელთაც ჩაუტარდათ წარუმატებელი კარდიოვერსია, აღდგა სინუსური რითმი და დადგენილია, რომ წფ-ის ხანგრძლივობა 48 საათზე ნაკლებია. **D (GPP)**

R22. წინაგულების თრთოლვით ან წფ-ით ყველა პაციენტს, უნდა ჩაუტარდეს ანტითრომბული მკურნალობა. **D (GPP)**

პერმანენტული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაციის მკურნალობა

პერმანენტული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაცია არის უკვე ჩამოყალიბებული წფ, რომელიც გრძელდება; დასრულდა, მაგრამ ისევ განვითარდა რეციდივი ან კარდიოვერსიის მცდელობა საერთოდ არ განხორციელებულა.

მნიშვნელოვანია შეირჩეს ყველაზე ეფექტური მკურნალობის სტრატეგია პერმანენტული წფ პაციენტებში, განისაზღვროს რითმის კონტროლისა და თრომბოპროფილაქტიკის საჭიროება. განხორციელდეს ანტითრომბული თერაპიის ოპტიმიზაცია რისკებისა და სარგებლის გათვალისწინებით.

კონსენსუსის საფუძველზე მიღებული თანამედროვე რეკომენდაცია გვთავაზობს: მოსვენების მდგომარეობაში სამიზნე გულისცემა წუთში უნდა იყოს 90 –ზე ნაკლები, ხოლო დატვირთვისას 180–ზე ნაკლები.

R23. სიხშირის კონტროლი პერმანენტული ფორმის წფ მკურნალობის პროცესში:

- ყველა პაციენტში, უპირატესობა ენიჭება, საწყის მონოთერაპიას ბეტა ბლოკერებით ან სიხშირის მალიმიტირებელი კალციუმის ანტაგონისტებით. **A**
 - დიგოქსინით მონოთერაპია უნდა დაინიშნოს მხოლოდ ხანგრძლივად მჯდომარე პაციენტებში. **D (GPP)**
-

R24. პერმანენტული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაციის დროს მონოთერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში: **B**

- ნორმალური აქტივობების დროს, გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით, უნდა დაენიშნოს ბეტა ბლოკერები ან სიხშირის მალიმიტირებელი კალციუმის ანტაგონისტები დიგოქსინთან ერთად.
- როგორც ნორმალური აქტივობების, ასევე დატვირთვის შემთხვევაში, გულისცემის სიხშირის კონტროლის მისაღწევად რეკომენდებულია, სიხშირის მალიმიტირებელი კალციუმის ანტაგონისტების დანიშვნა დიგოქსინთან ერთად.

ანტითრომბული თერაპია პერმანენტული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაციის დროს

- R25.
- პაციენტს უნდა განემარტოს და მასთან უნდა მოხდეს შეთანხმება, ანტითრომბული მკურნალობის დანიშვნაზე, აღნიშნული მკურნალობის რისკებსა და სარგებელზე. **D (GPP)**
 - როდესაც დანიშნულია ანტითრომბოზული მკურნალობა ინსულტისა და/ან თრომბოემბოლიზმის პრევენციისათვის:
 - ყველაზე ეფექტურია ვარფარინით მკურნალობა, როდესაც პრეპარატის დოზა კარგადაა დარეგულირებული. **A**
 - ყველაზე ეფექტურია მკურნალობა, როდესაც ვარფარინის მაკორექტირებელი დოზა ინარჩუნებს საერთაშორისო ნორმალიზებული ფარდობის (INR) სამიზნე დონეს 2.5 –ის ფარგლებში (დიაპაზონი 2.0–დან 3.0). **A**
 - სადაც ვარფარინი ვერ ინიშნება, უნდა დაენიშნოს ასპირინი (75 მგ–დან 300 მგ–მდე დღეში). **B**
 - თუ ვარფარინი დანიშნულია, არ უნდა დაემატოს ასპირინი თრომბოპროფილაქტიკის მიზნით, რადგან ეს არ იძლევა დამატებით სარგებელს. **B**

პაროქსიზმული წინაგულთა ფიბრილაციის მკურნალობა

პაროქსიზმის სუპრესიის მიზნით, მნიშვნელოვანია, შეირჩეს ყველაზე ეფექტური მკურნალობის სტრატეგია და განისაზღვროს რითმის კონტროლის სტრატეგია შესაბამისი ალგორითმის საფუძველზე. აგრეთვე, რომელ პაციენტს ესაჭიროება უსაფრთხო და ეფექტური „აბი ჯიბეში“-ს (მედიკამენტის მართვის სტრატეგია, როდესაც პაციენტი თვითონ დამოუკიდებლად იღებს ანტიარითმულ პრეპარატს, მხოლოდ პაროქსიზმული შეტევის დროს. ხანგრძლივი მკურნალობა ანტიარითმული პრეპარატებით იშვიათი პაროქსიზმის სუპრესიისათვის, არ არის გამართლებული, შედარებით მაღალი ტოქსიურობის გამო) სტრატეგია.

განხორციელდეს ანტითრომბული თერაპიის ოპტიმიზაცია რისკებისა და სარგებლის გათვალისწინებით.

რითმის კონტროლი პაროქსიზმული წინაგულთა ფიბრილაციის დროს

- R26. როდესაც პაციენტს აღენიშნება იშვიათი პაროქსიზმი და მცირე სიმპტომები, ან როდესაც სიმპტომები გამოწვეულია ცნობილი პრეციპიტანტების მიერ (როგორცაა ალკოჰოლი, კოფეინი), განიხილება „მედიკამენტის არდანიშვნის“ ან „აბი ჯიბეში“-ს სტრატეგია, რომელიც უნდა იყოს პაციენტისთვის კარგად განმარტებული და შეთანხმებული. **D (GPP)**

- R27. **სიმპტომური პაროქსიზმული წვდ დროს** გულის სტრუქტურული დაზიანებით ან მის გარეშე, (კორონარული არტერიული დაავადების ჩათვლით) საწყისი მკურნალობის საუკეთესო ვარიანტია ბეტა ბლოკერებით სტანდარტული მკურნალობა. **D (GPP)**

სიმპტომური პაროქსიზმული წვდ მართვა, რომელიც მიმდინარეობს გულის სტრუქტურული დაზიანების გარეშე:

- თუ სიმპტომური სუპრესია არ განხორციელდა სტანდარტული ბეტა ბლოკერებით, ინიშნება:
 - 1c კლასის პრეპარატი (როგორცაა ფლექაინიდი (Flecainide) და პროპაფენონი (Propafenone) D (GPP) ან
 - სოტალოლი (Sotalol) პროგრესული ტიტრაციით 80 მგ–დან 240 მგ–მდე დღეში ორჯერ. D (GPP)
- თუ სიმპტომური სუპრესია არ განხორციელდა სტანდარტული ბეტა ბლოკერებით, 1c კლასის პრეპარატით ან სოტალოლით, ინიშნება ამიოდარონი (Amiodarone) B
- არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციის მიზნით, განხილული უნდა იქნას რეფერალი მეორეულ დონეზე A

R28. პაროქსიზმული წფ–ის მართვაკორონარული არტერიების დაავადების დროს:

- თუკი სტანდარტული ბეტა ბლოკერებით ვერ ვაღწევთ სიმპტომების სუპრესიას, უნდა დაენიშნოს სოტალოლი (Sotalol) პროგრესული ტიტრაციით D (GPP)
- თუ სიმპტომური სუპრესია არ განხორციელდა სტანდარტული ბეტა ბლოკერებით ან სოტალოლით, ინიშნება ამიოდარონი (Amiodarone) B
- განხილული უნდა იქნას რეფერალი მეორეულ დონეზე არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციის მიზნით A

R29. პაროქსიზმული წფ–ის მართვა, როდესაც სახეზეა მარცხენა პარკუჭის დაქვეითებული ფუნქცია:

- თუკი რუტინული მენეჯმენტის სტრატეგიის ფონზე სტანდარტული ბეტა ბლოკერებით ვაღწევთ სიმპტომების/პაროქსიზმის სუპრესიას, შემდგომი მკურნალობა პაროქსიზმისათვის აღარ ესაჭიროება. D (GPP)
- თუ სიმპტომური სუპრესია არ განხორციელდა სტანდარტული ბეტა ბლოკერებით, ინიშნება ამიოდარონი (Amiodarone) B ან
- არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციის მიზნით, განხილული უნდა იქნას რეფერალი მეორეულ დონეზე A

R30. პაროქსიზმული წფ პრეპარატებით ხანგრძლივი მკურნალობა საჭიროებს მონიტორინგს მკურნალობის გაგრძელების საჭიროებასა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების განვითარებაზე მეთვალყურეობის მიზნით. D (GPP)

მკურნალობის სტრატეგია პაროქსიზმული წინაგულთა ფიბრილაციის დროს

R31. პაროქსიზმული წფ დროს „აბი ჯიბეში“-ს სტრატეგია განხილული უნდა იყოს იმ პაციენტებში: C

- ვისაც არა აქვს მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია, სარქვლოვანი ან გულის იშემიური დაავადება;
- აქვს პაროქსიზმის იშვიათი სიმპტომური ეპიზოდები; და
- აქვს სისტოლური არტერიული წნევა მეტი 100 mmHg–ზე და გულისცემის სიხშირე მოსვენებულ მდგომარეობაში 70–ზე მეტი
- შეუძლია გაიგოს როგორ და როდის უნდა მიიღოს მედიკამენტი.

პაროქსიზმული წინაგულთა ფიბრილაციის ანტითრომბული თერაპია

R32. პაროქსიზმული წვ პაციენტებში ანტითრომბოზული მკურნალობის ჩატარებაზე გადაწყვეტილება არ ემყარება პაროქსიზმების სიხშირესა და ხანგრძლივობას (სიმპტომურია თუ არ არის სიმტომური), არამედ ის ეფუძნება შესაბამისი რისკის სტრატეგიკაციას, როგორც პერმანენტული წვ –ის დროს.

წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავე შეტევის მკურნალობა

მწვავე წინაგულთა ფიბრილაციის მართვა ჰემოდინამიკური არასტაბილურობის დროს
ქვემოთ განხილულია წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავე შეტევის მართვა, მიუხედავად იმისა, ახლადწარმოქმნილია შეტევა თუ არა. აგრეთვე, განხილულია თრომბოპროფილაქტიკის საკითხები და ყველაზე ეფექტური გადაუდებელი ჩარევა ჰემოდინამიკური არასტაბილობის დროს (იხილეთ ქვემოთ – ჰემოდინამიკურად არასტაბილური წინაგულთა ფიბრილაციის გადაუდებელი დახმარების ალგორითმი).

R33. **მწვავე წინაგულთა ფიბრილაციის მართვა სიცოცხლისათვის საშიში ჰემოდინამიკური არასტაბილურობის დროს:**

თუკი მწვავედ განვითარებულმა წვ გამოიწვია ჰემოდინამიკის სტაბილურობის, სიცოცხლისათვის საშიში, დარღვევა, გადაუდებლად უნდა განხორციელდეს ელექტრული კარდიოვერსია მიუხედავად წვ მიმდინარეობის ხანგრძლივობისა. **D**

R34. **მწვავე წინაგულთა ფიბრილაციის მართვა ჰემოდინამიკური არასტაბილურობის დროს, რომელიც არ მიეკუთვნება სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობებს:**

თუკი მწვავედ განვითარებულმა წვ გამოიწვია ჰემოდინამიკის სტაბილურობის, სიცოცხლისათვის არასაშიში, დარღვევა, უნდა განხორციელდეს:

- ელექტრული კარდიოვერსია **D**
- სადაც ვერ ხერხდება ელექტრული კარდიოვერსიის ორგანიზება, ინტრავენურად უნდა დაენიშნოს ამიოდარონი (Amiodarone) **D**
- ვოლფ–პარკინსონ–უაიტის სინდრომის (WPW) შემთხვევაში: **D (GPP)**
 - ფლექაინიდი (Flecainide) არის შერჩევის პრეპარატი მედიკამენტოზური კარდიოვერსიის ჩატარების მცდელობისათვის.
 - ატრიოვენტრიკულური კვანძის ბლოკერების (როგორცაა დილტიაზემი, ვერაპამილი) ან დიგოქსინის დანიშვნა არ შეიძლება.

R35. **პერმანენტული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაციის სამკურნალოდ არასტაბილური ჰემოდინამიკით პაციენტებში, რაც ძირითადად გამოწვეულია მარცხენა პარკუჭის სიხშირის ცუდი კონტროლით, უნდა განხილულ იქნას ფარმაკოლოგიური სიხშირის კონტროლის სტრატეგია. **D****

R36. იმ შემთხვევაში, თუკი ნაჩვენებია გადაუდებელი ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის განხორციელება, უნდა დაენიშნოს ინტრავენურად ერთერთი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგანი: **D**

- ბეტა ბლოკერები ან სინშირის მალიმიტირებელი კალციუმის ანტაგონისტები
- ამიოდარონი (Amiodarone) იქ სადაც, ბეტა ბლოკერები ან სინშირის მალიმიტირებელი კალციუმის ანტაგონისტები უეფექტოა ან წინააღმდეგნაჩვენებია.

ანტირომბოზული მკურნალობა წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავედ დაწყებისას

R37. პაციენტებში, რომლებიც არ იღებენ, ან იტარებენ ანტიკოაგულაციას მხოლოდ სუბთერაპიული დოზებით: **D (GPP)**

- მკურნალობა იწყება ჰეპარინით, წინააღმდეგეგვნიების არ არსებობის შემთხვევაში.
- ჰეპარინით მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს მანამ, ვიდრე არ მოხდება რისკების სრული შეფასება და შესაბამისი ანტირომბოზული მკურნალობის დანიშვნა, რაც თავის მხრივ, ეფუძნება ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციას (იხ. ინსულტის სტრატეგიკაციისა და თრომბოპროფილაქტიკის ალგორითმი).

R38. პაციენტებში მწვავე წფ–ით, რომელთაც აქვთ დადასტურებული პფ მწვავე შეტევის დაწყების დრო და თუ ეს დრო განისაზღვრება არა უმეტეს 48 საათისა შეტევის დაწყებიდან, გამოიყენება ორალური ანტიკოაგულაცია, თუ:

- სტაბილური სინუსური რითმი არ აღსდგა შეტევის დაწყებიდან 48 საათის განმავლობაში

ან

- წარმოდგენილია წფ –ის რეციდივის სხვა რისკ–ფაქტორებიც

ან

- რეკომენდებულია ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციის ალგორითმით (იხ. ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციის ალგორითმი).

R39. თუკი დაუდგენელია მწვავე წფ დაწყების დრო ორალური ანტიკოაგულაციური თერაპია ხორციელდება იმავე სქემით, როგორც გამოიყენება პერსისტული ფორმის წფ–ის შემთხვევაში. **D (GPP)**

R40. როდესაც პაციენტი მწვავე წფ–ით ჰემოდინამიკურად არასტაბილურია, საჭიროა გადაუდებელი მკურნალობის დაწყება, რაც შეიძლება სწრაფად.

არ შეიძლება გადაუდებელ ინტერვენციის დაყოვნება, პირველად ანტიკოაგულაციური მკურნალობის დაწყების მოტივით. **D (GPP)**

პოსტოპერაციული წინაგულთა ფიბრილაცია

მედიკამენტოზური პროფილაქტიკა

- R41. პაციენტებს, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეთ კარდიოთორაკალური ოპერაცია:
- წყვეტილი პოსტოპერაციული რისკი უნდა შეუმცირდეთ ერთერთის მიცემით:
 - ამიოდარინი **A**
 - ბეტა ბლოკერი **A**
 - სოტალოლი **A**
 - სიხშირის მალიმიტირებელი კალციუმის ანტაგონისტი **B**
 - არ გამოიყენო დიგოქსინი **B**
 - პაციენტები, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეთ გულის ოპერაცია და იტარებდნენ მკურნალობას ბეტა-ბლოკერებით, უნდა გააგრძელონ ეს მკურნალობა, თუკი არ განვითარდა მისი მიღების წინააღმდეგჩვენება (როგორცაა პოსტოპერაციული ბრადიკარდია ან ჰიპოტენზია). **A**

პოსტოპერაციული წინაგულთა ფიბრილაციის მკურნალობა

- R42.
- კარდიოთორაკალური ოპერაციის ჩატარების შემდეგ, წყვეტილი პაციენტებში, თუ არ არსებობს წინააღმდეგჩვენება, პირველი არჩევის ვარიანტი არის რითმის კონტროლის სტრატეგიის შემუშავება. **C**
 - უკუჩვენების შემთხვევაში, წყვეტილი მართვა, არაკარდიოთორაკალური ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, ისეთივეა, როგორც ნებისმიერი პრეციპიტანტით გამოწვეული მწვავე წყვეტილი **D (GPP)**
 - პოსტოპერაციული წყვეტილი პრევენციის და მართვის მიზნით, უნდა დაინიშნოს შესაბამისი ანტითრომბული თერაპია და განხორციელდეს იდენტიფიცირებადი მიზეზების კორექცია (როგორცაა ელექტროლიტური დისბალანსი ან ჰიპოქსია). **D (GPP)**

ანტითრომბული მკურნალობა

ძალიან მნიშვნელოვანია ყველაზე ეფექტური ანტითრომბული თერაპიის დანიშვნა წყვეტილი პაციენტებში, რომელთაც გადაიტანეს ინსულტი/ტრანზიტორული იშემიური შეტევა და ასიმპტომურ პაციენტებში წყვეტილი. აგრეთვე, თრომბოპროფილაქტიკის ოპტიმიზაცია ყველა პაციენტში წყვეტილი, რისკისა და სარგებლის გათვალისწინებით.

- R43. ახლად დიაგნოსტირებული წყვეტილი პაციენტებში, ანტითრომბოზული თერაპიის ჩვენების შემთხვევაში, მკურნალობა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე მას შემდეგ, რაც განხორციელდება თანმხლები მდგომარეობების შესაბამისი მართვა. **D (GPP)**

წინაგულთა ფიბრილაციით პაციენტებში მწვავე ინსულტის/ტრანზიტორული იშემიური შეტევის ანტითრომბოზული მკურნალობა

- R44. ინსულტით პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის დროს, ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყებამდე, უნდა იმართოს არაკონტროლირებული ჰიპერტენზია. **D (GPP)**

R45. მწვავე ინსულტითა და წფ – ით პაციენტებში უნდა ჩატარდეს: **D (GPP)**

- კომპიუტერული ტომოგრაფია ან მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა ცერებრული ჰემორაგიის გამოსარიცხად.
- სადაც არის ჰემორაგია, არ შეიძლება ანტიკოაგულაციური თერაპიის ჩატარება.
- სადაც არ არის ჰემორაგია, ანტიკოაგულაციური მკურნალობა უნდა დაიწყოს 2 კვირის შემდეგ.
- ანტიკოაგულაციური თერაპია, უნდა გადავადდეს დიდი ცერებრული ინფარქტის დროს.

R46. მწვავე ტრანზიტორული იშემიური შეტევით პაციენტებში წინაგულების ფიბრილაციის დროს:

- უნდა ჩატარდეს კომპიუტერული ტომოგრაფია ან მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა ახალი ცერებრალური ინფარქტის ან ჰემორაგიის გამორიცხვის მიზნით.
- არარსებობის შემთხვევაში, მათი ანტიკოაგულაციური თერაპია უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე.

ანტირომბოზული მკურნალობა ინსულტის/ტრანზიტორული იშემიური შეტევის გადატანის შემდეგ პაციენტებში, წინაგულების ფიბრილაციით

- R47.
- ვარფარინი უნდა დაინიშნოს, როგორც ყველაზე ეფექტური თრომბოპროფილაქტიკური საშუალება. **A**
 - ასპირინი ან დიპირიდამოლი არ ინიშნება თრომბოპროფილაქტიკისათვის, თუ არ არის თანმხლები ან ვასკულური დაავადება. **D (GPP)**
 - ვარფარინით მკურნალობა უნდა დაინიშნოს მნიშვნელოვანი კომორბიდული მდგმარეობების (როგორცაა ჰიპერტენზია) შესაბამისი მკურნალობისა და რისკის/სარგებლის ფარდობის შეფასების შემდეგ. **D (GPP)**

ხანგრძლივი ანტიკოაგულაციის რისკები

R48. ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყებამდე, პაციენტის კლინიკური შეფასებისას, უნდა შეფასდეს სისხლდენის რისკი.

პაციენტს ექიმი უნდა ესაუბროს ერთად ორივე თემაზე, როგორც ანტირომბოზული მკურნალობის სარგებელზე, ასევე, გრძელვადიანი ანტიკოაგულაციური თერაპიის ჩატარებისას, სისხლდენის პოტენციურ რისკზე.

განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ:

➤ 75 წლის ზევით ასაკის პაციენტებს **D**

- პაციენტებს, რომლებიც იღებენ ანტიპლატელეტურ მედიკამენტებს (როგორცაა ასპირინი ან კლოპიდოგრელი) ან არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტებს **C**
- პაციენტებს, რომელთაც დანიშნული აქვთ ბევრი სხვადასხვა პრეპარატი (პოლიფარმაცია) **C**

- პაციენტებს, არაკონტროლირებადი ჰიპერტენზიით C
- პაციენტებს, სისხლდენის ისტორიით (როგორცაა მაგ.: პეპტიური წყლული ან ცერებრული ჰემორაგია) C
 - პაციენტებს, რომელთაც აქვთ ანტიკოაგულაციური თერაპიის ცუდად კონტროლის ანამნეზი. D (GPP)

ინსულტისა და თრომბოემბოლიზმის რისკ-ფაქტორები

R49. ინსულტისა და თრომბოემბოლიზმის რისკ-ფაქტორების განსაზღვრისა და შესაფერისი თრომბოპროფილაქტიკის ჩასატარებლად, გამოიყენება ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციის ალგორითმი. C

რისკის სტრატეგიკაცია განმეორებით უნდა იქნას განხილული ყოველთვის, როდესაც ხდება ინდივიდუალური რისკ-ფაქტორების მიმოხილვა. D (GPP)

მონიტორინგი

მონიტორინგი ხანგრძლივი ანტიკოაგულაციის დროს

R50. წინაგულების ფიბრილაციით პაციენტებში, რომლებიც საჭიროებენ ხანგრძლივ ანტიკოაგულაციას, აუცილებლად უნდა იქნას განხილული თვითმონიტორინგის საკითხები, თუკი ეს არის მათი პრეფერენციული არჩევანი და აკმაყოფილებენ შემდეგ კრიტერიუმებს: C

- პაციენტს გააჩნია თვითმონიტორინგის განხორციელების, როგორც ფიზიკური, ასევე მენტალური შესაძლებლობა. თუკი ეს შეუძლებელია მაშინ პაციენტის მონიტორინგს აწარმოებს მისი მომვლელი/მზრუნველი.
- არის შესაბამისი დამხმარე საგანმანათლებლო პროგრამები პაციენტების და/ან მზრუნველების გასანათლებლად.
- რეგულარულად განხორციელდეს პაციენტის თვითმონიტორინგის შეფასება.
- რეგულარულად შემოწმდეს თვითმონიტორინგისათვის აღჭურვილობა ხარისხის კონტროლის პროგრამების გამოყენებით.

კარდიოვერსიის შემდგომი მეთვალყურეობა

- R51.
- წფ-ის წარმატებული კარდიოვერსიის შემდგომი მეთვალყურეობის ორგანიზაცია უნდა განხორციელდეს 1-ელ და მე-6 თვეზე სინუსური რითმის შენარჩუნების შეფასების მიზნით. D
 - მეთვალყურეობის 1-ელ თვეზე, ინდივიდუალურად უნდა განიხილებოდეს პაციენტის მდგომარეობა, კომორბიდული პრობლემების თვალსაზრისით და აგრეთვე, დანიშნული მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმები, რათა სწორად განისაზღვროს მომდევნო განმეორებითი შეფასებების განრიგი. D
 - ყველა მომდევნო მეთვალყურეობის ვიზიტზე, განმეორებით უნდა გადაიხედოს და შეფასდეს ანტიკოაგულაციური მკურნალობის საჭიროება, რისკი და სარგებელი. D (GPP)
 - თუკი პაციენტს მიმდინარე მეთვალყურეობის პერიოდში აღმოაჩნდა წფ-ის

რეციდივი, სრულყოფილად უნდა შეფასდეს რითმის კონტროლის ან სიხშირის კონტროლის სტრატეგიების საჭიროება. **D (GPP)**

- თუკი პაციენტი სტაბილურად ინარჩუნებს სინუსურ რითმს ექვსი თვის განმავლობაში და არ გააჩნია ჰოსპიტალური მეთვალყურეობის სხვა საჭიროება,, მის მიმდინარე მეთვალყურეობას, შესაბამისი მართვის გეგმით, აგრძელებს ოჯახის ექიმი. **D**
- მიეცეს რჩევა პაციენტს ყურადღება გაამახვილოს საკუთარ ჯანმრთელობაზე და სიმპტომების განმეორებისას, მიმართოს ექიმს. **D (GPP)**

პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან შემდგომი ინტერვენციების მიზნით

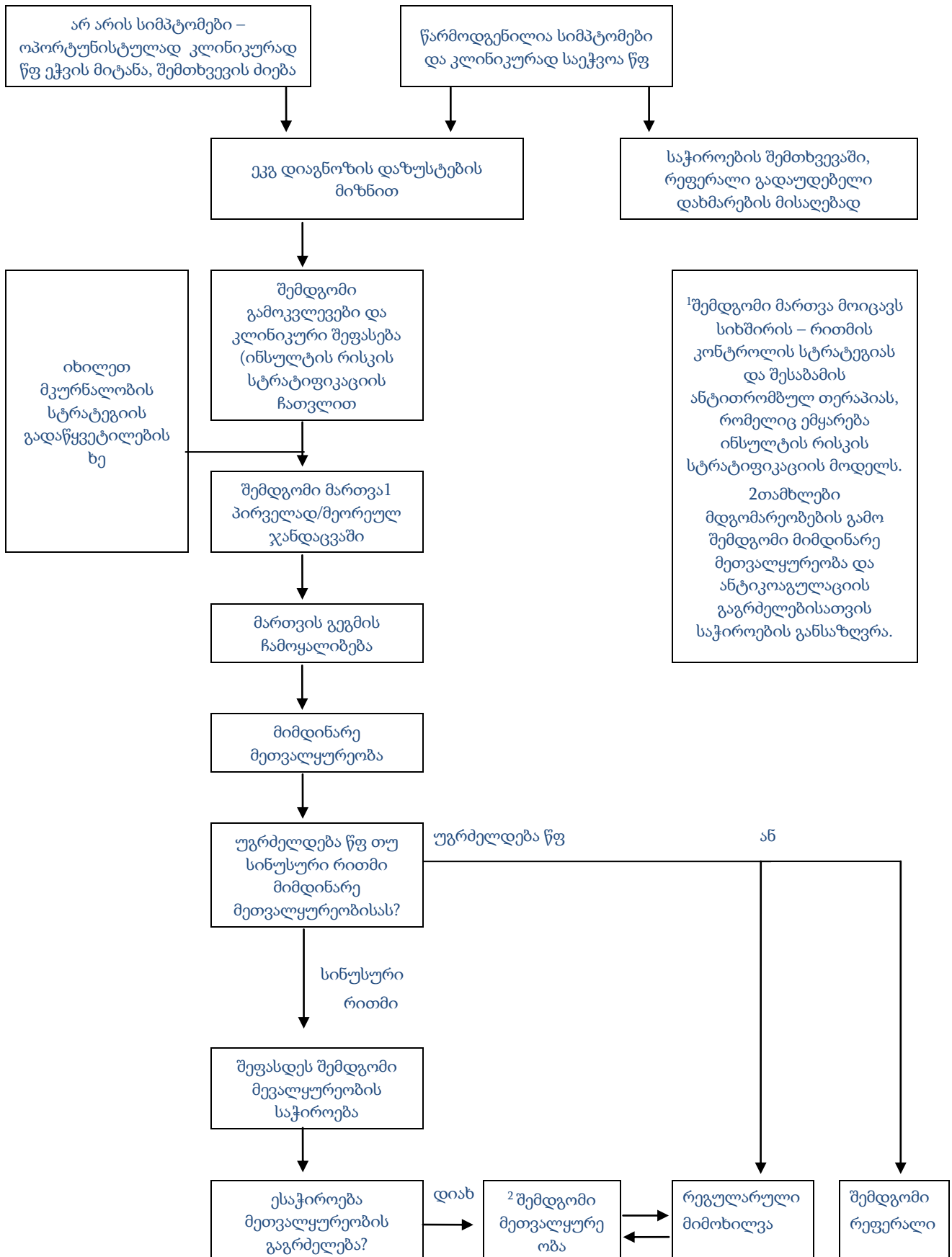
R52. შემდგომი ჩარევისა და სპეციალისტთან რეფერალის საკითხი ინტერვენციისათვის (როგორცაა პულმონური ვენების იზოლაცია, რითმის წამყვანის იმპლანტი, არითმიის ქირურგიული მკურნალობა -ატრივენტრიკულური შენაერთის კათეტერული აბლაცია ან ატრიული დეფიბრილატორის გამოყენება) უნდა იყოს განხილული იმ პაციენტებში:

- სადაც ფარმაკოლოგიური მკურნალობა წარუმატებელია **B**
- იზოლირებული წფ-ის დროს **B**
- რომელთაც აქვთ ელექტროფიზიოლოგიური დარღვევების (მაგ.: **WPW** ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი) ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემები **C**

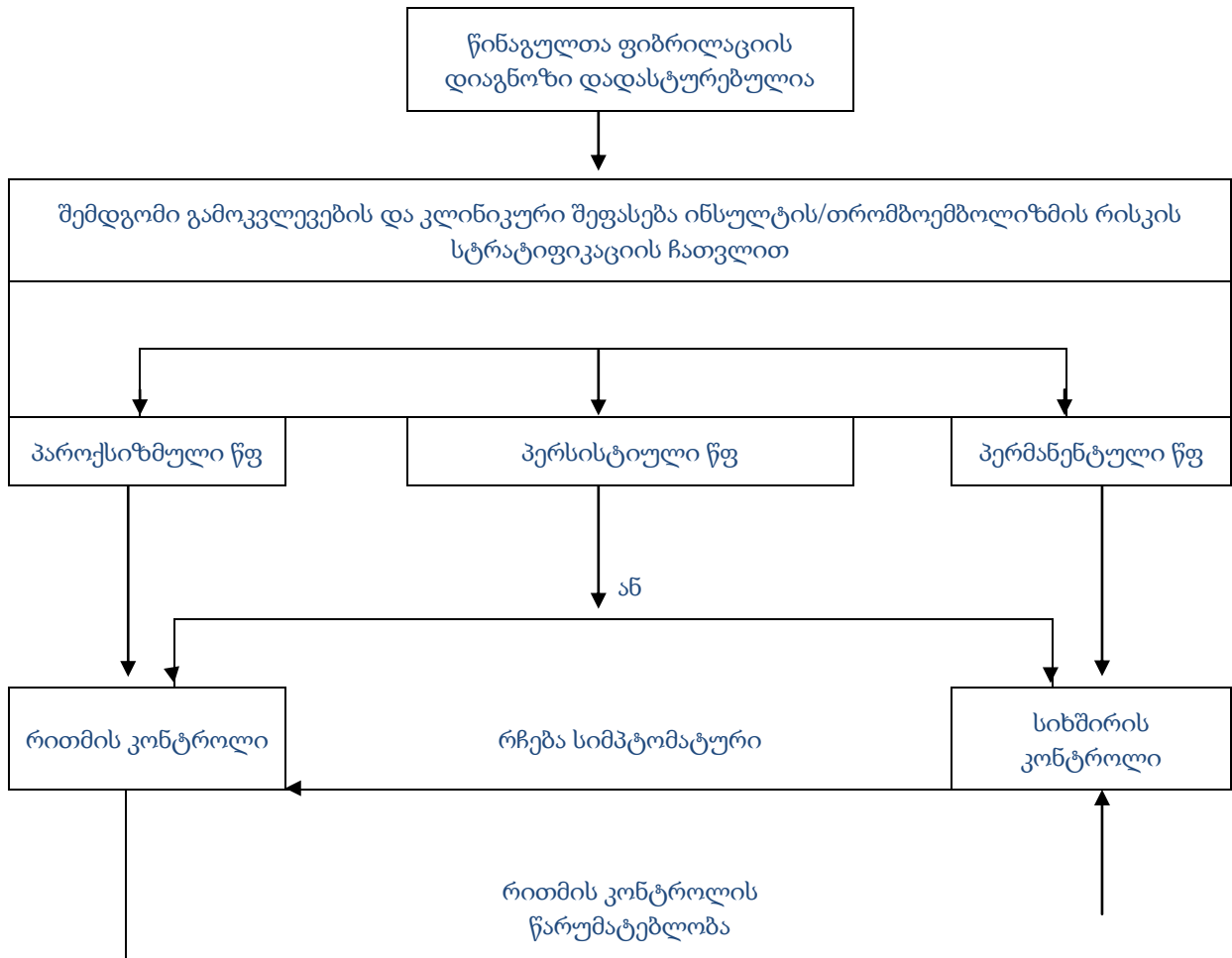
პაციენტს კარგად უნდა განემართოს მისი სპეციალისტთან რეფერალის მიზეზები. **D (GPP)**

8.6 ალგორითმები

წინაგულთა ფიბრილაციის მართვის გზამკვლევი



მკურნალობის მართვის სტრატეგიის გადაწყვეტილებების ხე



პირველ რიგში, გამოყენებული იქნას რითმის კონტროლი ყველა პაციენტში, პერსისტული წინაგულების ფიბრილაციის დროს:

- ვინც სიმპტომურია
- უფრო ახალგაზრდა ასაკში
- იზოლირებული წვ პირველი პრეზენტაცია
- მეორადად, მკურნალობის ან პრეციპიტაციური ფაქტორის კორექციის შემდეგ
- გულის შეგუბებითი უკმარისობით

პირველ რიგში, უნდა გამოყენებული იქნას სინშირის კონტროლი პაციენტებში, პერსისტული წინაგულების ფიბრილაციის დროს:

- 65 წლის ზევით
- კორონარულ არტერიების დაავადებით
- ანტარიტული პრეპარატების წინააღმდეგ ჩვენების
- *არასტაბილურია (შეუსაბამო) კარდიოვერსისისათვის

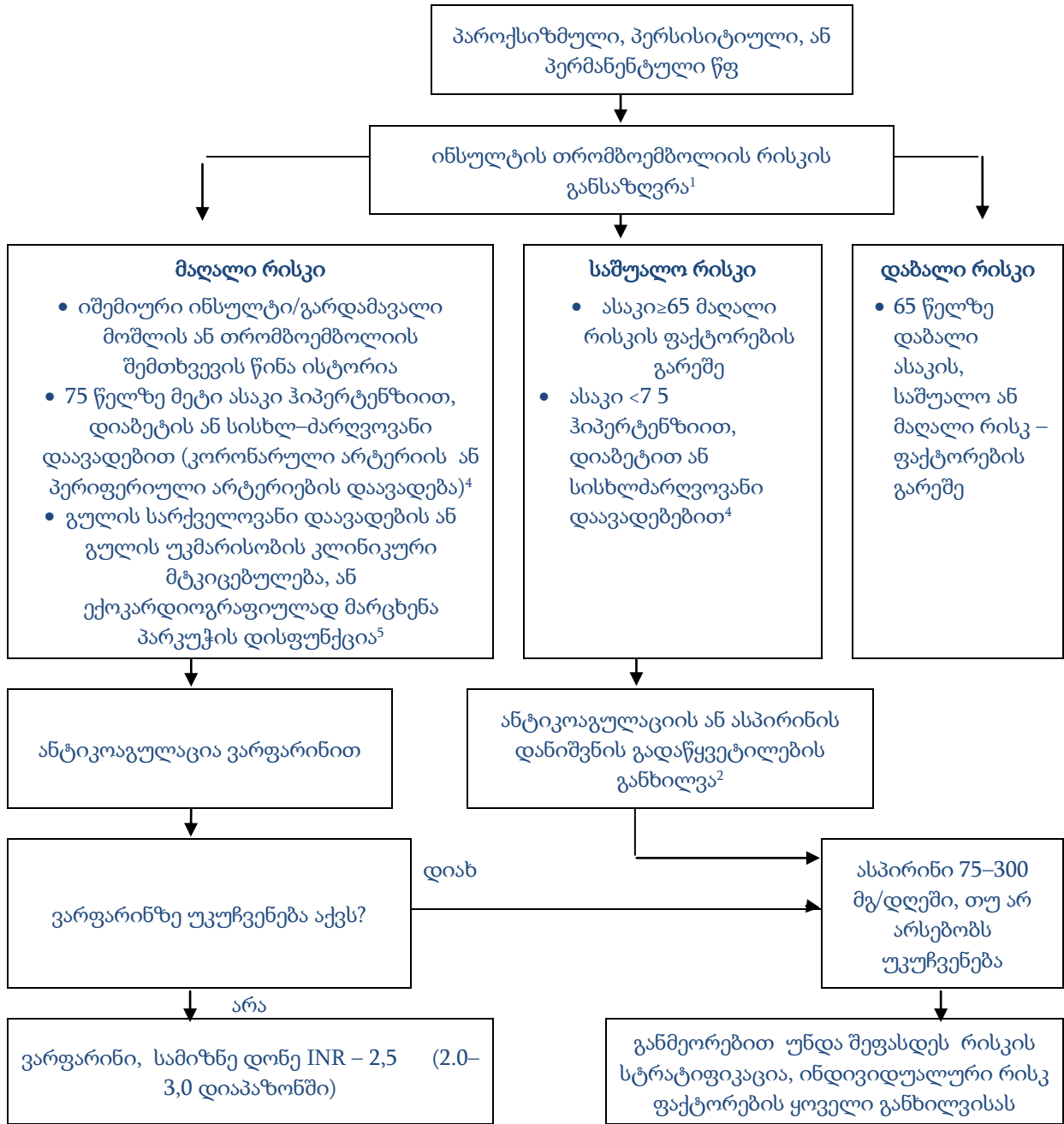
*შეუსაბამო კარდიოვერსისის მოიცავს შემდეგ მდგომარეობებს:

ანტიკოაგულაციის უკუჩვენება; გულის სტრუქტურული დაავადება (მაგ.: მარცხენა წინაგული >5,5 სმ, მიტრალური სტენოზი), რაც გამოიწვავს სინუსური რითმის ხანგრძლივ შენარჩუნებას; წინაგულთა ფიბრილაციის დიდი ხანგრძლივობა (როგორც წესი, მეტია 12 თვეზე) მრავალჯერადი წარუმატებელი ცდა კარდიოვერსის და/ან რელაფსი ანტარიტული პრეპარატების ან არაფარმაკოლოგიური მიდგომების ერთდროულად გამოყენების მიუხედავად; მიმდინარე, მაგრამ წვ შექცევადი მიზეზი (მაგ.: თირეოტოქსიკოზი).

ყველა შემთხვევაში გადაწყვეტილების მიღებამდე:

- ✓ პაციენტს უნდა განემარტოს ყველა სტრატეგიის ჩვენებები და უკუჩვენებები;
- ✓ განხილული უნდა იყოს კომორბიდული მდგომარეობა
- ✓ დაინიშნოს შესაბამისი ანტითრომბული მკურნალობა

ინსულტის სტრატეგიკაცია და თრომბოპროფილაქტიკა



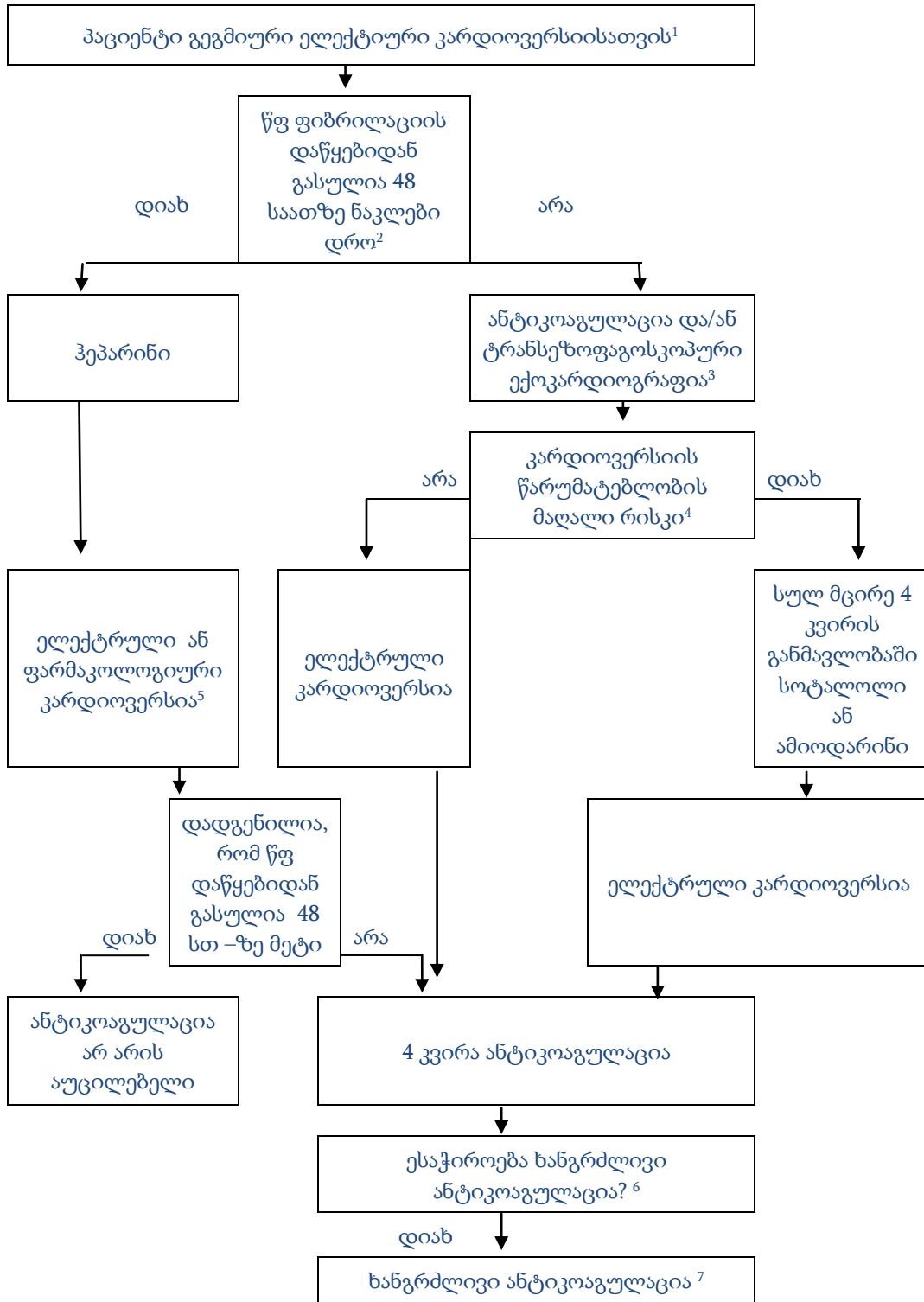
1. რისკ-ფაქტორები ერთმანეთს არ გამოირიცხავს, პირიქით, ემატება ერთმანეთს და ქმნიან რთული შემადგენლობის რისკებს. მაგ.: ინსულტის და თრომბოემბოლიის ინციდენტობა თირეოტოქსიკოზის მიზეზით გამოწვეული წყ-ის დროს მსგავსია სხვა ეტიოლოგიის წარმოშობის შემთხვევებისა, ამდენად ანტირომბულ მკურნალობაზე გადაწყვეტილება უნდა დაეფუძნოს ინსულტის ვალიდური რიკ-ფაქტორების არსებობას.

2. იმის გამო, რომ არ არსებობს ნათელი და სარწმუნო მტკიცებულებები, მკურნალობის გადაწყვეტილება უნდა მიღებულ იქნას ინდივიდუალური მიდგომით და ექიმმა უნდა შეაფასოს ვარფარინის თუ ასპირინის დანიშვნის რისკი და სარგებელი. ვინაიდან ინსულტის რისკ-ფაქტორები კუმულაციური ხასიათისაა, ვარფარინი, შესაძლოა, დაინიშნოს ინსულტის ორი ან რამდენიმე, საშუალო რისკ-ფაქტორის არსებობის შემთხვევაშიც. რეფერალი და ექოკარდიოგრაფია, ზოგჯერ, ეხმარება ექიმს გაურკვეველობის დროს.

3. კორონარული არტერიის დაავადება ან პერიფერიული არტერიის დაავადება

4. ექოკარდიოგრაფია არ გამოიყენება რუტინული მენეჯმენტის დროს, მაგრამ გვეხმარება რისკის სტრატეგიკაციაში საშუალო ან მწვავე მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის ან სარქვლოვანი დაავადების შემთხვევაში.

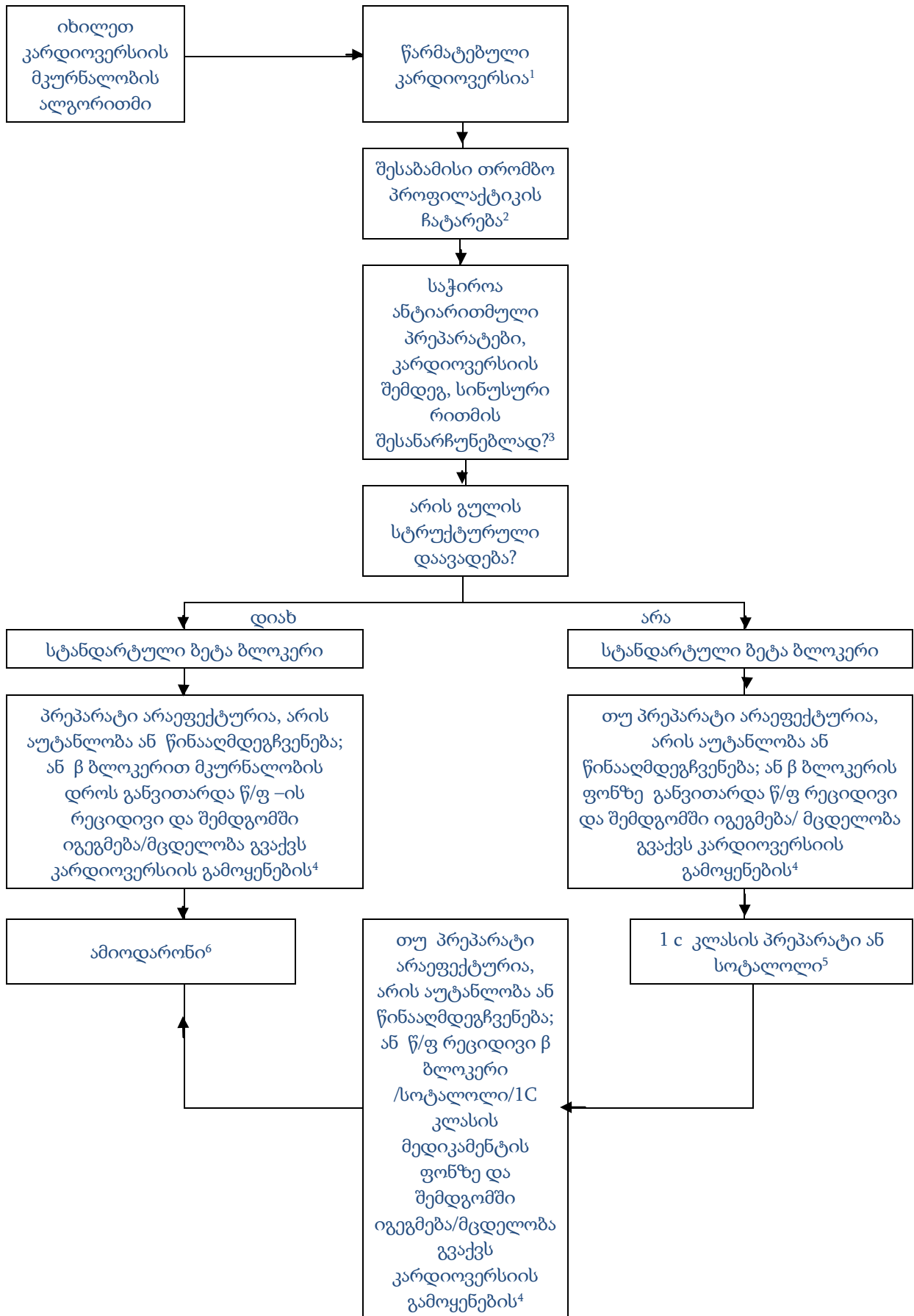
კარდიოვერსიის მკურნალობის ალგორითმი



1. რითმის კონტროლის სტრატეგიის (მ.შ. კარდიოვერსიის ჩათვლით) შემუშავებამდე, უნდა ჩატარდეს ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია.
2. ასევე, პაციენტთან ერთად უნდა იყოს განხილული, თითოეული ვარიანტის რისკები და სარგებელი, რომ პაციენტმა შესძლოს არჩევანის გაკეთება, თუ რომელ ვარიანტს ანიჭებს უპირატესობას;
3. ანტიკოაგულაციური თერაპია უნდა ჩატარდეს, სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში კარდიოვერსიამდე ან უნდა ჩატარდეს ტრანსკათეტერული ექოკარდიოგრაფიის ქვეშ კარდიოვერსია, პრეფერენციის, წინააღმდეგეჩვენების და პრაქტიკულობის გათვალისწინებით.
4. წარუმატებელი კარდიოვერსიის მაღალ რისკზე მიუთითებს წინა წარუმატებლობა ან წ/გ რეციდივი.

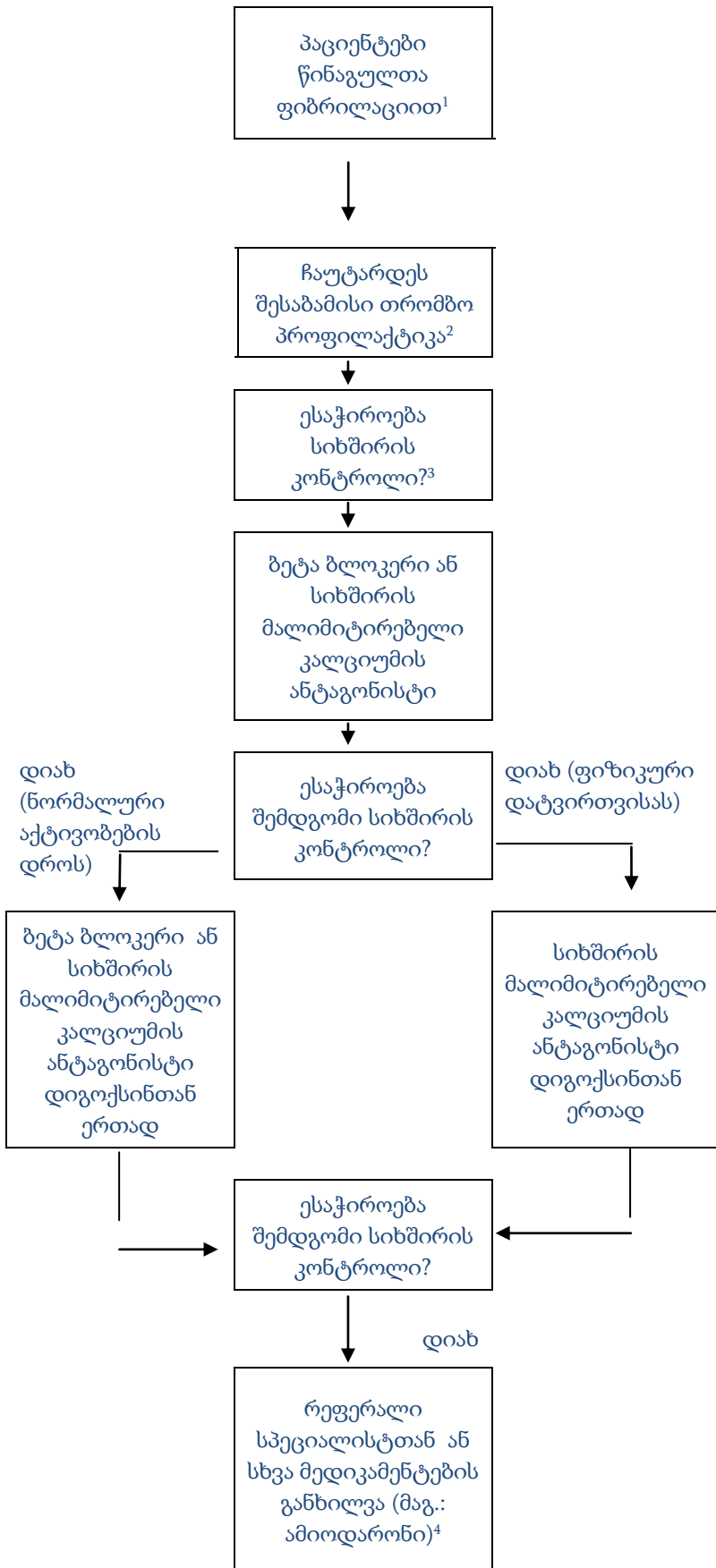
5. ინტრავენური ამიოდარონი (Amiodarone) არის არჩევის პრეპარატი პაციენტებში გულის სტრუქტურული დაავადებით, ფლექაინიდი (Flecainide) კი არის არჩევის პრეპარატი გულის სტრუქტურული დაავადების გარეშე.
6. როგორც განსაზღვრულია ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციის ალგორითმში ან სადაც მაღალია წ/ფ რეციდივის რისკი; პაციენტები წინაგულთა ფიბრილაციის 12 თვეზე მეტი დროის განმავლობაში მიმდინარეობის ისტორია, მიტრალური სარქველების დაავადება, მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია, გაფართოებული მარცხენა წინაგული ან წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივის ისტორია – ეს არის ის ჩამონათვალი, რომელთაც გააჩნიათ მოციმციმე არითმიის რეციდივის უფრო მაღალი რისკი.
7. ანტიკოაგულაციის დაინიშნისას INR –ის სამიზნე დონე არის 2,5 (დიაპაზონი – 2,0 დან 3,0).

რითმის კონტროლის მკურნალობის ალგორითმი პერსისტიული ფორმის წინაგულთა ფიბრილაციის დროს



1. პაციენტები პერსისტული ფორმის წინაგულების ფიბრილაციით, რომლებიც შერჩეული იქნა რითმის კონტროლის მკურნალობის სტრატეგიისათვის;
2. ეფუძნება ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციის ალგორითმს და კარდიოვერსიის მკურნალობის ალგორითმს;
3. ანტიარითმიული პრეპარატები არ არის საჭირო სინუსური რითმის შენარჩუნებისათვის იმ პაციენტებში, სადაც პრეციპიტაციის ფაქტორები (როგორცაა გულმკერდის ინფექცია, ცხელება და სხვ.) მოწესრიგებულია და კარდიოვერსია წარმატებულად განხორციელდა.
4. რუტინული მთავალყურეობა სინუსური რითმის შენარჩუნებაზე, რომელიც უნდა მოხდეს კარდიოვერსიიდან 1-ელ და მე-6 თვეზე. ნებისმიერ პაციენტს, რომელსაც აღმოაჩნდება წინაგულების ფიბრილაციის რეციდივი, უნდა შეფასდეს განმეორებით, სრულყოფილად, რითმის კონტროლის ან სიხშირის კონტროლის სტრატეგიის შემუშავების მიზნით.
5. 1c კლასის მედიკამენტებს მიეკუთვნება ფლეკანიდი (Flecainide) და პროპაფენონი (Propafenone). სოტალოლის (Sotalol) ტიტრაცია უნდა მოხდეს თანდათანობით 80 მგ-დან ორჯერ დღეში 240 მგ-მდე ორჯერ დღეში.
6. თუ რითმის კონტროლი წარუმატებელია, განიხილე სიხშირის კონტროლის სტრატეგია ან სპეციალისტთან გაგზავნა ისეთი პაციენტების, რომელთაც აქვთ მხოლოდ იზოლირებული წინაგულთა ფიბრილაცია ან ელექტროფიზიოლოგიური დარღვევების (მაგ.: WPW ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი) ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემები.

სიხშირის კონტროლის მკურნალობა პერმანენტული და პერსისტული ფორმის (ზოგ შემთხვევაში) წინაგულთა ფიბრილაციის დროს



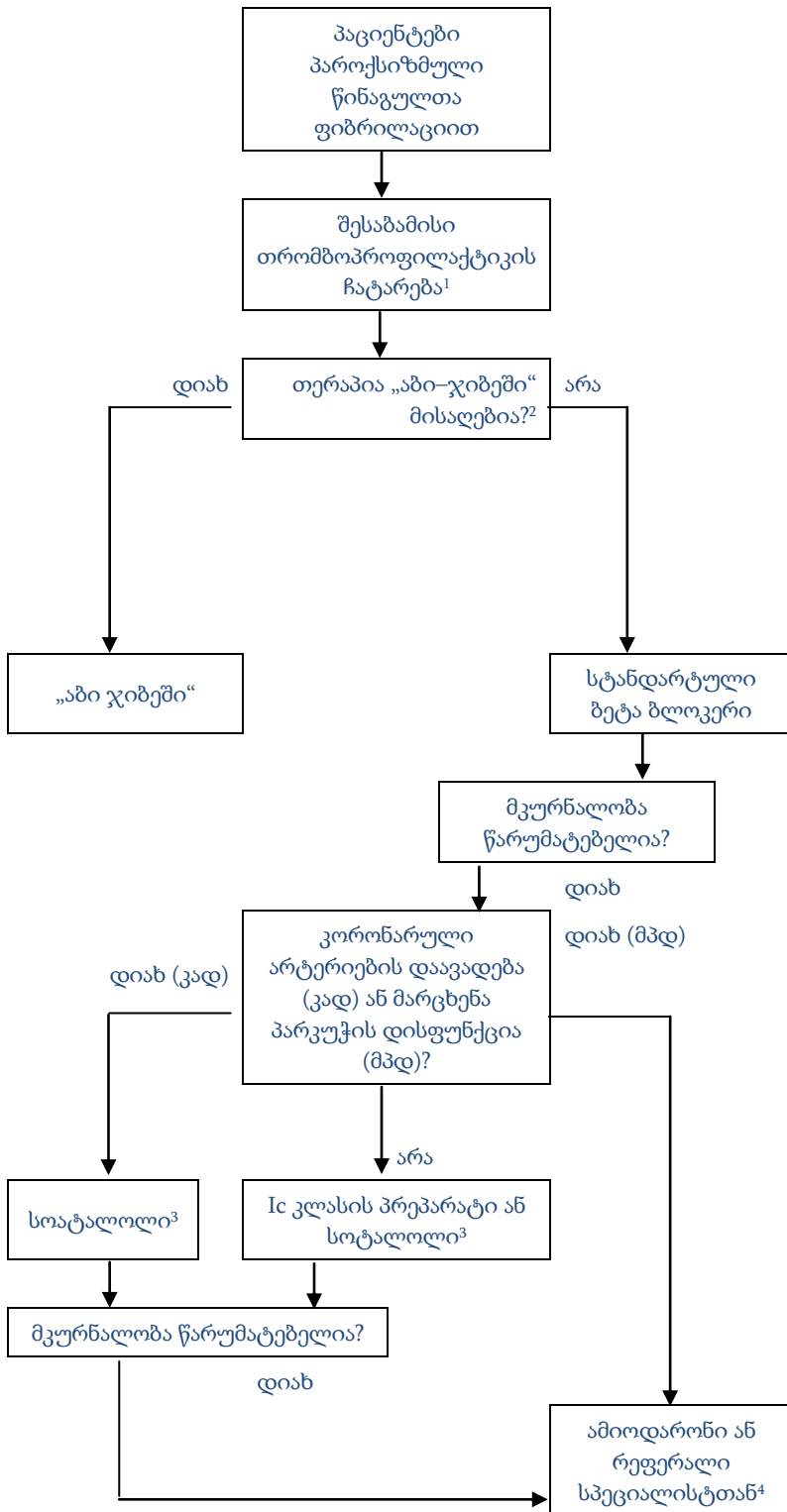
¹ პაციენტები პერმანენტული წყ-ით მოიცავს, აგრეთვე, პაციენტებს პერსისტული წყ-თაც, რომლებიც შერჩეულია რითმის კონტროლის მკურნალობის სტრატეგიისათვის.

² ეფუძნება ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციის ალგორითმს.

³ გულისცემის სამიზნე სიხშირე მოსვენებისას 90-ჯერ წუთში (გულისცემის სამიზნე სიხშირე 110-ჯერ წუთში წყ-ის შეტევისას). სამიზნე გულისცემა დატვირთვისას ნაკლებია ვიდრე 110 -ჯერ წუთში (არააქტიური); 200 მინუს ასაკი (აქტიური).

⁴ სპეციალისტთან გაგზავნა შემდგომი გამოკვლევებისათვის ისეთი პაციენტების, რომელთაც აქვთ მხოლოდ იზოლირებული წ/ფ ან ელექტროფიზიოლოგიური დარღვევების (მაგ.: WPW ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი) ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემები ან როდესაც ფარმაკოლოგიური მკურნალობა წარუმატებელია.

რითმის კონტროლი პაროქსიზმული წინაგულთა ფიბრილაციის დროს მკურნალობა



1. ეფუძნება ინსულტის რისკის სტრატეგიკაციის ალგორითმს.

2. განიხილე „აბი ჯიბეში“ სტრატეგია მათთვის ვისაც:

a) არა აქვს მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის ან სარქელოვანი ან იშემიური დაავადების ისტორია

b) აქვს იშვიათი სიმპტომური პაროქსიზმული წფ-ის ეპიზოდები.

c) სისტოლური არტერიული წნევა >100mmHg და მოსვენებისას გულისცემის სიხშირე მეტი ვიდრე 70-ჯერ წთ-ში.

d) შეუძლია გაგება როდის და რატომ უნდა მიიღოს მედიკამენტი.

³სოტალოლის ტიტრაცია უნდა მოხდეს თანდათანობით, 80 მგ-დან 2-ჯერ დღეში 240 მგ-მდე ორჯერ დღეში.

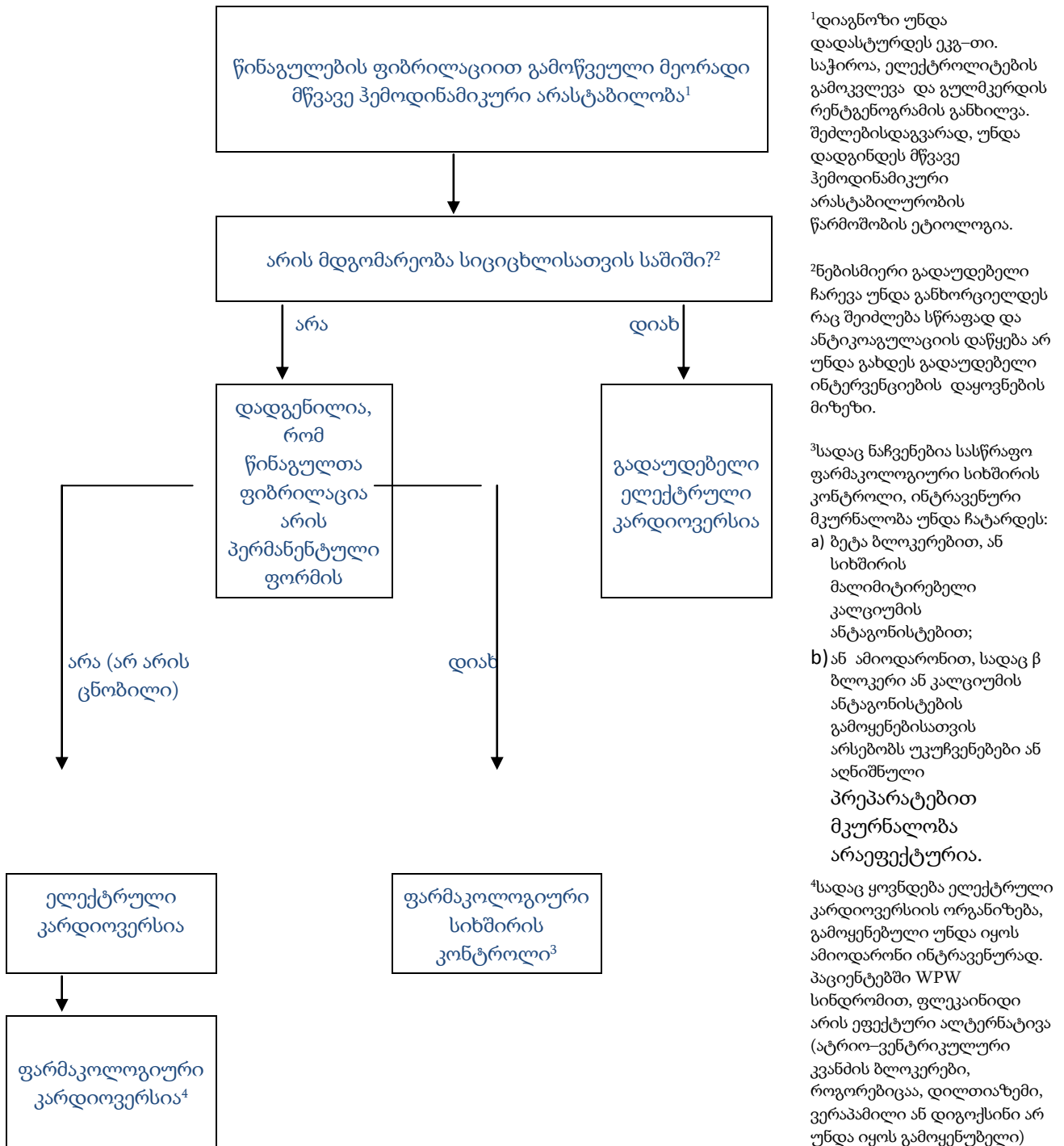
⁴სპეციალისტთან გაგზავნა შემდგომი გამოკვლევებისათვის ისეთი პაციენტების, რომელთაც აქვთ მხოლოდ იზოლირებული წ/ფ ან ელექტროფიზიოლოგიური დარღვევების (მაგ.: WPW ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი) ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემები ან როდესაც ფარმაკოლოგიური მკურნალობა წარუმატებელია.

ხანგრძლივი მეთვალყურეობა

- აუცილებელია მონიტორინგის დაწესება პაროქსიზმულ წინაგულთა ფიბრილაციის ხანგრძლივ მკურნალობაზე, განმეორებითი შეფასება მკურნალობის გაგრძელების საჭიროებასა და მედიკამენტების ნებისმიერ გვერდით მოვლენებზე.

ჰემოდინამიკურად არასტაბილური და წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავე შეტევა

ჰემოდინამიკურად არასტაბილური წინაგულთა ფიბრილაციის გადაუდებელი დახმარება



ანტითრომბული მკურნალობისათვის იხილეთ შესაბამისი ალგორითმი.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია წინაგულთა ფიბრილაციის (მოციმციმე არითმიის) მართვის გაუმჯობესება, შესაბამისად მოკვდავობის შემცირება და ხარისხიანი ცხოვრების გახანგრძლივება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

1. წინაგულთა ფიბრილაციით პაციენტების რეესტრი;
2. პაციენტების რა პროცენტი იგზავნება დროულად სპეციალისტთან;
3. პაციენტების % ჩაუტარდა რითმის/სიხშირის კონტროლი, ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია, გაიგზავნა ელექტრულ კარდიოვერსიაზე;
4. პაციენტების % ჩაუტარდა ინსულტის რისკის სტრატეფიკაცია და რამდენს აქვს დანიშნული ანტირომბოზული პრევენცია/მკურნალობა ;
5. წინაგულთა ფიბრილაციით პაციენტების რა პროცენტში ტარდება რუტინული მონიტორინგი – კარდიოვერსიის შემდეგ? მონიტორინგი (მ.შ. თვითმონიტორინგი) გრძელვადიანი ანტიკოაგულაციის დროს?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის მოქმედების ვადად განისაზღვროს 2 წელი.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ ცხრილში N1.

ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი თერაპევტი კარდიოლოგი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის გადაწყვეტილება თაობაზე მიმდინარე მეთვალყურეობა დროული რეფერალი სპეციალისტთან	
ექთანი	რისკ-ფაქტორების, მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი და აღნიშნულის თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამომახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	
მატერიალურ-ტექნიკური/ორგანიზაციული		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია	INR – ის განსაზღვრა	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	ეკგ	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის რეკომენდაციების დანერგვის მიზნით მნიშვნელოვანია ნაციონალური ინიციატივები, რაც ხელს შეუწყობს ადგილობრივ დონეზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის დანერგვას პრაქტიკაში. მნიშვნელოვანია, რეგულარული აუდიტის დანერგვა და ლოკალური პრაქტიკის მონიტორინგი წარმოდგენილი კრიტერიუმებისა და არსებული რესურსისა და ტექნოლოგიების შესაბამისად.

14. პროტოკოლის ავტორები

ირინე ქაროსანიძე - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე;

თამარ გაბუნია - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის წევრი;

დავით კუჭავა - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის წევრი.