

მიღებულია «კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2017 წლის 10 მარტის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 30 მაისის №01-118/ო ბრძანებით

პარკუჭზედა/პარკუჭოვანი პაროქსიზმული არითმიის მართვის ძირითადი პრინციპები

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: პარკუჭზედა/პარკუჭოვანი პაროქსიზმული არითმიის მართვის ძირითადი პრინციპები.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	4
დეფინიცია.....	4
სიმპტომები და ნიშნები:	5
წინაგულთა ფიბრილაციის (და სხვა არითმიების) პაროქსიზმის განვითარების უხშირესი მიზეზები:.....	5
დანართი №1. ტაქიარითმიები: დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები	7
დანართი №2. ტაქიარითმიები: დიაგნოსტიკური ქმედებები.....	8
დანართი №3. პარკუჭოვანი ტაქიკარდიები: ფართო QRS კომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა.....	9
ტაქიარითმიების (გულისცემათა სიხშირე > 100 წუთში) მკურნალობის პრინციპები.....	10
დანართი №4. ტაქიარითმიები: სამკურნალო ალგორითმები (1)	11
დანართი №5. ტაქიარითმიები: სამკურნალო ალგორითმები (2)	12
დანართი №6. ფართო QRS კომპლექსიანი ტაქიკარდიის მართვა.....	13
ბრადიარითმიების (გშს < 60 წუთში) დიაგნოსტიკა/მკურნალობის პრინციპები	14
დანართი №7. ბრადიარითმია: განსაზღვრება და დიაგნოზი	15
დანართი №8. ბრადიარითმია: მკურნალობა (1) მწვავე პროცესის მკურნალობა.....	16
დანართი №9. ბრადიარითმიები: მკურნალობა (2) პეისმეკერის გამოყენება სინუსის კვანძის დისფუნქციის დროს.....	17
დანართი №10. ბრადიარითმიები: მკურნალობა (3) პეისმეკერის გამოყენება ატრიოვენტრიკულური ბლოკადების დროს	18
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	19
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	19
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	19
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	19
ცხრილი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	20
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	21
14. პროტოკოლის ავტორები	21

1. პროტოკოლის დასახელება: პარკუჭზედა/პარკუჭოვანი პაროქსიზმული არითმიის მართვის ძირითადი პრინციპები

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
წინაგულების ფიბრილაცია და თრთოლვა	I48
პაროქსიზმული ტაქიკარდია	I47
წინაგულ-პარკუჭოვანი ბლოკადა	I44
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
თერაპია ჟანგბადით	WAA721
სუნთქვის და სისხლის მიმოქცევის მონიტორინგი	WAA700
ტრანსვენური ან ეპიკარდიული პეისმეკერის დროებითი გამოყენება	FPXX00
გულის გარეგანი ტრანსკუტანური პეისინგი	FPXX10
კარდიოვერსია	FPXX20
პერიფერიულ ვენაში ვენური საინექციო კათეტერის შეყვანა	PHXA39
ლავიწქევა, ან მხართავის ვენაში ცენტრალური ვენური საინექციო კათეტერის შეყვანა	PHXA33
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
კოაგულოგრამა	CG.7
გახანგრძლივებული ოქსიმეტრია	GXF466
ნატრიუმის განსაზღვრა სისხლში	BL. 14.1
კალიუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.14.2
I, ან T ტროპონინების განსაზღვრა სისხლში	BL.7.8
გულის ულტრასონოგრაფია	FXDE1A
გულის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	FXDA00
ელექტროკარდიოგრაფია 12 სტანდარტულ განხრაში	FXF001

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

- ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების მიერ შემუშავებული წინაგულთა ფიბრილაციის მართვის 2016 წლის გაიდლაინი;
- ევროპის გულის მწვავე პათოლოგიების მართვის ასოციაციის პრაქტიკული გადაწყვეტილების მისაღები სახელმძღვანელო, 2013 წელი.

ავტორთა ჯგუფს პროტოკოლში ცვლილება არ შეუტანია, ის წარმოდგენილია ორიგინალური გაიდლაინების ბაზაზე.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ნებისმიერი პათოლოგიის ფონზე განვითარებული პარკუჭოვანი/პარკუჭოვანა პაროქსიზმული ტაქი/ბრადიარითმიის ადეკვატური და შედეგიანი მართვის პრინციპების დანერგვა, როგორც პრეჰოსპიტალურ, ისე ჰოსპიტალურ დონეზე.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პარკუჭოვანი/პარკუჭოვანა ტაქი/ბრადიარითმიის მქონე მოზრდილი ასაკის პაციენტებს.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია: სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმებისთვის, გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტებისთვის, ანესთეზიოლოგია და რენანიმატოლოგიის სპეციალისტებისთვის, კარდიოლოგებისთვის, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტებისთვის, რომლებიც დასაქმებულნი არიან შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში, ასევე, ამბულატორიული ქსელის იმ ექიმებისთვის, რომლებსაც შეიძლება, მოუხდეთ მწვავე კარდიული პათოლოგიების მქონე პაციენტების მართვა, როგორც პრეჰოსპიტალურ/ამბულატორიულ დონეზე, ისე სტაციონარში.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

❖ დეფინიცია

პარკუჭოვანა/პარკუჭოვანი პაროქსიზმული არითმიები სიცოცხლისთვის საშიშ პათოლოგიებს მიეკუთვნებიან. მათგან ყველაზე გავრცელებული წინაგულთა ფიბრილაციაა (AF), რომელიც ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ხშირად გამოვლენილ მდგრად არითმიათა რიცხვს მიეკუთვნება. აღნიშნული დაავადება მოსახლეობის საერთო რიცხვის 1-2%-ს აღნიშნება, ზოგადად დაახლოებით 6 მლნ ევროპელია დაავადებული და უახლოესი 50 წლის განმავლობაში მოსახლეობის საშუალო ასაკის ზრდასთან ერთად მისი გავრცელების სიხშირე სავარაუდოდ 2,5-ჯერ მოიმატებს. რაც შეეხება სხვა პარკუჭოვანა/პარკუჭოვან არითმიებს, მათ უმთავრესად პაროქსიზმული ხასიათი აქვთ. ევროპის მწვავე კარდიული პათოლოგიების ასოციაციის მიერ შემუშავებულ პრაქტიკული გადაწყვეტილების მისაღებ სახელმძღვანელოში, ისევე, როგორც ყოველდღიურ სამედიცინო პრაქტიკაში, მათ ფართო, ან ვიწრო QRS კომპლექსებით მიმდინარე არითმიებს უწოდებენ და ისინი სხვა მნიშვნელოვანი გულ-სისხლძარღვოვანი (და არა მარტო) დაავადებების ფონზე ვითარდებიან, უმთავრესად მეტად საშიში გართულებების სახით, ამიტომაც აღნიშნულ პროტოკოლში შედარებით მეტი ადგილი წინაგულთა ფიბრილაციის (მოციმციმე არითმიის) მართვის პრინციპებს ეთმობა.

AF განისაზღვრება, როგორც გულის არითმია, რომლის დროსაც:

სტანდარტულ ეკგ-ზე აღინიშნება „აბსოლუტურად არარეგულარული“ R – R ინტერვალები (ამიტომაც AF ხანდახან მოიხსენება, როგორც arrhythmia absoluta), ანუ R – R ინტერვალების სიხშირე არ მეორდება.

სტანდარტულ ეკგ-ზე გამოხატული P კბილები არ ჩნდებიან. ზოგიერთ განხრაში, უფრო ხშირად V1, შესაძლოა, წინაგულთა რეგულარული აქტიობა ვლინდებოდეს.

გამოვლინების შემთხვევაში წინაგულოვანი ციკლის სიხშირე, ანუ ორ მომდევნო წინაგულოვანი აქტივაციის მარკერს შორის მანძილი უმთავრესად არარეგულარულია და > 200 მწმ (წუთში > 300 შეკუმშვაზე).

წინაგულების თრთოლვა სტანდარტულ ეკგ-ზე ძირითადად რეგულარული R–R ინტერვალებით და პარკუჭოვან კომპლექსებზე ჯერადად ხშირი წინაგულთა რეგულარული აქტივობით გამოირჩევა. იმის მიხედვით, თუ წინაგულების რამდენ შეკუმშვას მოჰყვება პარკუჭოვანი კომპლექსი, არითმია განისაზღვრება, როგორც წინაგულების სწორი თრთოლვა 2:1, 3:1 და ა.შ. გატარებით. აღნიშნულ არითმიას მართვის ისეთივე პრინციპები შეესაბამება, როგორც წინაგულთა ფიბრილაციას. წინაგულთა თრთოლვა მოციმციმე არითმიასთან შედარებით იშვიათად ატარებს ქრონიკულ ხასიათს.

➤ **სიმპტომები და ნიშნები:**

მოციმციმე (და სხვა ტიპის) არითმიის პაროქსიზმის ფონზე პაციენტებს ხშირად უვითარდებათ გულის ფრიალი, სუნთქვის გამძლეობა, მოჭერის შეგრძნება გულმკერდში, ძილის გაკრთომა, ფსიქოსოციალური დისტრესი.

➤ **წინაგულთა ფიბრილაციის (და სხვა არითმიების) პაროქსიზმის განვითარების უხშირესი მიზეზები:**

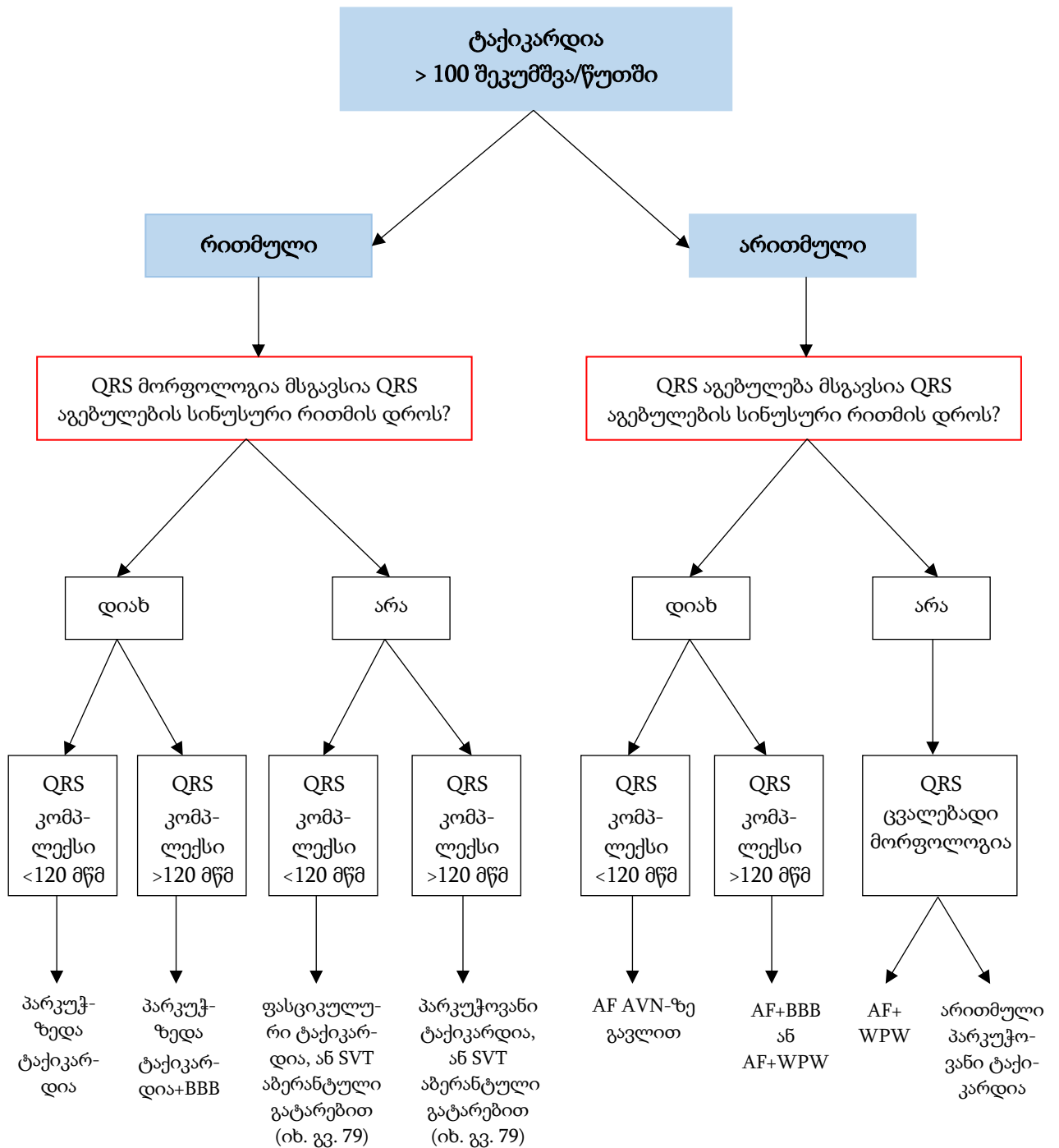
ქვემოთ ჩამოთვლილმა პათოლოგიებმა შესაძლოა, გამოიწვიონ, ან დააჩქარონ AF (ასევე, სხვა პაროქსიზმული არითმიის) განვითარება:

- ჰიპერტენზია;
- სიმპტომებით მიმდინარე გულის უკმარისობა (NYHA II-IV ფუნქციური კლასი, მათ შორის, ტაქიკარდიომიოპათია);
- გულის სარქვლოვანი დაავადებები;
- წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი და გულის სხვა თანდაყოლილი მანკები;
- კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადება;
- გამოხატული და, შესაძლებელია, სუბკლინიკური თირეოიდული დისფუნქციაც;
- საერთო სიმსუქნე;
- შაქრიანი დიაბეტი;
- ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ) და ძილის აპნოე;
- თირკმლის ქრონიკული დაავადებები.

❖ პაციენტების საწყისი გამოკვლევა და დიაგნოსტიკა

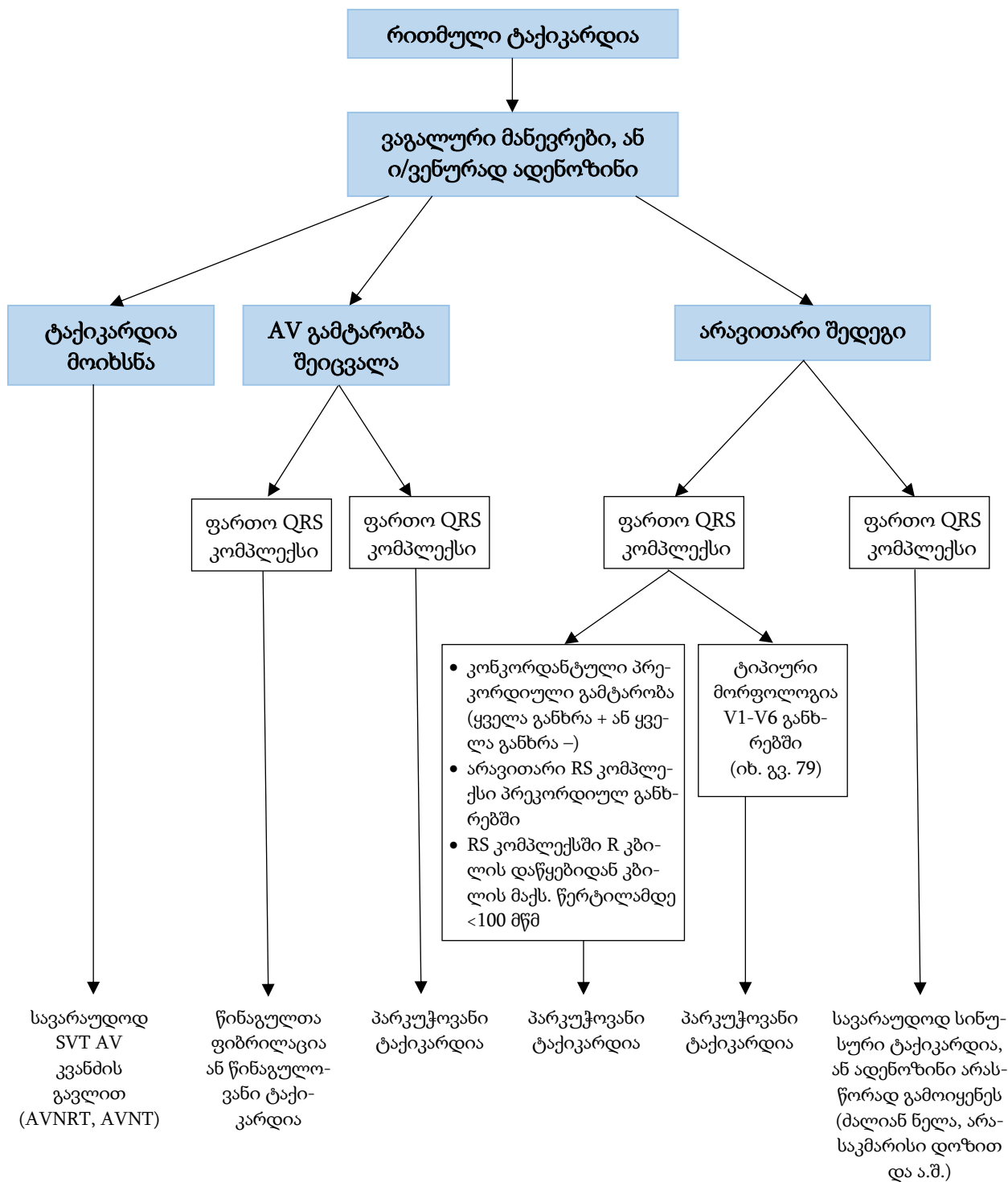
პაროქსიზმული არითმიის განვითარებისას უმთავრეს მიზანს ჰემოდინამიკური მონაცემების დასტაბილუებასთან ერთად არითმიის ტიპის დიაგნოსტიკა წარმოადგენს. ასეთ დროს უმთავრეს და, რაც მთავარია, უსწრაფეს დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს 12 განხრიანი სტანდარტული ელექტროკარდიოგრამა (ეკგ) წარმოადგენს. მიუხედავად ამისა, საბოლოო გადაწყვეტილების მისაღებად რიგი დიაგნოსტიკური მანიპულაციის ჩატარება ხდება აუცილებელი, რათა არითმიის ზუსტი შეფასების შემდეგ ადეკვატური სამკურნალო ღონისძიებები ჩატარდეს. აღნიშნულ ქმედებათა ზოგადი პრინციპები ასახულია №1-3 დანართში.

დანართი №1. ტაქიკარდიები: დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები



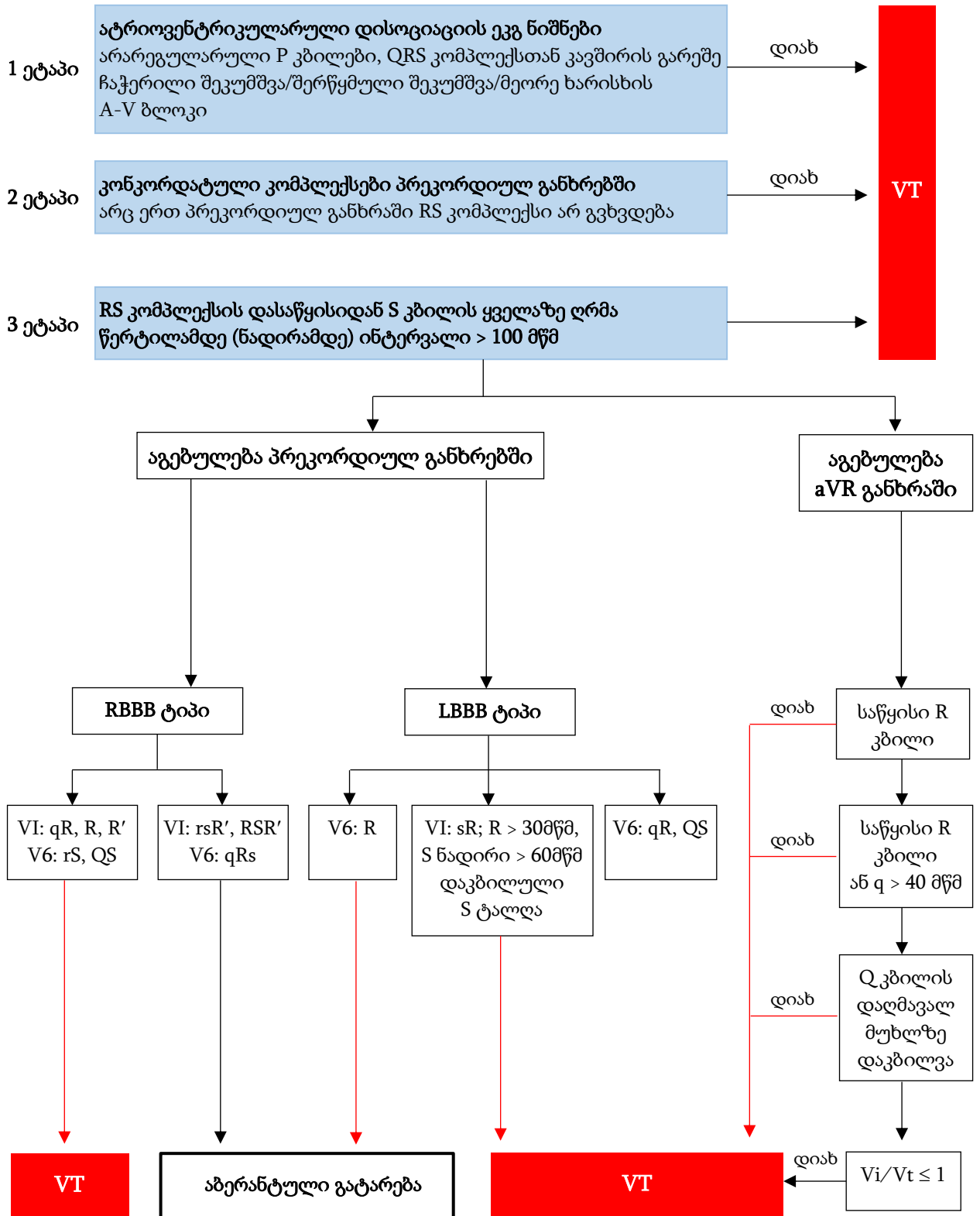
AVN = ატრიოვენტრიკულური კვანძი; AF = წინაგულთა ფიბრილაცია; BBB = ჰისის კონის ბლოკადა; SVT = პარკუჭზედა ტაქიკარდია; WPW = ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი.

დანართი №2. ტაქიკარდიები: დიაგნოსტიკური ქმედებები



AV = ატრიოვენტრიკულური; AVNRT = ატრიოვენტრიკულური კვანძოვანი რე-ენტრული ტაქიკარდია; AVNT = ატრიოვენტრიკულური კვანძოვანი ტაქიკარდია; SVT = პარკუჭოვანი ტაქიკარდია;

დანართი №3. პარკუჭოვანი ტაქიკარდიები: ფართო QRS კომპლექსიანი ტაქიკარდიის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა



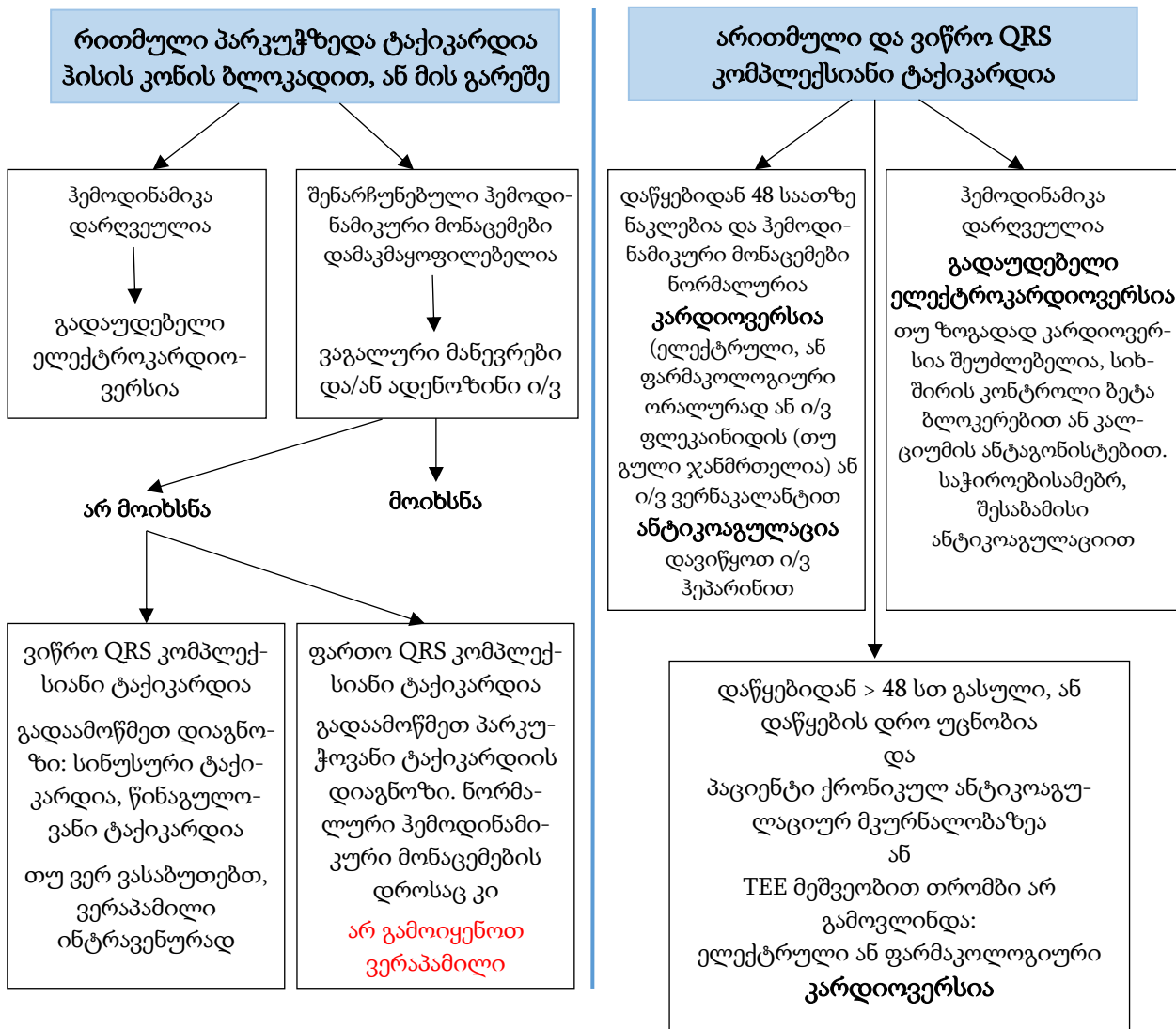
LBBB = ჰისის კონის მარცხენა ტოტის სრული ბლოკადა; RBBB = ჰისის კონის მარჯვენა ტოტის სრული ბლოკადა. V_i = QRSკომპლექსის ვოლტაჟი საწყისი 40 მწმ პერიოდში; V_t = QRSკომპლექსის ვოლტაჟი ბოლო 40 მწმ პერიოდში; VT = პარკუჭოვანი ტაქიკარდია.

❖ ტაქიარითმიების (გულისცემათა სიხშირე > 100 წუთში) მკურნალობის პრინციპები

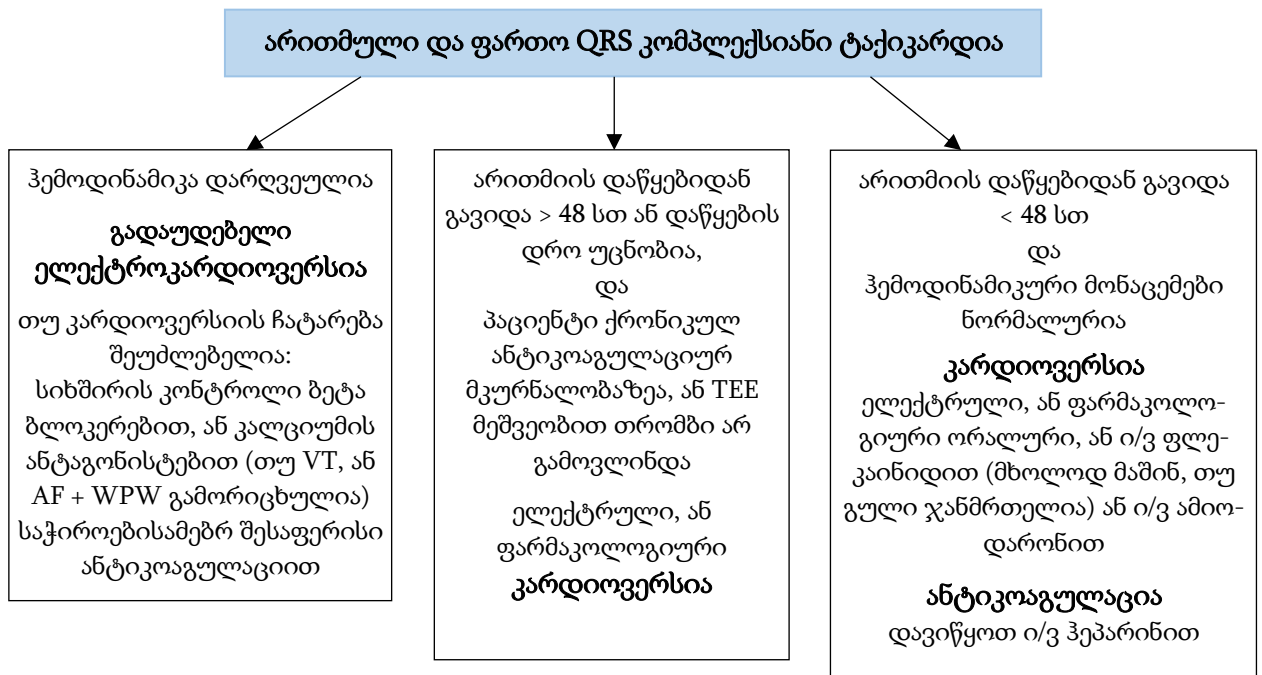
არითმიის ტიპის სარწმუნოდ დადგენის შემდეგ სამკურნალო ღონისძიების ჯერი დგება. აღსანიშნავია, რომ მოციმციმე არითმიის შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალმა ჯერ უნდა შეაფასოს, ნამდვილად პაროქსიზმთან გვაქვს საქმე, თუ ქრონიკული (ან ხანგრძლივი მდგრადი) ნორმოსისტოლური არითმიის ტაქისისტოლურში გადასვლასთან. ასევე, მისაღებია გადაწყვეტილება, პაროქსიზმის შემთხვევაში რითმის მართვის, თუ სიხშირის მართვის პრინციპით მოქმედებაა უფრო მართებული. AF დადასტურებული პაროქსიზმული ფორმის შემთხვევაში სიცოცხლისთვის საშიში ჰემოდინამიკური დარღვევების გამოვლინებისას რეკომენდებულია, ავირჩიოთ სინუსური რითმის დაუყოვნებელი აღდგენის მცდელობა (გადაუდებელი ელექტროკარდიოვერსია). შედარებით სტაბილური ჰემოდინამიკის შემთხვევაში შესაბამისი ჩვენებების დროს არჩევანი შესაძლოა, ფარმაკოლოგიურ კარდიოვერსიაზე შეჩერდეს.

კონკრეტული დიაგნოსტიკურ-სამკურნალო კრიტერიუმები მოყვანილია № 4-6 დანართში.

დანართი №4. ტაქიართიმები: სამკურნალო ალგორითმები (1)

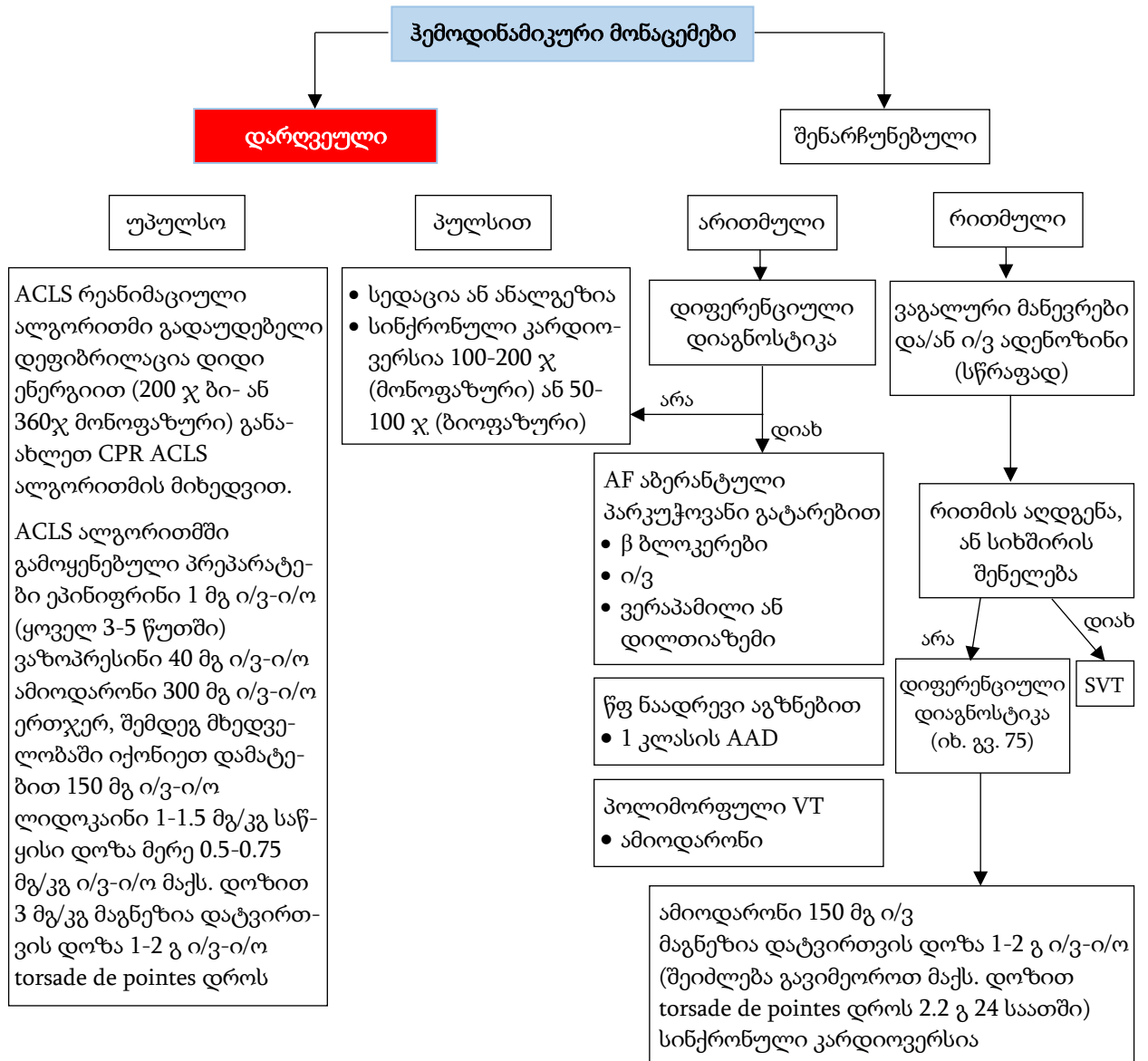


დანართი №5. ტაქიარითმიები: სამკურნალო ალგორითმები (2)



ი/ვ = ინტრავენურად; AF = წინაგულთა ფიბრილაცია; TEE = ტრანსეზოფაგული ექოკარდიოსკოპია; VT = პარკუჭოვანი ტაქიკარდია; WPW = ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი.

დანართი №6. ფართო QRS კომპლექსიანი ტაქიკარდიის მართვა



AAD = ანტიარითმიული პრეპარატები; SVT = პარკუჭოვანი ტაქიკარდია; VT = პარკუჭოვანი ტაქიკარდია; AF = წინაგულთა ფიბრილაცია.

❖ **ბრადიარითმიების (გულის შეკუმშვათა სიხშირე (გ/ს) < 60 წუთში)
დიაგნოსტიკა/მკურნალობის პრინციპები**

ბრადიკარდიად მიიჩნევა გულისცემის სიხშირის დაქვეითება 60-ზე უფრო მეტად წუთში. ასეთ დროს მედიკამენტური (და მექანიკური) ჩარევა გარკვეული ჩვენებების საფუძველზე ხდება. რითმის ზემოთ აღნიშნული დარღვევა სინუსის კვანძის დისფუნქციით, ან ატრიოვენტრიკულური გამტარობის დარღვევითაა განპირობებული.

უფრო დეტალურად ბრადიარითმიების მართვის (მკურნალობის ჩათვლით) პრინციპები ჩამოყალიბებულია №7-10 დანართში.

დანართი №7. ბრადიარითმია: განსაზღვრება და დიაგნოზი

სინუსის კვანძის დისფუნქცია

ატრიოვენტრიკულური (AV) ბლოკადა

- სინუსური ბრადიკარდია. სინუსური კვანძიდან წამოსული რითმი, რომლის სიხშირეც 60 შეკუმშვაზე იშვიათია წუთში
- სინოატრიული გამოსვლის ბლოკადა. დეპოლარიზაცია, რომელიც ხდება სინუსის კვანძში, ვერ ტოვებს კვანძს წინაგულელების მეშვეობით
- სინუს არესტი. სინუსური პაუზა, ანუ არესტი განსაზღვრება, როგორც სინუსური P კბილის გარდამავალი გაქრობა ეკგ-ზე

- პირველი ხარისხის AV ბლოკადა. ატრიოვენტრიკულარული გამტარებლობა გახანგრძლივებულია, რაც იწვევს ინტერვალის გაზრდას > 200 მწმ-ზე
- მეორე ხარისხის AV ბლოკადა. მობიგ I ტიპის (ვენკენბახის ბლოკადა); ინტერვალის მზარდი პროლონგირება, რაც წინ უსწრებს დაბლოკილ P კბილს
- მეორე ხარისხის AV ბლოკადა. მობიგ II ტიპის; PR ინტერვალის უცვლელი რჩევა და P კბილს უეცრად აღარ მოსდევს QRS კომპლექსი
- მესამე ხარისხის AV ბლოკი. არც ერთი წინაგულოვანი იმპულსი არ აღწევს პარაკუჭამდე

დანართი №8. ბრადიარითმია: მკურნალობა (1)

მწვავე პროცესის მკურნალობა

- გამორიცხეთ, ან უმკურნალოთ ბრადიარითმიის ყველა გამომწვევ მიზეზს;
- უმკურნალოთ მხოლოდ სიმპტომებიან პაციენტს.

ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

- ატროპინი: 0.5-1.0 მგ, გაიმეორეთ 2 მგ-მდე.
გამოიყენება, თუ ვაგალური ტონუსი მომატებულია, მაგ. პრობლემა AV კვანძის ზემოთაა
- იზოპრენალინი: ბოლუსით 20-40 მგ ინტრავენურად
ინფუზია 0.5 მკგ/წთ (2 მგ პრეპარატი 100 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში გახსნილი)
- ადრენალინი: ინფუზია 2-10 მკგ/წთ.
სარგებლიანია ჰიპოტენზიის განვითარებისას

დროებითი ტრანსვენური პეისინგი

სიფრთხილუ გამოიჩინეთ:

- გართულებები ხშირია;
- რუტინულად გამოყენება არ შეიძლება;
- გამოიყენეთ, როგორც ბოლო შანსი ქრონოტროპული პრეპარატების უშედეგობისას;
- ყველა ღონე იხმარეთ, რათა რითმის მუდმივი მატარებელი ჩვენერგოთ რაც შეიძლება მალე, თუ ჩვენებები უკვე განსაზღვრულია.

ჩვენებები შემოსაზღვრება:

- მაღალი გრადაციის AV ბლოკადა გამომხტარი რითმის გარეშე;
- სიცოცხლისათვის საშიში ბრადიარითმიები, როგორცაა ისეთები, რომლებიც ვითარდება ინტერვენციული ჩარევის პროცესში, მწვავე შემთხვევებში, მაგ., მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, პრეპარატების ტოქსიკურობა.

დანართი №9. ბრადიარითმიები: მკურნალობა (2)

პეისმეკერის გამოყენება სინუსის კვანძის დისფუნქციის დროს

მუდმივი რითმის მატარებლის ჩანერგვა ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევაში:

- დადასტურებული სიმპტომებით მიმდინარე ბრადიკარდია, მათ შორის, ხშირი სინუს არესტის დროს, რაც სიმპტომების გაჩენას იწვევს;
- სიმპტომური ქრონოტროპული არაკომპეტენტურობა;
- სიმპტომური სინუსური ბრადიკარდია, რაც ძირითადი დაავადების მკურნალობისთვის აუცილებელი პრეპარატებითაა გამოწვეული.

რითმის მუდმივი მატარებლის ჩანერგვა არაა რეკომენდებული, თუ:

- პაციენტი ასიმპტომურია;
- დადასტურებულია, რომ ბრადიკარდიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები პაციენტს უვითარდება ბრადიკარდიის განვითარების გარეშე;
- სიმპტომებიან ბრადიკარდიას მეორეხარისხოვანი სამკურნალო პრეპარატები იწვევენ.

დანართი №10. ბრადიარითმიები: მკურნალობა (3)

პეისმეკერის გამოყენება ატრიოვენტრიკულური ბლოკადების დროს

მუდმივი პეისმეკერის იმპლანტაცია ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში, სიმპტომების არსებობის მიუხედავად:

- მეორე ხარისხის AV ბლოკადა;
- შორს წასული მეორე ხარისხის AV ბლოკადა;
- სიმპტომებით მიმდინარე მოზიც I, ან მოზიც II ტიპის მეორე ხარისხის AV ბლოკადა;
- მოზიც II ტიპის მეორე ხარისხის AV ბლოკადა ფართო QRS კომპლექსით, ან ქრონიკული ბიფასციკულური ბლოკადით;
- დატვირთვით გამოწვეული II, ან III ხარისხის AV ბლოკადა;
- II(მოზიც I, ან II ტიპის), ან III ხარისხის AV ბლოკადასთან ერთად არსებული ნერვ-კუნთოვანი დაავადებები;
- II(მოზიც I, ან II ტიპის), ან III ხარისხის AV ბლოკადა, განვითარებული კათეტერული აბლაციის, ან სარქვლოვანი ქირურგიის შემდეგ, როცა გამტარებლობის აღდგენა მოსალოდნელი არ არის.

მუდმივი პეისმეკერის იმპლანტაცია არ არის ნაჩვენები, თუ:

- პაციენტი ასიმპტომურია;
- დადასტურებულია, რომ ბრადიკარდიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები პაციენტს უვითარდება ბრადიკარდიის განვითარების გარეშე;
- სიმპტომებიან ბრადიკარდიას მეორეხარისხოვანი სამკურნალო პრეპარატები იწვევს.

➤ რეაბილიტაცია და დაკვირვება

მწვავე გართულებების ალაგებისა და სიტუაციის ზოგადად დასტაბილების შემდეგ პაციენტის მართვა, სასურველია, წარიმართოს ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების შესაბამისი მეთოდური რეკომენდაციების მიხედვით

9. მოსალოდნელი შედეგები

სიცოცხლისთვის საშიში პარკუჭზედა/პარკუჭოვანი პაროქსიზმული არითმიებით გამოწვეული ლეტალობისა და ავადობის მაქსიმალურად შემცირება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

კრიტერიუმები, რომლებითაც შესაძლოა შეფასდეს მოსალოდნელი კლინიკური გამოსავალი და მომსახურების პროცესის გაუმჯობესება, შესაძლოა, იყოს:

- სიცოცხლისთვის საშიში პაროქსიზმული ტაქი/ბრადიარითმიების დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთაგან რამდენს ჩაუტარდა მკურნალობა აღნიშნული პროტოკოლით?
- მკურნალობის დასრულებიდან რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მონიტორინგი?
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა სასურველი შედეგის მიღწევა?
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა გართულებების ჩამოყალიბება მკურნალობის მიუხედავად?
- ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში სიკვდილობისა და ავადობის მაჩვენებლის (%) განსაზღვრა აღნიშნული რეკომენდაციებით ჩატარებული მკურნალობის ფონზე.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 3 წლის შემდეგ.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №1.

ცხრილი 1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
<p>კარდიოლოგი (მიმღები განყოფილების, ინტენსიური თერაპიის ბლოკის, მწვავე კორონარული პათოლოგიათა მართვის პალატის, რენიმაციული განყოფილების), სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმები, გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტები, ანესთეზიოლოგია და რენიმატოლოგიის სპეციალისტები, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტები</p>	<p>პრეჰოსპიტალური პაციენტის მართვა სტაციონირებული პაციენტის მართვა კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, გადაუდებელი სამედიცინო ჩარევა, შემდგომი შემანარჩუნებელი მედიკამენტური მკურნალობის/არითმოლოგიის ჩარევის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება</p>	<p>სავალდებულოა</p>
ექთანი	მანიპულაციის ჩატარება	სავალდებულოა
რეგისტრატორი	პაციენტის აღრიცხვა სადაზღვეო კომპანიასთან ურთიერთობა	სავალდებულოა
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის უზრუნველყოფა და მეთვალყურეობა	სასურველია
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის შეფასება	სასურველია
ლაბორატორიული კვლევები	სისხლის საერთო ანალიზი, კოაგულოგრამა კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში, ნატრიუმის განსაზღვრა სისხლში, კალიუმის განსაზღვრა სისხლში, I და T ტროპონინების განსაზღვრა სისხლში	სავალდებულოა
ინსტრუმენტული კვლევები	სტანდარტული 12 განხრიანი ეკგ, გულმკერდის ტრანსთორაკალური ექოსკოპია, გულის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	სავალდებულოა
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველია

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge);
- რეკომენდებულია შეიქმნას პარკუჭზედა/პარკუჭოვანი პაროქსიზმული არითმიების რეგისტრი, რაც უზრუნველყოფს აღნიშნული პროტოკოლის იმპლემენტაციას კარდიოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში;
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

14. პროტოკოლის ავტორები

ვაჟა აგლაძე - მედიცინის დოქტორი, საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოების გენერალური მდივანი, ევროპის გულის მწვავე პათოლოგიის მართვის ასოციაციის სრულუფლებიანი წარმომადგენელი („Local Champion“) საქართველოში;

შალვა რცხილაძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, შპს „კარდიორეაბილიტაციური ცენტრის“ სამედიცინო დირექტორი, საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოების გამგეობის წევრი.