

# მოციმციმე არითმიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური გზამკვლევი

2023

შემუშავებულია საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის პროექტის „პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობა საქართველოში“ ფარგლებში

## შინაარსი

შემოკლებები .....	3
გზამკვლევის მიზანი .....	4
განმარტება .....	4
კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია .....	4
მოციმციმე არითმიის დიაგნოსტიკა .....	6
დიაგნოსტიკური კვლევები და მეთვალყურეობა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით .....	7
მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა .....	8
მოციმციმე არითმიის მართვის ინტეგრირებული ABC გზამკვლევი .....	9
A - ინსულტის პრევენცია: ანტიკოაგულაცია პაციენტებში მოციმციმე არითმიით .....	10
B: სიმპტომების კონტროლი - სიხშირის კონტროლის თერაპიული სქემა .....	11
მედიკამენტის შერჩევა სიხშირის კონტროლისთვის .....	12
რიტმის კონტროლის სტრატეგია .....	13
კარდიოვერსია მოციმციმე არითმიის დროს .....	14
კათეტერული აბლაციის ჩვენებები პაციენტებში სიმპტომური მოციმციმე არითმიით .....	15
„C“ - გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკფაქტორები და თანმხლები დაავადებები: გამოვლენა და მართვა .....	16
მოციმციმე არითმიის რეგულარული მეთვალყურეობა პირველად ჯანდაცვაში .....	18
რეფერალის და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები .....	19
ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი მეთვალყურეობა .....	19
ალგორითმის ანოტაციები .....	20
დეტალურად იხილეთ „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ ეროვნული პროტოკოლი, თავი 9: “A” ინსულტის პრევენცია: ანტიკოაგულაცია პაციენტებში მოციმციმე არითმიით .....	26
გზამკვლევის დანერგვის შეფასებისთვის ძირითადი ინდიკატორები (კლინიკური აუდიტის კრიტერიუმები) .....	36
სამუშაო ჯგუფი .....	37
გამოყენებული ლიტერატურა .....	37

## შემოკლებები

**ABC** - Atrial fibrillation Better Care - წინაგულთა ფიბრილაციის უკეთესი მართვა [A (avoid stroke - ინსულტის არიდება), B (better symptom control - სიმპტომების უკეთესი კონტროლი), და C (cardiovascular risk factors and comorbid conditions management - გსდ რისკფაქტორებისა და კომორბიდული მდგომარეობების მართვა)]

**CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc** – (Congestive heart failure-გულის შეგუბებითი უკმარისობა, Hypertension-ჰიპერტენზია, Age  $\geq 75$  years-ასაკი  $\geq 75$  წელზე, Diabetes mellitus-დიაბეტი, Stroke-ინსულტი, Vascular disease-სისხლძარღვოვანი დაავადება, Age 65-74 years-ასაკი 65-74 წელი, Sex category (female)- სქესის კატეგორია (ქალი))

**CHADS<sub>2</sub>** - (CHF history-გულის შეგუბებითი უკმარისობის ისტორია, Hypertension history-ჰიპერტენზიის ისტორია, Age  $\geq 75$  y-ასაკი  $\geq 75$  წელზე, Diabetes mellitus history-ანამნეზში დიაბეტი, Stroke or TIA symptoms previously-ინსულტის ან ტიშ-ის ანამნეზი)

**CrCl** = კრეატინინის კლირენსი;

**cTnT-hs**-High-sensitivity troponin T - მაღალ მგრძობიარე ტროპონინი T

**CYP** = ციტოქრომ P

**EHRA**-European Heart Rhythm Association - ევროპის გულის რითმის ასოციაცია

**GDF-15** = growth differentiation factor-15 (ზრდის დიფერენციალური ფაქტორი-15)

**HAS-BLED**-Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile

**HFpEF** Heart failure with preserved ejection fraction - გულის უკმარისობა შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით

**HFrEF** Heart failure with reduced ejection fraction-გულის უკმარისობა დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით

**HAS-BLED**- Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, labile INR, Elderly ( $>65$  years), Drugs/alcohol Concomitantly (ჰიპერტენზია, თირკმლის/ღვიძლის ფუნქციების დარღვევა, ინსულტი, სისხლდენა ანამნეზში ან მიდრეკილება სისხლდენისკენ, ლაბილური INR, ხანდაზმული ასაკი $>65$  წელზე, ნარკოტიკები/ალკოჰოლი ერთდროულად)

**INR** = საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდება;

**LVEF**-მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია

**NOAC**-Non-vitamin K antagonist oral anticoagulant - არა ვიტამინ K ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტი

**TTR** =time in therapeutic range (თერაპიული დიაპაზონის დრო)

**ადკ-კაბ** - არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი

**ასაპ** = ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები

**აწ** - არტერიული წნევა

**გცს**-გულისცემის სიხშირე

**დკ-კაბ** - დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი

**კკა** = K ვიტამინის ანტაგონისტი

**თქდ**-თირკმლის ქრონიკული დაავადება

**კაბ** - კალციუმის არხების ბლოკერი

**კად**-კორონარული არტერიების დაავადება

**კტ**-კომპიუტერული ტომოგრაფია

**მრტ**-მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია

**ოაკ**- პერორალური ანტიკოაგულანტი

**პად** - პერიფერიული არტერიების დაავადება

**ტეე**-ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია

**ტიშ**-ტრანზიტორული იშემიური შეტევა

მოცემული გზამკვლევი ეყრდნობა პირველად ჯანდაცვაში მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნულ პროტოკოლს და წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებულ მართვის ალგორითმს წინაგულთა ფიბრილაციის მქონე პაციენტებისთვის, რომელიც მოიცავს ამ პაციენტთა მდგომარეობის მართვის ეტაპებს და მოქმედებათა თანმიმდევრობას, აღწერს ინტერვენციების ნაკრებს კლინიკური მართვის პროცესების ორგანიზებისთვის.

### **გზამკვლევის მიზანი**

**გზამკვლევის მიზანი:** ხელი შეუწყოს მოციმციმე არითმიის მართვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარევების დანერგვას, დაავადების მულტიდისციპლინური მართვის პრინციპების განხორციელებას და ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა რგოლებს შორის ეფექტურ კოორდინაციას, რაც საბოლოო ჯამში შემაჯობებს ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეებს შორის მომსახურების ფრაგმენტაციას, დადებით ზეგავლენას მოახდენს საავადმყოფოს რესურსებზე და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოსავლებზე, გააუმჯობესებს მოციმციმე არითმიის მართვის ეფექტურობას, კლინიკურ გამოსავლებს და პაციენტის გამოცდილებას.

მოციმციმე არითმიის მართვის გზამკვლევი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას, როგორც მეთოდოლოგია/ინსტრუმენტი დაფინანსების და სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, რომელიც სრულად შეესაბამება მოსახლეობის საჭიროებებს და განაპირობებს სისტემის ეფექტურობას. გზამკვლევი მოიცავს მოციმციმე არითმიის მართვის ძირითად ელემენტებს, როგორცაა: პირველადი ჯანდაცვის დონეზე განსახორციელებელი ჩარევები, მოციმციმე არითმიის მართვის სტანდარტიზებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მულტიდისციპლინური გეგმა, სპეციალისტთან ან ჰოსპიტალში რეფერალის და უკურეფერალის კრიტერიუმები, მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ, აგრეთვე მოციმციმე არითმიის მართვის ხარისხის შესაფასებელი ძირითადი ინდიკატორები.

### **განმარტება**

მოციმციმე არითმია წარმოადგენს სუპრავენტრიკულურ ტაქიარითმიას, რომელიც ხასიათდება წინაგულების არაკოორდინირებული ელექტრული აქტივაციით და შედეგად, წინაგულების არაეფექტური შეკუმშვით. მოციმციმე არითმიის ელექტროკარდიოგრაფიული მახასიათებლებია:

- არარეგულარული R-R ინტერვალები (თუ ატრიო-ვენტრიკულურ გამტარებლობა დარღვეული არ არის),
- მკაფიო განმეორებადი P კბილების არარსებობა და
- წინაგულების არარეგულარული აქტივობა.

### **კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია**

მოციმციმე არითმიის (მა) კლასიფიკაცია ეყრდნობა დაავადების ან ეპიზოდის ხანგრძლივობას:

- **პაროქსიზმული (თვით-ლიმიტირებადი ანუ გარდამავალი) მა** – პაროქსიზმული ეწოდება მოციმციმე არითმიას, რომელიც იხსნება სპონტანურად ან ინტერვენციით, განვითარებიდან 7 დღის განმავლობაში. ეპიზოდების რეციდივი შესაძლებელია განმეორდეს სხვადასხვა სიხშირით.
- **პერსისტული მოციმციმე არითმია** – სინუსური რითმის აღსადგენად მოითხოვს ფარმაკოლოგიურ ან ელექტრულ კარდიოვერსიას. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტებს პერსისტული მოციმციმე არითმიით, მოგვიანებით შეიძლება ჰქონდეთ პაროქსიზმული მა-ის ეპიზოდები, მოციმციმე არითმია ზოგადად პროგრესირებად დაავადებად ითვლება.
- **ხანგრძლივი პერსისტული მოციმციმე არითმია** – ხანგრძლივი პერსისტული მოციმციმე არითმია წარმოადგენს წინაგულთა ფიბრილაციას, რომლის ხანგრძლივობა აღემატება 12 თვეს.
- **პერმანენტული მოციმციმე არითმია** – პერმანენტული არითმია ტერმინია, რომელიც გამოიყენება პერსისტული მოციმციმე არითმიის ისეთი ფორმის იდენტიფიცირებისთვის, რომლის დროსაც პაციენტის და კლინიკისთვის ერთობლივი შეთანხმების საფუძველზე მიღებულია გადაწყვეტილება,

რომ აღარ გატარდება რითმის კონტროლის სტრატეგია. პერსისტიული არითმიის მიმდებლობა შესაძლებელია შეიცვალოს სიმპტომების დინამიკის, თერაპიული ალტერნატივების, პაციენტისა და კლინიცის უპირატესობების ცვლილების საფუძველზე.

მართალია, მოციმციმე არითმია ტიპიურ შემთხვევებში პროგრესირებს პაროქსიზმულიდან პერსისტიულ ფორმამდე, მაგრამ კონკრეტულ პაციენტს, შესაძლოა, სიცოცხლის განმავლობაში ერთდროულად გამოუვლინდეს არითმიის ორივე ფორმა.

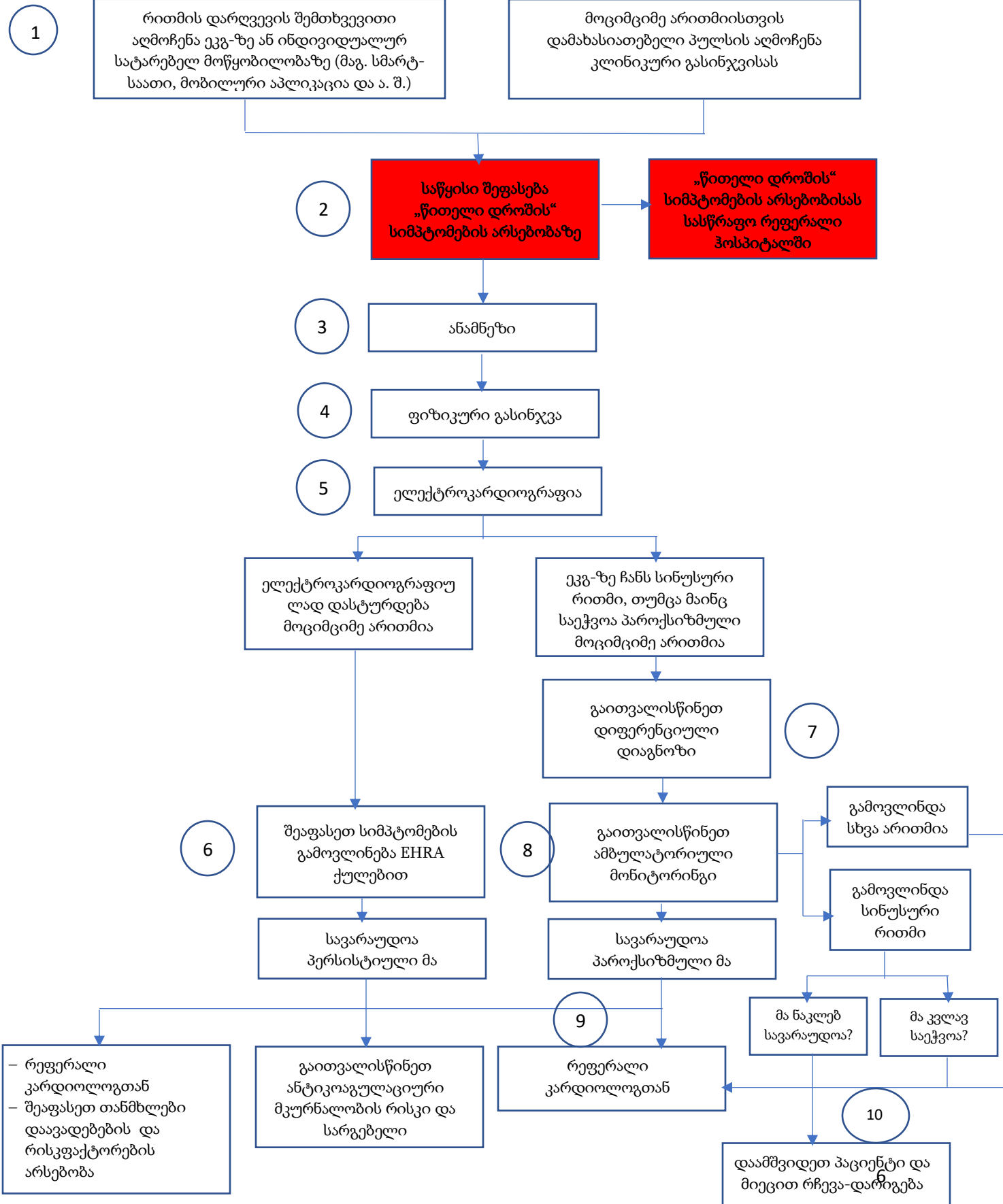
მოციმციმე არითმიის კლასიფიცირება ასევე შესაძლებელია განხორციელდეს მისი კლინიკური გამოვლინების ან სპეციფიკური სარქვლოვანი პათოლოგიის არსებობის საფუძველზე:

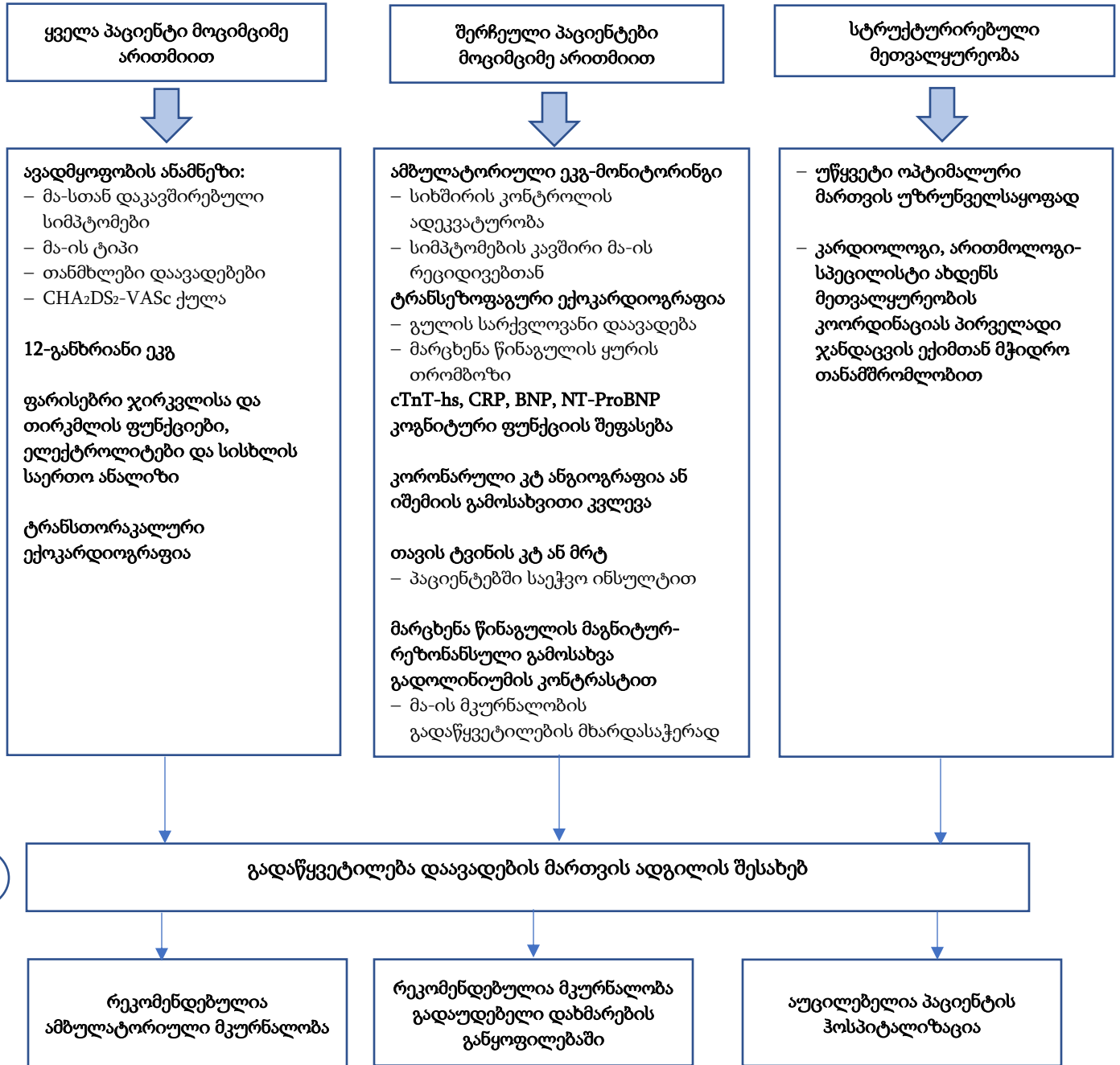
- **სუბკლინიკური ან ფარული მოციმციმე არითმია** – აღნიშნული მოიცავს მოციმციმე არითმიას, რომელიც ძირითადად, ასიმპტომურია და მისი დიაგნოსტიკა ხდება მხოლოდ თრომბოემბოლიური გართულების, გულის უკმარისობის გამწვავების, სხვა სამედიცინო მდგომარეობების ფონზე, ან რუტინული ეკგ კვლევისას, რომელიც ტარდება სხვა მიზნებისთვის.
- **სარქვლოვანი მოციმციმე არითმია** – აღნიშნული მოიცავს პაციენტებს ზომიერი ან მძიმე მიტრალური სტენოზით; ამ პაციენტებს ინსულტის უფრო მაღალი რისკი აღნიშნებათ, ვიდრე პაციენტებს მითითებული მდგომარეობების გარეშე.
- **იზოლირებული მოციმციმე არითმია** – „იზოლირებული მოციმციმე არითმია“ ისტორიული ტერმინია, რომელიც ამჟამად პოპულარობით აღარ სარგებლობს, რადგანაც ნაკლებად აუმჯობესებს პაციენტის სამედიცინო დახმარებას, მაგრამ შესაძლებელია გარკვეული დაბნეულობა გამოიწვიოს. ეს ტერმინი გამოიყენებოდა არითმიის აღწერისთვის შედარებით ახალგაზრდა (<60 წელზე) პირებში პაროქსიზმული, პერსისტიული ან პერმანენტული მოციმციმე არითმიით, როდესაც სახეზე არ არის გულის სტრუქტურული დაავადება ან კარდიოვასკულური რისკფაქტორები. ამ მახასიათებლებით ხდება იმ პირთა იდენტიფიცირება, რომელთა CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ქულა არის "0" (იხილეთ ქვემოთ) და რომლებიც მოციმციმე არითმიით გამოწვეული თრომბოემბოლიზმის ყველაზე დაბალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან.

**ცხრილი 1. რეკომენდაციების კლასები**

	განმარტება	გამოყენების რეკომენდაცია
კლასი I	მტკიცებულება და/ან ზოგადი შეთანხმება, რომ მოცემული მკურნალობა ან პროცედურა უპირატესი, სასარგებლო და ეფექტურია	რეკომენდებულია ან ნაჩვენებია
კლასი II	ურთიერთსაწინააღმდეგო მტკიცებულებები და/ან აზრთა სხვადასხვაობა მოცემული მკურნალობის ან პროცედურის სარგებლიანობის/ეფექტურობის შესახებ	
კლასი IIa	მტკიცებულება ან მოსაზრება სარგებლიანობის/ეფექტურობის მხარეს იხრება	უმჯობესია გათვალისწინებული იქნეს
კლასი IIb	სარგებლიანობა/ეფექტურობა ნაკლებად თვალსაჩინოა არსებული მტკიცებულების ან მოსაზრების მიხედვით	შესაძლებელია გათვალისწინებული იქნეს
კლასი III	მტკიცებულება ან ზოგადი შეთანხმება, რომ მოცემული მკურნალობა ან პროცედურა არასასარგებლო/ არაეფექტურია და ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა, საზიანოც აღმოჩნდეს	არ არის რეკომენდებული

## მოციმციმე არითმიის დიაგნოსტიკა





მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა

ინსულტის პრევენციის ოპტიმიზირება

სიმპტომების კონტროლი სიხშირის ან რითმის კონტროლით

გსდ რისკფაქტორების/თანმხლები დაავადებების მართვა

<p><b>პაციენტის განათლება/თვითმართვა</b> (ინდივიდუალური სამიზნეები, სამოქმედო გეგმა, გამწვავებების მართვა)</p>	<p><b>ჯანდაცვის პროფესიონალების სწავლება</b></p>
--	--

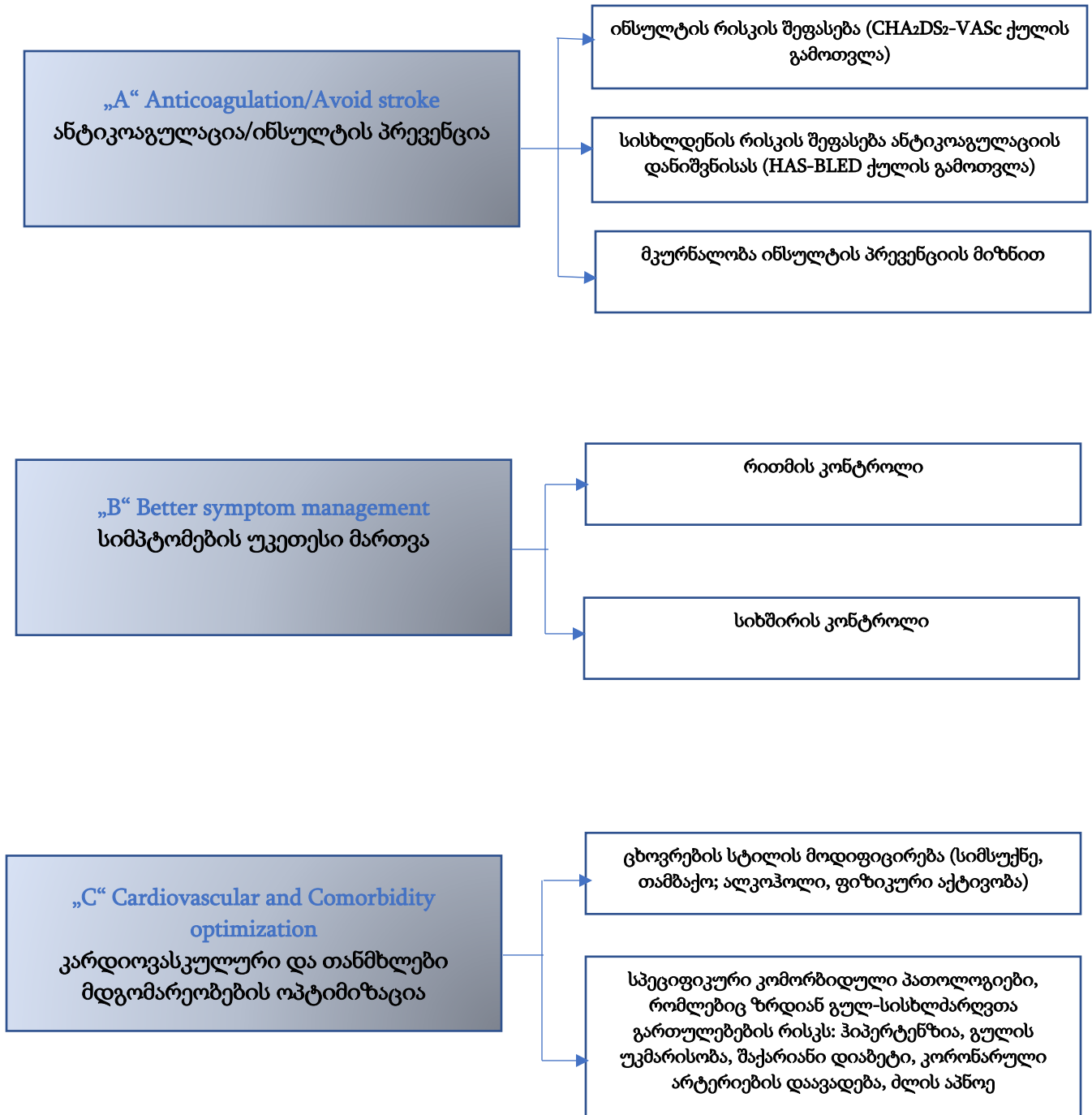
<p><b>ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება</b> (თამბაქოს მოხმარების მიტოვება, დიეტა, წონაში დაკლება, ფიზიკური აქტივობა)</p>	<p><b>ფსიქოსოციალური მართვა</b> (კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია, სტრესის მართვა, სხვა ფსიქოლოგიური შეფასება და/ან მკურნალობა)</p>
--	---

მედიკამენტური მკურნალობისადმი დამყოლობის გაუმჯობესების სტრატეგიები

მულტიდისციპლინური გუნდური მიდგომა  
ჯანდაცვის პროფესიონალთა გუნდის ჩამოყალიბება სხვადასხვა სპეციალობის სამედიცინო პერსონალის აქტიური მონაწილეობით, სერვისების ინტეგრირება, საჭიროებისამებრ მულტიდისციპლინური გუნდური შეხვედრების ორგანიზება

სტრუქტურირებული მეთვალყურეობა და მკაფიო კომუნიკაცია ჯანდაცვის პირველად და მეორეულ დონეებს შორის





პაციენტი მოციმციმე არითმიით, რომელიც აკმაყოფილებს პერორალური ანტიკოაგულაციური მკურნალობის კრიტერიუმებს

აქვს თუ არა პაციენტს სარქვლის მექანიკური პროთეზი ან მძიმე მიტრალური სტენოზი?

არა

დიახ

საფეხური 1 - დაბალი რისკის პაციენტების იდენტიფიცირება

ვიტამინ K-ს ანტაგონისტი (ვკა) - თერაპიული დიაპაზონის დიდი ხანგრძლივობით (სამიზნე INR დამოკიდებულია სარქვლის დაზიანების ტიპზე ან ხელოვნურ სარქველზე)

ინსულტის რისკი დაბალია?  
(CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ქულა: 0 მამაკაცებში, 1 ქალებში)

არა

დიახ

ანტითრომბოზული მკურნალობა საჭირო არ არის

**საფეხური 2**  
გაითვალისწინეთ ინსულტის პრევენცია (პერორალური ანტიკოაგულაცია) ყველა პაციენტში მოციმციმე არითმიით, თუ CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq 1$  მამაკაცებში, ან  $\geq 2$  ქალებში;  
**შეაფასეთ სისხლდენის მოდიფიცირებადი რისკფაქტორები ყველა პაციენტში მა-ით, გამოითვალეთ HAS-BLED ქულა;**  
თუ HAS-BLED  $\geq 3$ , უმკურნალოთ სისხლდენის მოდიფიცირებად რისკფაქტორებს და დაიბარეთ პაციენტი რეგულარული მეტეაღყურებისათვის;  
სისხლდენის რისკის მაღალი ქულა არ უნდა იქნას გამოყენებული პერორალურ ანტიკოაგულაციაზე უარის მიზეზად.

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ქულა

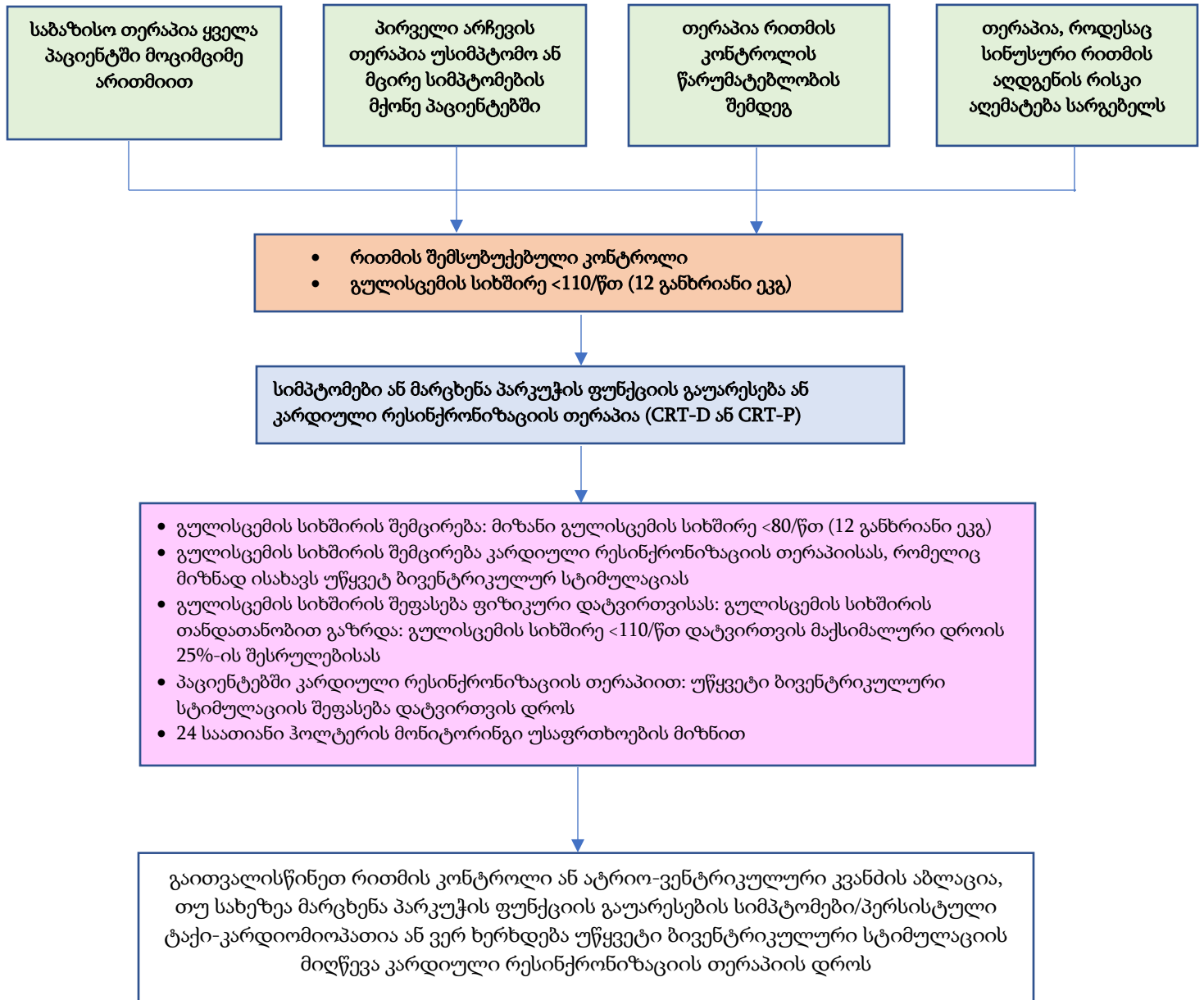
=1 (მამაკაცი) ან =2 (ქალი)

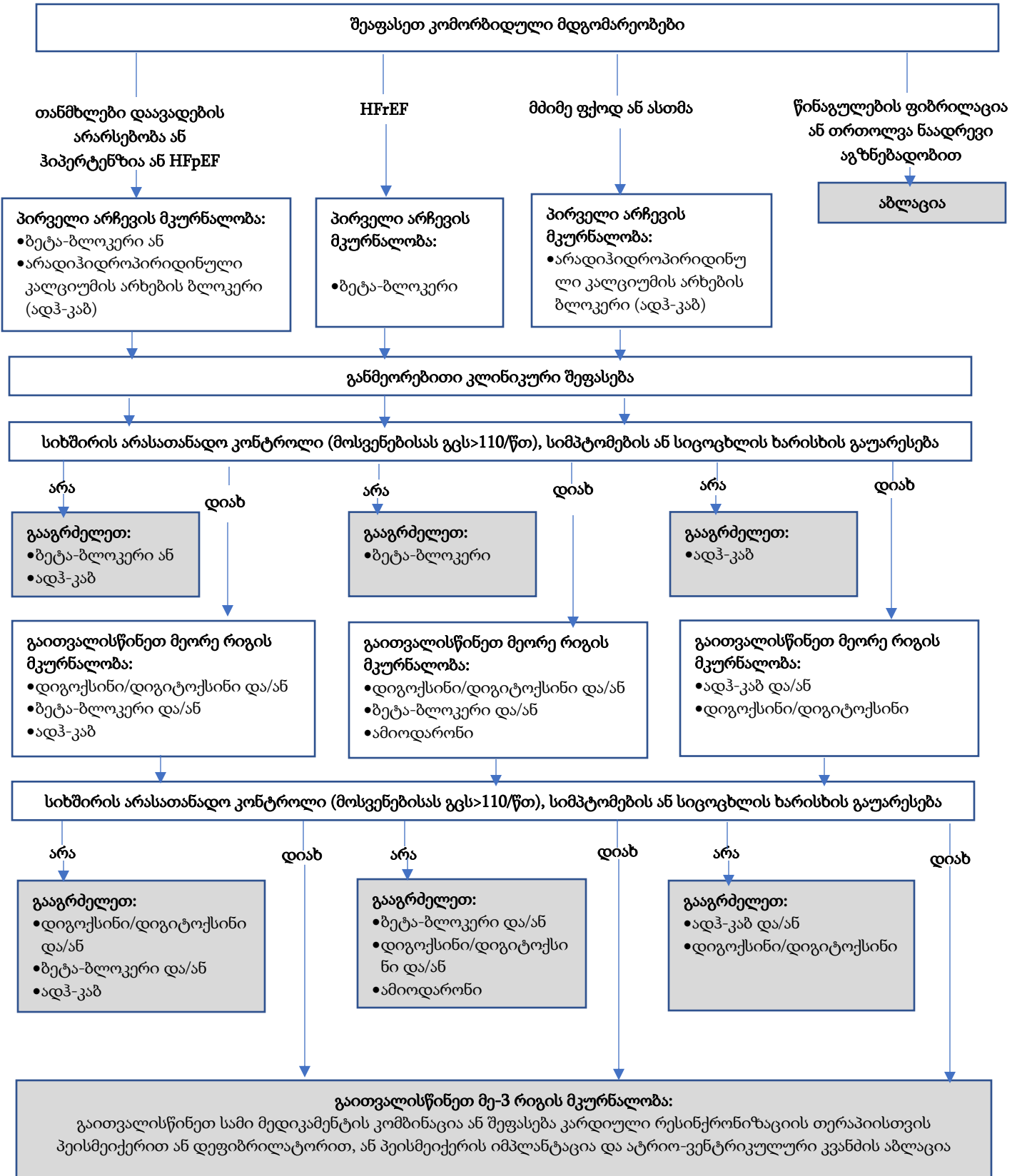
$\geq 2$  (მამაკაცი) ან  $\geq 3$  (ქალი)

ორალური ანტიკოაგულაცია უნდა გავითვალისწინოთ  
**IIa კლასი**

ორალური ანტიკოაგულაცია რეკომენდებულია  
**IA კლასი**

**საფეხური 3:** დაიწყეთ არა ვიტამინ K-ს ანტაგონისტებით (NOAC) პერორალური ანტიკოაგულაცია (ან ვიტ K ანტაგონისტით, ხანგრძლივი თერაპიული დიაპაზონით); NOAC ზოგადად რეკომენდებულია პირველი არჩევის პერორალური ანტიკოაგულაციის სახით





### რითმის კონტროლის სტრატეგია

**რითმის კონტროლის სტრატეგია მოციმციმე არითმიის სიმპტომების შემცირების, სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით**  
 დაადასტურეთ: ინსულტის პრევენცია, სიხშირის კონტროლი, გსდ რისკის შემცირება (ყოვლისმომცველი გსდ რისკის პრევენციული მკურნალობა - ცხოვრების სტილისა და ძილის აპნოეს მოდიფიცირების ჩათვლით)

**შეაფასეთ სიმპტომების არსებობა**

სიმპტომების არარსებობა

სიმპტომების არსებობა

გამორიცხეთ შემცირებულ ფიზიკურ შესაძლებლობებთან გაუცნობიერებელი ადაპტაცია

სიმპტომები

სიმპტომების შესაფასებლად სინუსური რითმის აღდგენა კარდიოვერსიით

სიმპტომები არ უკავშირდება მა-ს

სიმპტომები უკავშირდება მა-ს

სიმპტომების კავშირი მა-სთან გაურკვეველია

სიმპტომები უკავშირდება მოციმციმე არითმიას

გაითვალისწინეთ სიხშირის კონტროლი

- სინუსური რითმის აღდგენა კარდიოვერსიით
- სიმპტომების შესაფასებლად
- ჰოლტერი პაროქსიზმული მა-ს შემთხვევაში, არითმიის ეპიზოდთან კავშირის დასადგენად

სიმპტომები უკავშირდება მოციმციმე არითმიას

**შეაფასეთ ფაქტორები, რომელთა შემთხვევაშიც უპირატესია რითმის კონტროლი:**

- ახალგაზრდა ასაკი
- მა-ს პირველი ეპიზოდი ან მცირე ხანგრძლივობა
- ტაქიკარდიით განპირობებული კარდიომიოპათია
- ნორმალური/ზომიერად მომატებული მარცხენა წინაგულის მოცულობის ინდექსი (LAVI)/წინაგულების გამტარებლობის შეფერხება (წინაგულების ლიმიტირებული რემოდელირება)
- კომორბიდული პათოლოგიების/გულის დაავადების არარსებობა ან თანმხლები დაავადებების სიმცირე
- სიხშირის კონტროლის მიღწევის სირთულე
- მა, რომელიც პროვოცირებულია დროებითი მიზეზით (მწვავე დაავადებით)
- პაციენტის არჩევანი

**სჭარბობს არა-უპირატესი ფაქტორები**

**სჭარბობს უპირატესი ფაქტორები**

- შეაფასეთ მა-ს რისკფაქტორების მოდიფიცირების შესაძლებლობა
- გაითვალისწინეთ არითმოლოგთან რეფერალის საჭიროება

**განმეორებით შეაფასეთ რისკფაქტორები**

**რითმის კონტროლი:**

- ანტიარითმიული მედიკამენტი
- ფილტვის ვენის იზოლაცია
- შერჩეულ პაციენტებში: ქირურგიული ან თორაკოსკოპიული აბლაცია

ჰემოდინამიკურად სტაბილური

ჰემოდინამიკურად არასტაბილური

1. შეამოწმეთ პერორალური ანტიკოაგულაციის სტატუსი

გადაუდებელი ელექტრული კარდიოვერსია

იმყოფება პერორალურ ანტიკოაგულაციაზე

ჯერ არ იმყოფება პერორალურ ანტიკოაგულაციაზე

ჩაატარეთ კარდიოვერსია საჭიროებისამებრ: დაუყოვნებელი ან მოგვიანებითი, შესაძლო სპონტანური კარდიოვერსიისთვის

შემღებისდაგვარად სწრაფად დაიწყეთ არა-ვიტ K ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულაცია (ან ვიტ K ანტაგონისტი), ან დაბალმოლეკულური ჰეპარინი ან არაფრაქციონირებული ჰეპარინი

შემღებისდაგვარად სწრაფად შეამოწმეთ პერორალური ანტიკოაგულაციის სტატუსი და გადადით მე-3 საფეხურზე

2. გადაამოწმეთ მოციმციმე არითმიის მიმდინარე ეპიზოდის ხანგრძლივობა

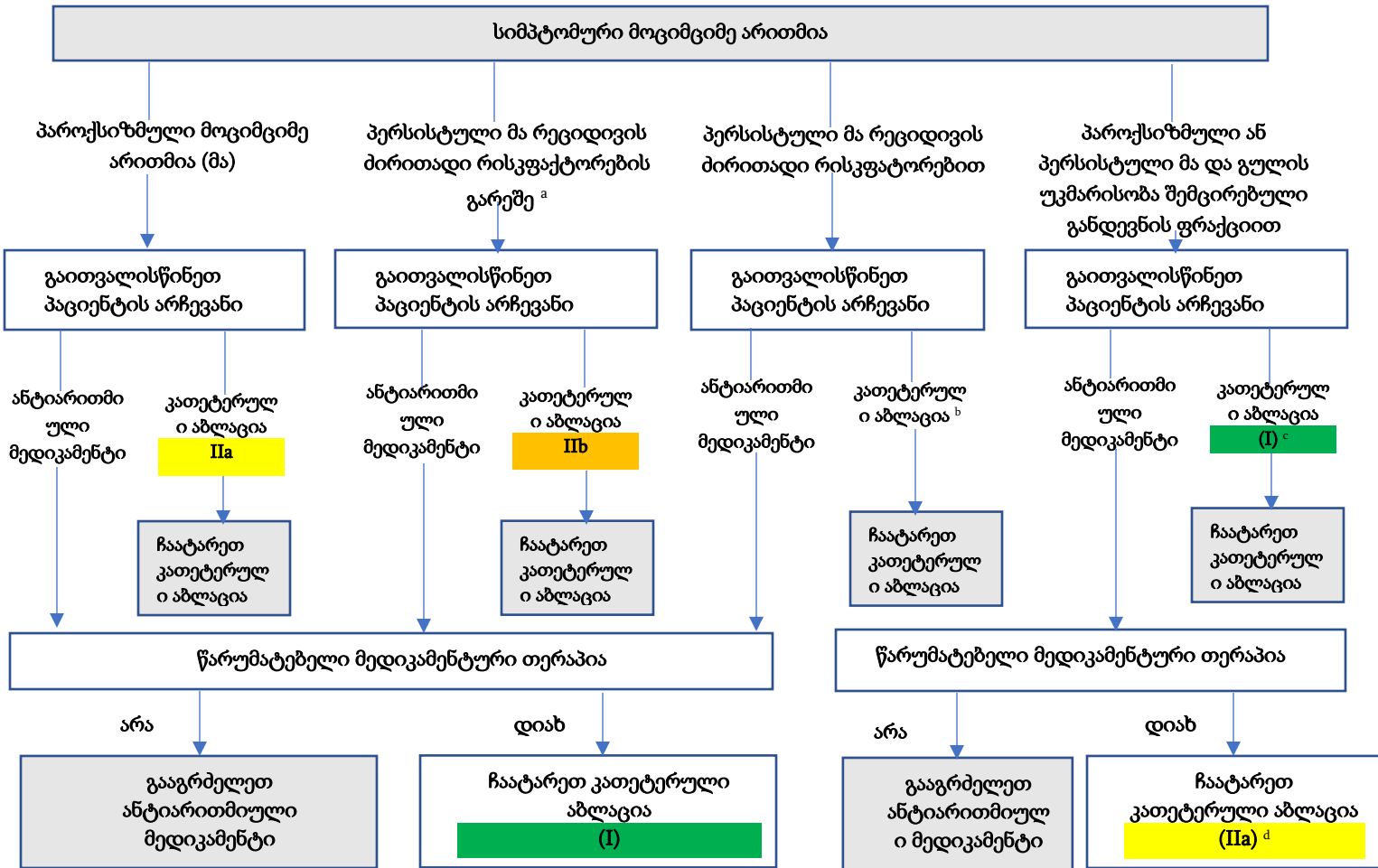
კარდიოვერსია მა-ს დაწყებიდან 48 საათის განმავლობაში	
<b>ადრეული კარდიოვერსია</b> ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია, ელექტრული კარდიოვერსია	მოცდა მოგვიანებით კარდიოვერსიისთვის
ადრეული კარდიოვერსია ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყების შემდეგ	ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია, ელექტრული კარდიოვერსია
იდეალური კანდიდატები: • მოციმციმე არითმიის ხანგრძლივობა <12სთ+ანამნეზში თრომბოემბოლიზმის არარსებობა • მოციმციმე არითმიის ხანგრძლივობა 12-48 სთ+CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc≤1(მ) ან ≤2 (ქ)	დალოდება სპონტანური კარდიოვერსიისთვის (ან საჭიროებისას კარდიოვერსიის ჩატარება) დაწყებიდან 48 საათის განმავლობაში იდეალური კანდიდატები: • მოციმციმე არითმიის ხანგრძლივობა <12სთ+ანამნეზში თრომბოემბოლიზმის არარსებობა • მოციმციმე არითმიის ხანგრძლივობა ≤24სთ+CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc≤1(მ) ან ≤2 (ქ)

ელექტრული კარდიოვერსია
ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია, ელექტრული კარდიოვერსია
<ul style="list-style-type: none"> <li>თერაპიული პერორალური ანტიკოაგულაციიდან &lt;3 კვირის განმავლობაში, თუ ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფიით გამორიცხულია მარცხენა წინაგულის ან მარცხენა წინაგულის ყურის თრომბოზი</li> <li>თერაპიული პერორალური ანტიკოაგულაციიდან ≥3 კვირის შემდეგ</li> </ul>
იდეალური კანდიდატები: <ul style="list-style-type: none"> <li>მოციმციმე არითმიის ხანგრძლივობა &gt;48სთ ან უცნობია</li> <li>მოციმციმე არითმიის ხანგრძლივობა 12-48 სთ + CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc≥2(მ) ან ≥3 (ქ)</li> <li>მა ანამნეზში თრომბოემბოლიით, ან მიტრალური სტენოზით (საშუალო/მძიმე), ან სარქვის მექანიკური პროთეზი</li> </ul>

3. გადაწყვეტილება პერორალური ანტიკოაგულაციის გაგრძელებაზე კარდიოვერსიის შემდეგ

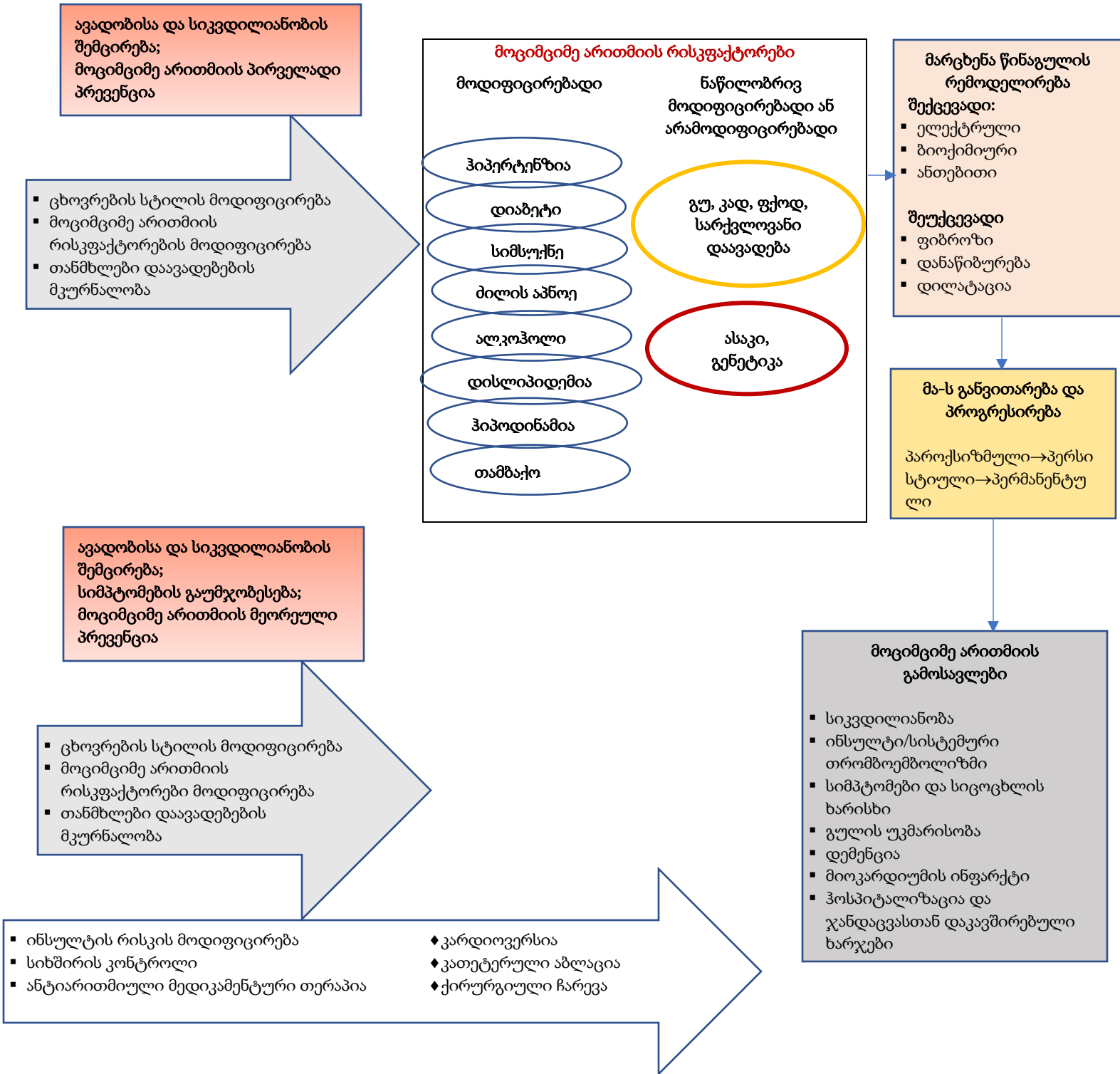
- ხანმოკლე (4 კვირა) პერორალური ანტიკოაგულაცია კარდიოვერსიის შემდეგ, თუ CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc=0 (მ) ან 1 (ქ) (არჩევითი, თუ მა-ს ხანგრძლივობა <24სთ)
- ხანგრძლივი პერორალური ანტიკოაგულაცია ყველა პაციენტთან, თუ CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc≥1 (მ) ან ≥2 (ქ)

კატეტერული აბლაციის ჩვენებები პაციენტებში სიმპტომური მოციმციმე არითმიით



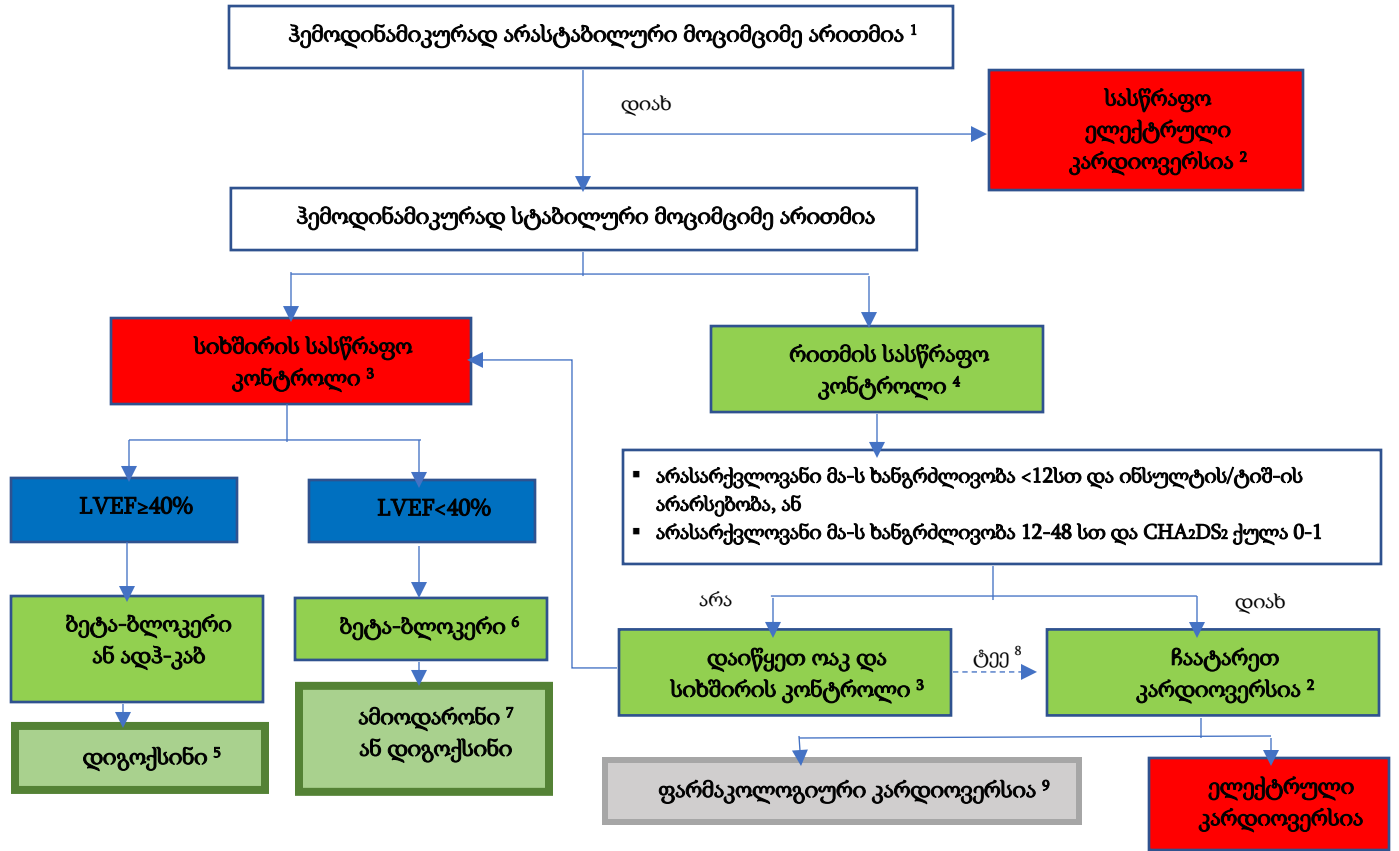
**a-**მარცხენა წინაგულის მნიშვნელოვანი გადიდება, ხანდაზმული ასაკი, მოციმციმე არითმიის ხანგრძლივი ანამნეზი და სხვა გსდ რისკფაქტორები; **b-**იშვიათ ინდივიდუალურ შემთხვევებში კატეტერული აბლაცია შესაძლებელია განხილულ იქნას, როგორც პირველი არჩევის თერაპია; **c-**რეკომენდებულია მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის უკუგანვითარებისთვის, როდესაც ტაქი-კარდიომიოპათიის ალბათობა მაღალია. **d-**გადარჩენადობის გაუმჯობესებისა და ჰოსპიტალიზაციის შემცირების მიზნით.

„C“ - გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკფაქტორები და თანმხლები დაავადებები: გამოვლენა და მართვა

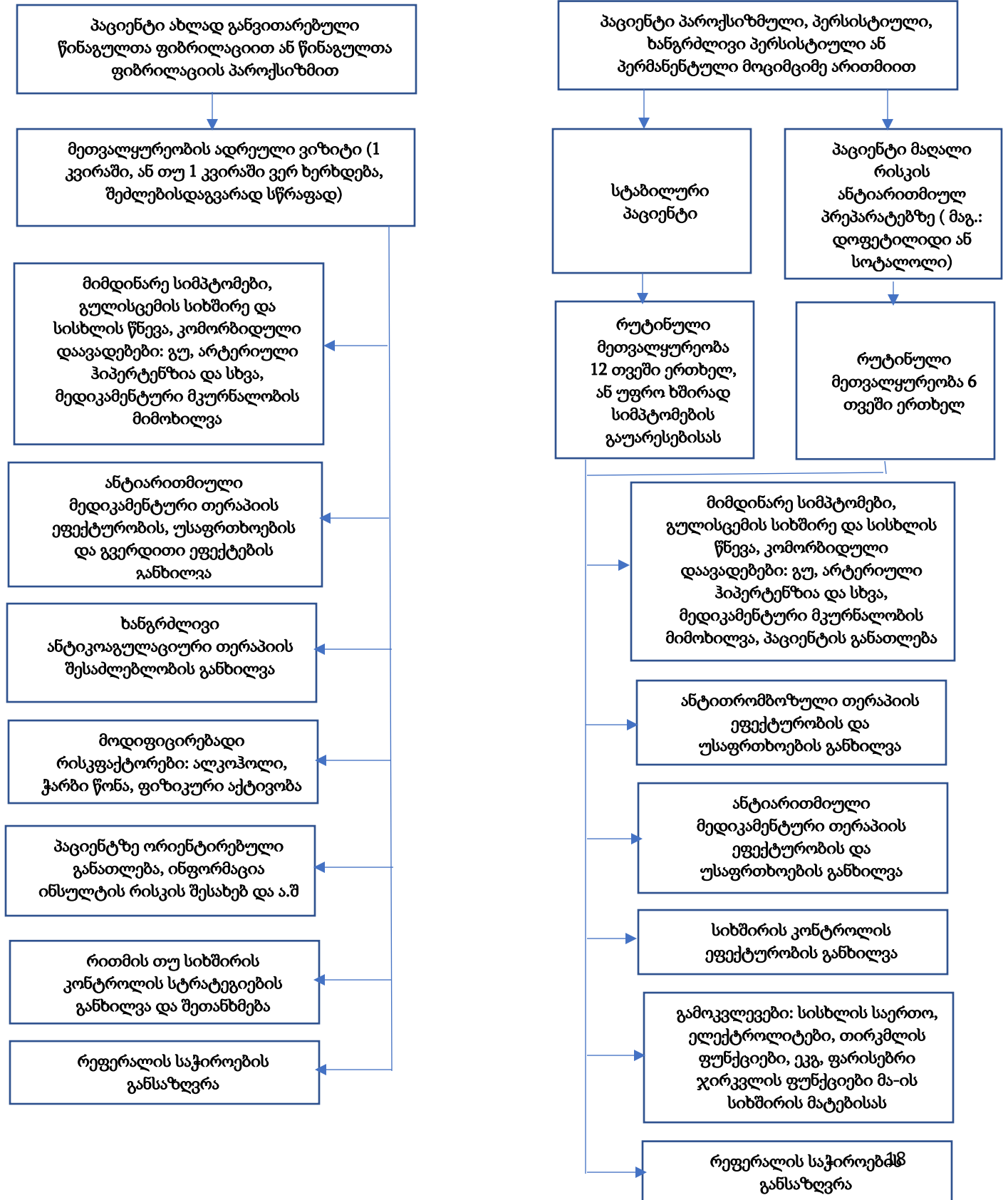




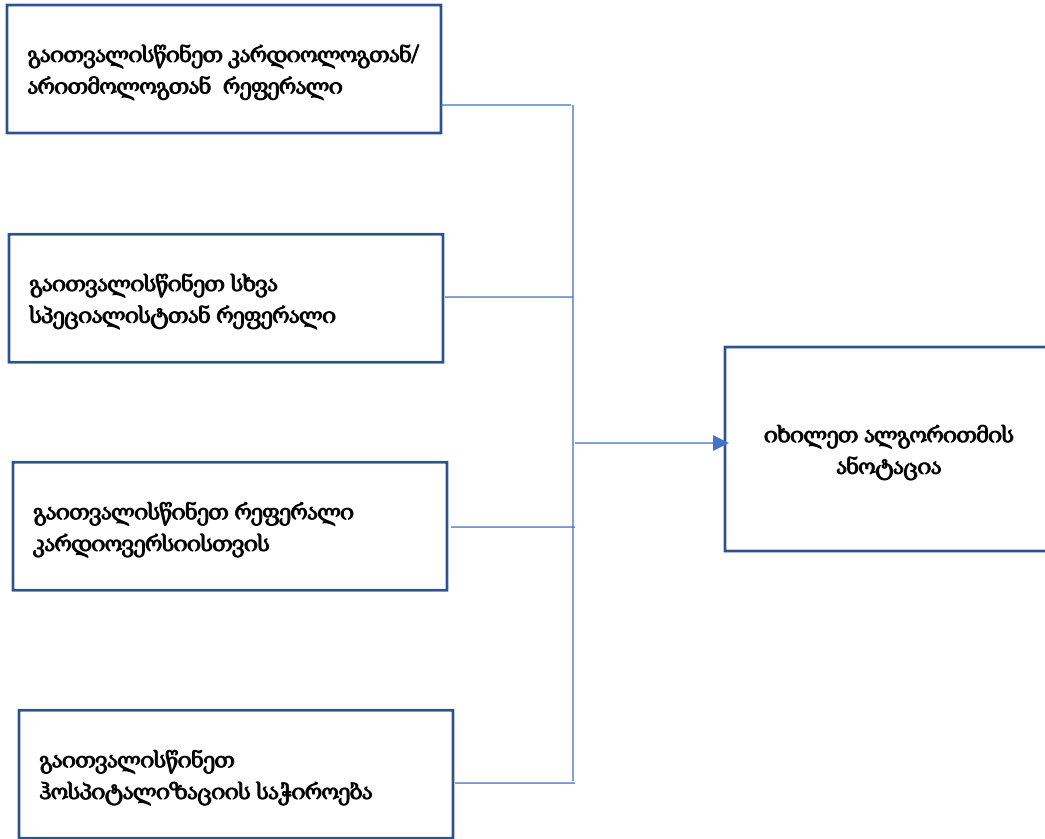
წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავე შეტევის მკურნალობა



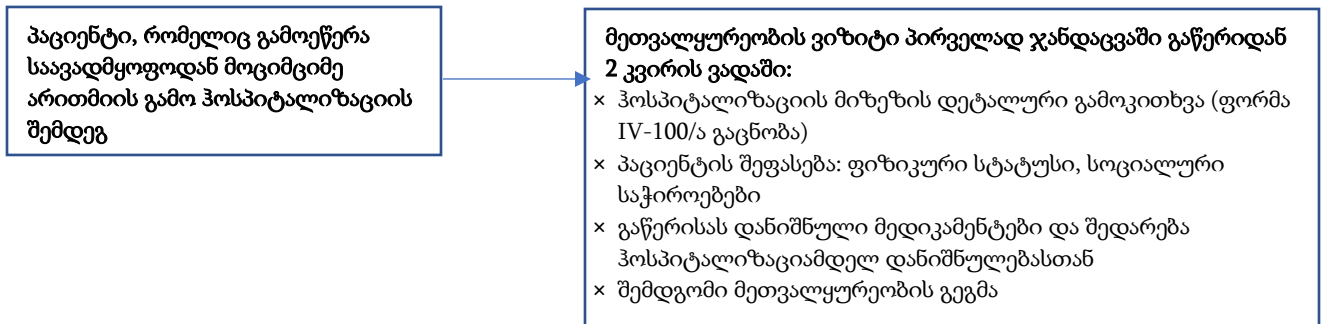
1. ჰემოდინამიკურად არასტაბილური მა განისაზღვრება, როგორც მა, რომელიც იწვევს ჰიპოტენზიას, მწვავე კორონარულ სინდრომს ან ფილტვის შეშუპებას
2. დაიწყეთ ორალური ანტიკოაგულაციური თერაპია გაიდლაინის მიხედვით
3. ორალური ანტიკოაგულაციური თერაპია (ოაკ) გაიდლაინის მიხედვით
4. რითმის კონტროლი უპირატესია პაციენტებში მოციმციმე არითმიის ნაკლები ხანგრძლივობით (<1 წელზე)
5. მეორე რიგის თერაპიაა - გამოიყენება არასათანადო კონტროლის ან პირველი რიგის თერაპიისადმი უკუჩვენებისას
6. შეიძლება დაინიშნოს სიფრთხილით დეკომპენსირებული გულის უკმარისობის ან ჰიპოტენზიის არარსებობისას
7. სიფრთხილით გამოიყენეთ ი/ვ ამიოდარონი, ჰიპოტენზიის და/ან სინუსური რითმის კონვერსიის შესაძლებლობის გამო, რაც უკავშირდება ინსულტის რისკს არასათანადო ანტიკოაგულაციის პირობებში
8. ტრანსნეოფაგური ექოკარდიოგრაფიით (ტეე) კონტროლირებული კარდიოვერსია შეიძლება გავითვალისწინოთ, როგორც კარდიოვერსიამდე 3 კვირიანი ანტიკოაგულაციური მკურნალობის ალტერნატივა.
9. გაითვალისწინეთ ჩვენებები და უკუჩვენებები



რეფერალის და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები



ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი მეთვალყურეობა



## ალგორითმის ანოტაციები

**1. მოციმციმე არითმიის გამოვლენა.** მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი შესაძლებელია დაისვას სხვადასხვა კლინიკური სცენარის დროს:

- რუტინული გასინჯვისას.
- სხვა მიზეზის, მაგალითად პრეოპერაციული შემოწმების გამო ჩატარებული ეკგ-კვლევით.
- როდესაც პაციენტს განუვითარდა ინსულტი ან სხვა არტერიული თრომბოემბოლიზმი და აღმოაჩნდა მანამდე არადიაგნოსტირებული მოციმციმე არითმია.
- სუბკლინიკური მოციმციმე არითმიის გამოვლენა ასევე შესაძლებელია ინტრაკარდიული, იმპლანტირებადი ან სატარებელი მონიტორით.
- სხვა მიზეზის გამო ჩატარებული 24 საათიანი ეკგ-მონიტორინგის ან იმპლანტირებული კარდიული რითმის აპარატის ჩანაწერების განხილვისას
- სხვა მიზეზის, მაგალითად, ინფექციის, მიოკარდიუმის ინფარქტის, თირეოტოქსიკოზის, პულმონური ემბოლიზმის, ფქოდ-ის, მიოკარდიტის ან პერიკარდიტის გამო ჰოსპიტალზაციის პერიოდში.
- კარდიული ან არაკარდიული ქირურგიული ჩარევის დროს ან შემდეგ.
- პაციენტის მიერ შეძენილი ჩამწერი მოწყობილობის გამოყენებისას (მაგ, Apple watch-საათი, AliveCor KardiaMobile და ა. შ.). დეტალურად გამოვლენისა და სკრინინგის კრიტერიუმები იხილეთ „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ ეროვნული პროტოკოლი, თავი 9: მოციმციმე არითმიის გამოვლენა.

**2. „წითელი დროშის ნიშნების“ შეფასება-** აუცილებელია პაციენტის რეფერალი სასწრაფო ჰოსპიტალური შეფასებისთვის, თუ მას აღენიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელიმე:

- სწრაფი პულსი (გცს>150/წთ) და/ან დაბალი აწ (სისტოლური წნევა <90 მმ ვწყ სვ)
- ცნობიერების დაკარგვა, ძლიერი თავბრუსხვევა, მიმდინარე ტკივილი გულის არეში, ან მზარდი ქოშინი
- მოციმციმე არითმიის გართულება, როგორცაა ინსულტი, ტრანზიტორული იშემიური შეტევა (ტიმ) ან გულის მწვავე უკმარისობა

- გახანგრძლივებული ტკივილი გულის არეში

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტთა უმრავლესობას მოციმციმე არითმიით არ აღენიშნება ჰემოდინამიკური დარღვევა, ზოგერთს შეიძლება მნიშვნელოვანი ჰემოდინამიკური დარღვევები ჰქონდეს, რასაც სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და ჩარევა სჭირდება, რათა:

- მოხდეს ქოშინის, გულის არეში ტკივილის და ცნობიერების დარღვევის სიმპტომების შემსუბუქება;
- მოხდეს ჰემოდინამიკური სტაბილურობის აღდგენა.

**3. ანამნეზი-** რეკომენდებულია შეფასდეს შემდეგი ფაქტორები:

- სიმპტომების დაწყება ან არითმიის აღმოჩენის დრო
- სავარაუდო ხელშემწყობი ფაქტორები
- სიხშირე და ხანგრძლივობა
- არითმიის ეპიზოდების და სიმპტომების სიმძიმე
- ხარისხობრივი მახასიათებლები
- ანამნეზში წარსულში რომელიმე სუპრავენტრიკულური არითმიის არსებობა
- სიმპტომების სტატუსის დახასიათება უნდა მოხდეს ევროპის გულის რითმის ასოციაციის (EHRA) შკალის საფუძველზე (იხილეთ ცხრილი ქვემოთ). ასევე, უნდა დადგინდეს სიმპტომების კავშირი უშუალოდ არითმიასთან (გასწავლურებით, ისეთი არასპეციფიკური სიმპტომების შემთხვევაში, როგორცაა მაგალითად, ქოშინი, დაღლილობა, დისკომფორტი გულმკერდის არეში), რადგანც ანალოგიური ჩივილები შეიძლება იყოს არადიაგნოსტირებული ან არაადეკვატურად ნამკურნალები თანმხლები დაავადების ან გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკფაქტორების შედეგი. (დეტალურად იხილეთ „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად

ჯანდაცვაში“ ეროვნული პროტოკოლი, თავი 9: მოციმციმე არითმიაზე საექვო შემთხვევის საწყისი შეფასება, ცხრილი 3).

- ასოცირებული მდგომარეობები – უნდა დადგინდეს ისეთი ასოცირებული მდგომარეობების არსებობა და სტატუსი, როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ცერებროვასკულური დაავადება, დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ძილის ობსტრუქციული აპნოე. უნდა შეფასდეს პოტენციურად შექცევადი მიზეზების არსებობა (მაგალითად, ჰიპერთირეოზი, ალკოჰოლის საზიანო მოხმარება).

**4. ფიზიკური გასინჯვა** - ფიზიკური გასინჯვა ფოკუსირებული უნდა იყოს გულ-სისხლძარღვთა სისტემასა და თანმხლებ მდგომარეობებზე.

- აქვს აპიკალურ-რადიალური პულსის დეფიციტს. ერთდროულად მწვერვალს სამგერსა და სხივის არტერიაზე პულსის გასინჯვისას, პულსის სიხშირე სხივის არტერიაზე შესაძლოა უფრო ნაკლები იყოს. გულის არარეგულარული რითმის ფონზე ადგილი აქვს პარკუჭების შეკუმშვებს, რომელსაც წინ უსწრებს ნაკლები ხანგრძლივობის დიასტოლა და მარცხენა პარკუჭის ავსების დაქვეითება. აღნიშნულის შედეგია პარკუჭის შეკუმშვა, როდესაც დარტყმითი მოცულობა არასაკმარისია წნევის ტალღის გადასაცემად მხარზე. მანქეტით გაზომილი არტერიული წნევის მაჩვენებლების ცვალებადობაც ასევე ხშირია მოციმციმე არითმიის დროს, რაც უკავშირდება გულის რითმის, მარცხენა პარკუჭის ავსებისა და დარტყმითი მოცულობის ცვლილებას. უფრო ზუსტი ციფრების მისაღებად ხშირად საჭირო ხდება წნევის მრავალჯერადი გაზომვა და საშუალო მაჩვენებლის გამოთვლა. ამავე დროს, მოციმციმე არითმიის დროს წნევის საზომი ავტომატური ხელსაწყოები ნაკლებად ზუსტია, რის გამოც რეკომენდებულია წნევის გაზომვა ჩატარდეს მანუალურად. დეტალურად იხილეთ „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ ეროვნული პროტოკოლი, თავი 9: მოციმციმე არითმიაზე საექვო შემთხვევის საწყისი შეფასება - ფიზიკური გასინჯვა.

**5. ელექტროკარდიოგრაფია** - ყველა პაციენტს საექვო ახლად განვითარებული მოციმციმე არითმიით, უნდა ჩატარდეს 12 განხრისანი ეკგ-კვლევა. მოციმციმე არითმიის დროს ეკგ-ზე მკაფიო P კბილების ნაცვლად ჩანს სწრაფი, დაბალამპლიტუდიანი, მუდმივად ცვალებადი ფიბრილაციის (f) ტალღები, რომელთა ამპლიტუდა, მორფოლოგია და სიხშირე ცვალებადობს. სიხშირე შესაძლებელია მერყეობდეს წუთში 350-დან 600-მდე, ან იყოს არაზომიადი. f ტალღები ყველაზე უკეთ ჩანს ქვედა ან V1 განხრებში. f ტალღების იდენტიფიცირება შესაძლებელია QRS კომპლექსებს შორის, ხოლო ხანდახან ხდება მათი ზედდება ST სეგმენტზე ან T-კბილებზე.

პარკუჭოვანი რითმი, ჩვეულებრივ, არარეგულარულია (განმეორებითი კომპლექსების არარსებობა), თუმცა, იშვიათად, წინაგულთა ფიბრილაციის ფონზე შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს პარკუჭების შეკუმშვის რეგულარულ სიხშირეს. პარკუჭების სიხშირე (განსაკუთრებით ატრიოვენტრიკულური [AV] მახლოკირებელი მედიკამენტების ან გამტარებლობის დარღვევის არარსებობისას) ჩვეულებრივ, წუთში 90-170-ია, ამასთანავე, უფრო მაღალი სიხშირე გვხვდება ახალგაზრდა პირებში. პარკუჭების სიხშირის საფუძველზე, მოციმციმე არითმიას ხშირად ახასიათებენ, როგორც წინაგულთა ფიბრილაციას „ნელი“ (<60/წთ), „საშუალო“ (60-100/წთ), ან „სწრაფი“ (>100/წთ) პარკუჭოვანი პასუხით.

QRS-კომპლექსები ვიწროა, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც სახეზეა ჰის-პურკინიეს სისტემის გამტარებლობის პათოლოგია, ჰისის კონის მარჯვენა ან მარცხენა ტოტის ბლოკადის, ფუნქციური აბერაციის, ან AV დამატებითი გზით ანტეროგრადული გატარების შედეგად, პარკუჭების ნაადრევი აგზნებადობის გამო.

მოციმციმე არითმიის ეკგ-დიაგნოსტიკისას არსებობს რიგი პოტენციური შეცდომები, რომლებიც განსაკუთრებით ხშირია კარდიოგრამის კომპიუტერული ინტერპრეტაციის დროს ან იმ პაციენტებში, რომლებიც უწყვეტად ან რეგულარულად ატარებენ რითმის ხელოვნურ წამყვანს. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ კომპიუტერულად ინტერპრეტირებული ეკგ-ს დამოწმება განხორციელდეს კვალიფიცირებული სპეციალისტის მიერ.

ელექტროკარდიოგრამის შეფასება ასევე, უნდა განხორციელდეს შემდეგი მიმართულებით:

- გულის სხვა დაავადების ნიშნების დადგენა, როგორცაა მაგალითად, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (შესაძლო ჰიპერტენზიის გამო) ან Q კბილები (შესაძლო გულის კორონარული დაავადების გამო).
- გულის გამტარებლობის დარღვევის ნიშნების იდენტიფიცირება, როგორცაა პარკუჭების ნაადრევი აგზნებადობა ან ჰისის კონის ტოტების ბლოკადა.
- QT ინტერვალის შეფასება (ანტიარითმული მედიკამენტური თერაპიის პოტენციური რისკის განსაზღვრის მიზნით)
- მძიმე ბრადიკარდიის ან სინუსური კვანძის დისფუნქციის მტკიცებულების დადგენა.

**6. შეფასეთ სიმპტომების სიმძიმე EHRA სკალის მეშვეობით:** ელექტროკარდიოგრაფიულად დადასტურებული მოციმციმე არითმიის შემთხვევაში კლინიკური შეფასება მოიცავს ევროპის გულის რითმის ასოციაციის (EHRA) ქულის განსაზღვრას:

EHRA I კლასი - სიმპტომების არარსებობა\*;

EHRA II კლასი - მსუბუქი სიმპტომები, რომლებიც არ მოქმედებს ნორმალურ ყოველდღიურ აქტივობაზე;

EHRA III კლასი - მძიმე სიმპტომები, რომლებიც მოქმედებს ნორმალურ ყოველდღიურ აქტივობაზე;

EHRA IV კლასი - დამაინვალიდებელი სიმპტომები, რომლებიც იწვევს ყოველდღიური აქტივობის შეწყვეტას.

\*შენიშვნა: EHRA სკალა ითვალისწინებს მხოლოდ მოციმციმე არითმიასთან ასოცირებულ სიმპტომებს, რომელთა უკუგანვითარება ან შემსუბუქება ხდება სინუსური რითმის აღდგენისას ან სიხშირის ეფექტური კონტროლის ფონზე.

**7. გაითვალისწინეთ დიფერენციული დიაგნოზი.** სწრაფი არარეგულარული პულსით შესაძლებელია გამოვლიდნეს სხვა მდგომარეობები, რომლებთანაც აუცილებელია დიფერენციული დიაგნოზის გატარება. ასეთი მდგომარეობებია:

- წინაგულოვანი ტაქიკარდიები;

- წინაგულთა თრთოლვა: ინფორმაცია მოციმციმე არითმიასთან დაკავშირებული კარდიოემბოლიური ინსულტის შესახებ ასევე ვალიდურია წინაგულთა თრთოლვის შემთხვევაშიც და ამდენად, აუცილებელია სწრაფი შეფასება და შესაბამისი ჩარევა;

- სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიები.

გახშირებული გულისცემის დიფერენციული დიაგნოზი ასევე მოიცავს შემდეგ მდგომარეობებს:

- წინაგულოვან ექსტრასისტოლებს;

- ვენტრიკულურ ექტოპიურ რითმს;

- სინუსურ ტაქიკარდიას.

ეკგ გადაღება არითმიის დროს, ჩვეულებრივ, საშუალებას იძლევა მოხდეს მოციმციმე არითმიის დიფერენცირება სხვა შედარებით იშვიათი სუპრავენტრიკულური არითმიების ან გავრცელებული პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლებისგან.

**8. გაითვალისწინეთ ამბულატორიული ეკგ მონიტორინგი**-თუ ეკგ-ზე ვერ ხერხდება მოციმციმე არითმიის კეთილთვისებიანი მიზეზების იდენტიფიცირება (მაგალითად, მრავლობითი ექტოპიების დროს) ან პაროქსიზმულ მოციმციმე არითმიაზე ექვის შემთხვევაში.

- პაციენტებში საექვო პაროქსიზმული მოციმციმე არითმიით, რომლის გამოვლენაც ვერ ხერხდება სტანდარტული ელექტროკარდიოგრამით, თუ ხელმისაწვდომია, უნდა ჩატარდეს:

\* 24 საათიანი ამბულატორიული ეკგ-მონიტორინგი, 24 საათზე ნაკლები ინტერვალით განვითარებული საექვო ასიმპტომური ან სიმპტომური ეპიზოდების შემთხვევაში.

- თუ ეკგ მონიტორინგი არ არის ხელმისაწვდომი, ან ეპიზოდები 24 საათზე მეტი ინტერვალით ვითარდება, აუცილებელია პაციენტის რეფერალი კარდიოლოგიური პროფილის კლინიკაში, შესაბამისი გამოკვლევის ჩასატარებლად.

**9. რეფერალი კარდიოლოგთან** - მოციმციმე არითმიის დადასტურებისას, რეკომენდებულია პაციენტი საწყისი შეფასებისა და მკურნალობაზე გადაწყვეტილების მიღებისთვის გაიგზავნოს კარდიოლოგთან.

ყველა პაციენტი პაროქსიზმული მოციმციმე არითმიით, უნდა გაიგზავნოს კარდიოლოგთან, თუმცა, ასევე აუცილებელია პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინება.

- რეფერალი კარდიოლოგთან რეკომენდებულია თანმხლები გულის იშემიური დაავადების ან გულის სხვა სტრუქტურული დაავადების გამოსარიცხად და ინტერვენციული მკურნალობის შესაძლებლობის განსახილველად.
- ანტიარითმიული მედიკამენტური მკურნალობის დასანიშნად, რომლის დაწყებაც არ არის რეკომენდებული პირველადი ჯანდაცვის დონეზე (მაგალითად, ამიოდარონის ან სოტალოლის); I და III კლასის ანტიარითმიული მედიკამენტები (მაგ.: ფლეკანიდი) ჩვეულებრივ, უნდა დაინიშნოს მხოლოდ სპეციალისტის გადაწყვეტილებით.
- წინაგულთა მეტად შენარჩუნებული ფუნქციის გათვალისწინებით, სინუსური რითმის შენარჩუნებისკენ ან მოციმციმე არითმიის პაროქსიზმების მნიშვნელოვანი შემცირებისკენ მიმართული კარდიოლოგიური ინტერვენციების წარმატების შანსი გაცილებით მაღალია პაროქსიზმული მოციმციმე არითმიის დროს, ვიდრე პერსისტიული მოციმციმე არითმიის შემთხვევაში. ამდენად პაროქსიზმული მოციმციმე არითმიის დროს რეკომენდებულია რეფერალი კარდიოლოგთან, შესაბამისი ინტერვენციების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების მიზნით.

**10. მოციმციმე არითმიის ნაკლები ალბათობის შემთხვევაში დაამშვიდეთ პაციენტი და მიეცით რჩევა-დარიგება.**

დაამშვიდეთ პაციენტი და მიაწოდეთ ინფორმაცია შემდეგზე:

- მხოლოდ გულის ფრიალი, გულის დაავადებისთვის დამახასიათებელი ანამნეზის გარეშე და ნორმალური ეკგ-მონაცემებით, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ იყოს სერიოზული პრობლემის გამოვლინება.
- ამ შემთხვევაში რისკის შესამცირებელი მკურნალობის საჭიროება ნაკლებად დგება და მკურნალობა ძირითადად, მიმართულია სიმპტომების შემსუბუქებისკენ.

მიაწოდეთ წერილობითი ინფორმაცია მოციმციმე არითმიის შესახებ და აუხსენით, როდის უნდა მიმართოს სამედიცინო დახმარებას (მაგალითად, სიმპტომების გაუარესების შემთხვევაში).

**11. დიაგნოსტიკური კვლევები და მეთვალყურეობა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით**

მოციმციმე არითმია ხშირად ვითარდება პაციენტებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორებით/კომორბიდული მდგომარეობებით და ზოგჯერ შეიძლება არადიაგნოსტიკური დაავადების მარკერს წარმოადგენდეს. ამდენად, ყველა პაციენტი მოციმციმე არითმიით საჭიროებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სრულყოფილ შეფასებას. მოციმციმე არითმიის დიაგნოსტიკური შეფასების სტანდარტული პაკეტი მოიცავს სრულყოფილ სამედიცინო ანამნეზს, თანმხლები დაავადებების, მოციმციმე არითმიის ფორმის, ინსულტის რისკის, არითმიასთან დაკავშირებული სიმპტომების, თრომბოემბოლიზმისა და მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის შეფასებას.

ყველა პაციენტს მოციმციმე არითმიით, უნდა ჩაუტარდეს 12 განხრიანი ეკგ-კვლევა, მოციმციმე არითმიის დიაგნოზის დადასტურების, წინაგულთა ფიბრილაციის პერიოდში პარკუჭების შეკუმშვის სისხირის შეფასების და გამტარებლობის დარღვევების, იშემიის ან გულის სტრუქტურული დაავადების ნიშნების გამოვლენის მიზნით.

ლაბორატორიული კვლევები (ფარისებრი ჯირკვლის და თირკმლის ფუნქციები, შრატში ელექტროლიტები, სისხლის საერთო ანალიზი) და ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია (რომლითაც ფასდება მარცხენა პარკუჭის ზომა და ფუნქცია, მარცხენა წინაგულის ზომა,

სარქვლოვანი დაავადება, მარჯვენა გულის ზომები და სისტოლური ფუნქცია) საჭიროა მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისთვის. პაციენტის მახასიათებლებიდან გამომდინარე, შეიძლება საჭირო გახდეს სპეციფიკური დამატებითი ინფორმაციის მოძიება.

თუ არსებობს ეჭვი გულის იშემიურ დაავადებაზე, რეკომენდებულია პაციენტი გაიგზავნოს დატვირთვის ტესტზე. დატვირთვის ტესტი გვხამრება ფარმაკოთერაპიის შერჩევაში, რადგანაც ზოგიერთი ანტიარითმიული მედიკამენტი უკუნაჩვენებია კორონარული არტერიების დაავადების დროს.

ამბულატორიული კარდიომონიტორინგის გამოყენება სხვადასხვა მოწყობილობით (შეტვის ჩამწერი, წებვადი მონიტორი, იმპლანტირებადი კარდიომონიტორი და სხვა) შესაძლებელია გარდამავალი არითმიის გამოვლენის მიზნით, რომლის დაფიქსირებაც ვერ ხერხდება რუტინული ეკგ გადაღებისას. ამბულატორიული ეკგ მონიტორინგი ასევე გამოიყენება არითმიასთან სიმპტომების კორელაციისა და მოციმციმე არითმიის ტვირთის შეფასების მიზნით. 24-48 საათიანი ჰოლტერის მონიტორინგი ძირითადად, გვხამრება პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირის შეფასებაში იმ პირებში, ვისთანაც შერჩეული იქნა სიხშირის კონტროლის სტრატეგია და არსებობს ეჭვი გულისცემის სიხშირის არასათანადო კონტროლზე ან ბრადიკარდიაზე.

ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია (ტოე) რეკომენდებულია ჩაუტარდეს პაციენტს მაშინაც კი, როდესაც ფიზიკური გასინჯვის მონაცემები ნორმის ფარგლებშია.

12. **გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის ადგილის შესახებ** - სიმპტომების და რისკის შეფასების საფუძველზე მიიღება გადაწყვეტილება პაციენტის მკურნალობის ადგილის შესახებ (იხილეთ რეფერალის და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები).

მოციმციმე არითმია გავრცელებული პრობლემაა და ხშირად მისი მართვა შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ დამატებითი კონსულტაციის გარეშე. პირველად ჯანდაცვაში მკურნალობის გაგრძელება მისაღებია პაციენტებისთვის, რომლებიც არ წარმოადგენენ სიმპტომებს, არიან შედარებით ნაკლებად აქტიური, ან დაუმღურებული პაციენტები მარცხენა პარკუჭის პათოლოგიის/გულის უკმარისობის გარეშე, ექვემდებარებიან პალიატიურ მოვლას ან პაციენტის ინფორმირებული გადაწყვეტილების საფუძველზე. იმ შემთხვევაში, როცა ექიმი თავს არაკომფორტულად გრძობს გადაწყვეტილების მიღების კუთხით, ან საჭიროა კათეტერული აბლაცია, კარდიოვერსია ან ანტიარითმიული მედიკამენტის დანიშვნა, რეკომენდებულია პაციენტი საკონსულტაციოდ გაიგზავნოს კარდიოლოგთან.

დეტალურად იხილეთ მოციმციმა არითმიის მართვის ეროვნული პროტოკოლი, თავი 9: გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის ადგილის შესახებ.

13. **მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა** - მოციმციმე არითმიის მქონე პაციენტთა ინტეგრირებული მართვა მოითხოვს ინდივიდუალურ პაციენტზე მორგებულ, კოორდინირებულ და შეთანხმებულ სამოქმედო გეგმას, მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ ოპტიმალური დახმარების განხორციელების მიზნით. ამ მიდგომის ცენტრალური ფიგურა პაციენტია. მკურნალობის ალტერნატივების განხილვა და მართვის გეგმის შეთანხმება უნდა მოხდეს პაციენტთან. მკურნალობის სქემა შესაძლოა იცვლებოდეს დროთა განმავლობაში, რაც განპირობებულია ახალი რისკფაქტორების ან სიმპტომების განვითარებით, დაავადების პროგრესირებით და მკურნალობის ახალი მეთოდების გაჩენით.

**მკურნალობის ტვირთი** - პაციენტის მიერ აღქმული მკურნალობის ტვირთი განისაზღვრება, როგორც ჯანდაცვის სისტემის მხრიდან პაციენტზე წარმოებული დატვირთვა, აგრეთვე მისი ზეგავლენა ინდივიდის ფუნქციონირებასა და კეთილდღეობაზე, გარდა სპეციფიკური გვერდითი ეფექტებისა, რომლებიც უკავშირდება მკურნალობას. აღნიშნული მოიცავს ყველაფერს, რისი გაკეთებაც პაციენტს უწევს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო (მედიკამენტების მართვა, თვითმონიტორინგი, ექიმთან ვიზიტები, ლაბორატორიული კვლევები, ცხოვრების სტილის ცვლილებები), ჯანდაცვის სისტემის ზეგავლენას მის სოციალურ ურთიერთობებზე, რაც პოტენციურად მოქმედებს მკურნალობისადმი დამყოლობაზე, სიცოცხლის ხარისხსა და გამოსავლებზე (მაგ.: ჰოსპიტალიზაციისა და გადარჩენადობაზე).



**პაციენტის მიერ მოხსენებული გამოსავლები** - პაციენტის გამოცდილება მოციმციმე არითმიასთან და მის მართვასთან დაკავშირებით ძალზედ სუბიექტურია. მოციმციმე არითმიის მართვა სულ უფრო რთული ხდება, რამაც პოტენციურად შეიძლება გამოიწვიოს მკურნალობის მნიშვნელოვანი ტვირთი და სიცოცხლის ხარისხის გაუარესება. პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი გამოსავლების გაზომვა, ტრადიციულ კლინიკურ საბოლოო წერტილებთან ერთად (როგორცაა სიკვდილიანობა, ინსულტი, მნიშვნელოვანი სისხლდენა და ა.შ.), შეიძლება დაგვეხმაროს მოციმციმე არითმიის მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში.

დეტალურად იხილეთ მოციმციმა არითმიის მართვის ეროვნული პროტოკოლი, თავი 9: მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა.

**14. მოციმციმე არითმიის მართვის ინტეგრირებული ABC (Atrial Fibrillation Better Care-წინაგულთა ფიბრილაციის უკეთესი მართვა) გზამკვლევი** - მოციმციმე არითმიით დაავადებულ პაციენტებზე ზოგადი ზრუნვის დამხმარე ჩარჩოა (როგორც მწვავედ განვითარებული, ისე ხანგრძლივად არსებული მოციმციმე არითმიის შემთხვევაში).

- "A" აღნიშნავს ანტიკოაგულაციას
- "B" აღნიშნავს სიმპტომების უკეთეს მართვას (better symptom management)
- "C" აღნიშნავს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორებისა და კომორბიდული პათოლოგიების შეფასებას და მართვას.

ჩვეულებრივ ზრუნვასთან შედარებით, ABC გზამკვლევის დანერგვა მნიშვნელოვანწილად ასოცირებულია ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის შემცირებასთან, ინსულტის, მნიშვნელოვანი სისხლდენის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილიანობისა და პირველი ჰოსპიტალიზაციის კომბინირებული გამოსავლის გაუმჯობესებასთან, გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევების ნაკლებ სიხშირესა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირებასთან.

**15. ინსულტის პრევენცია: ანტიკოაგულაცია პაციენტებში მოციმციმე არითმიით** - ყველა პაციენტს მოციმციმე არითმიით, უნდა ჩაუატარდეს შეფასება ანტითრომბოზული თერაპიის საჭიროების მიზნით, რათა თავიდან იქნას აცილებული თრომბოემბოლიური გართულებები იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც პაციენტი მოგვმართავს წინაგულთა ფიბრილაციის პირველი ეპიზოდით. აღნიშნული შეფასება ხორციელდება ინსულტის რისკის განმსაზღვრელი ქულათა სისტემის მეშვეობით, რომელიც ცნობილია CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-სახელით (იხილეთ ცხრილი 4 მოციმციმე არითმიის ეროვნულ პროტოკოლში). სხვა ფაქტორებს, რომელთა გამოყენებითაც შესაძლებელია ინსულტის რისკის პროგნოზირების გაუმჯობესება მოციმციმე არითმიით დაავადებული ინდივიდისთვის, მიეკუთვნება წინაგულის ზომა და ფუნქცია, ზოგიერთი ბიომარკერი (მაგ.: NT-proBNP და მაღალსენსიტიური ტროპონინი-T). ანტითრომბოზული თერაპია ესაჭიროებათ პაციენტებს, რომლებთანაც განიხილება ელექტრული ან ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია (მიუხედავად CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ქულისა და კარდიოვერსიის მეთოდისა) და პაციენტებს, რომლებიც აკმაყოფილებენ ხანგრძლივი ანტიკოაგულაციის კრიტერიუმებს. ყველა პაციენტი, რომელთა თრომბოემბოლიური გართულებების რისკი აღემატება სისხლდენის რისკს, წარმოადგენს ხანგრძლივი ანტითრომბოზული თერაპიის კანდიდატს.

ანტითრომბოზული თერაპიის დაწყებისას, აუცილებელია სისხლდენის პოტენციური რისკის შეფასება. მოდიფიცირებად რისკფაქტორებთან ერთად, არამოდიფიცირებადი და ნაწილობრივ მოდიფიცირებადი რისკფაქტორები სისხლდენის მწვავე მოვლენების განვითარების მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორებია (იხილეთ ცხრილი 5 მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნულ პროტოკოლში).

სისხლდენის რისკის ფორმალური შეფასება სპეციფიკური კალკულატორის მეშვეობით, როგორცაა HAS-BLED ქულათა სისტემა (იხილეთ ცხრილი 6 მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნულ პროტოკოლში), მნიშვნელოვანია პერორალურ ანტიკოაგულაციურ თერაპიაზე მყოფი პაციენტების მართვის ტაქტიკის კუთხით, რადგანაც ის საშუალებას იძლევა, მოხდეს ფოკუსირება სისხლდენის

მოდულიზირებად რისკფაქტორებზე, რომელთა მართვა და გადაფასება უნდა განხორციელდეს პაციენტთან ყოველი კონტაქტის დროს და გამოვლინდეს მაღალი რისკის პაციენტები არამოდულიზირებადი რისკფაქტორებით, რომელთა მონიტორინგიც რეკომენდებულია უფრო ადრე (მაგალითად, 4 კვირაში და არა 4-6 თვეში) და უფრო ხშირად. „სისხლდენის მაღალი რისკის“ პაციენტების იდენტიფიცირება ასევე საჭიროა ანტითრომბოზული თერაპიის სტრატეგიის განსზღვრისას მოციმციმე არითმიის მქონე პაციენტთა სპეციფიკურ ჯგუფებში, მაგალითად, მათთან, ვისაც უტარდება კორონარული ინტერვენცია. ზოგადად, სისხლდენის რისკის შეფასება მხოლოდ მოდიფიცირებად რისკფაქტორებზე დაყრდნობით, ნაკლებად უპირატესი სტრატეგიაა, სისხლდენის რისკის შეფასების ფორმალურ ქულათა სისტემასთან შედარებით, რომელიც ამავე დროს, ითვალისწინებს მოდიფიცირებადი და არამოდულიზირებადი რისკფაქტორების ურთიერთქმედებას. სისხლდენის რისკი დინამიური პროცესია და რისკის პროფილის გათვალისწინება მნიშვნელოვანი სისხლდენის გაცილებით უფრო მძლავრი პროგნოზული მაჩვენებელია, ვიდრე მხოლოდ საწყის რისკზე დაყრდნობა.

„A“-ანტიკოაგულაცია/ინსულტის თავიდან აცილება“ ალგორითმის ფარგლებში გადაწყვეტილების მიღებისას პირველი ნაბიჯია დაბალი რისკის პაციენტების გამოვლენა, რომელთაც არ ესაჭიროებათ ანტითრომბოზული თერაპია. მე-2 ნაბიჯია ინსულტის პრევენციული მკურნალობა პერორალური ანტიკოაგულანტებით პაციენტებში  $\geq 1$  რისკფაქტორით, რომელიც არ უკავშირდება სქესს, ხოლო მესამე ნაბიჯია პერორალური ანტიკოაგულანტის შერჩევა: არა ვიტამინ K-ანტაგონისტი (მისი შედარებითი ეფექტურობის, უსაფრთხოების და მოხერხებულობის გამო, ეს პრეპარატები ზოგადად წარმოადგენენ პირველი არჩევის მედიკამენტებს ინსულტის პრევენციის მიზნით, პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით) ან ვიტამინ K-ს ანტაგონისტი (კარგი თერაპიული დიაპაზონის დროით: TTR >70%).

ზოგადად, არა-K ვიტამინის ანტაგონისტებით ანტიკოაგულაციური თერაპიის მიმართ ამტანობა უკეთესია, ვიდრე K ვიტამინის ანტაგონისტებით მკურნალობისას, რაც განპირობებულია ამ პრეპარატების უკეთესი ფარმაკოკინეტიკური პროფილით, მათი უპირატესი უსაფრთხოებითა და ეფექტურობით, განსაკუთრებით, მოწყვლად პაციენტებში, როგორცაა მაგალითად, ხანდაზმულები, პირები თირკმლის ფუნქციის დარღვევით, გადატანილი ინსულტით და ა.შ.

**კომბინირებული მკურნალობა პერორალური ანტიკოაგულანტებით და ანტიაგრეგანტებით** - ანტიაგრეგანტული თერაპია საკმაოდ გავრცელებულია კლინიკურ პრაქტიკაში, ხშირად ისეთ პაციენტებთან, რომელთაც აღენიშნებათ მოციმციმე არითმია, მაგრამ არ გააჩნიათ ამგვარი მკურნალობის ჩვენება (მაგალითად, პად, კად ან ცერებროვასკულური დაავადება). პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, კომბინირებული თერაპიის გამოყენების შესახებ მხოლოდ ინსულტის პრევენციის მიზნით, არსებობს შეზღუდული მტკიცებულებები, რომლებიც მეტყველებს აღნიშნული თერაპიის არაეფექტურობაზე ინსულტის, მიოკარდიუმის ინფარქტის ან სიკვდილიანობის რისკის შემცირების კუთხით, თუმცა, მნიშვნელოვანი სისხლდენისა და ინტრაკრანიული სისხლჩაქცევის რისკის საკმაოდ მატებაზე.

**მარცხენა წინაგულის ყურის ოკლუზია** - პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, თრომბოემბოლიის პირველწყარო ხშირად არის მარცხენა წინაგულის ყურში ლოკალიზებული თრომბი. სხვადასხვა კვლევების შედეგები მეტყველებს, რომ პაციენტთა 90%-ში, თუ მათ არ აღენიშნებათ გულის რევმატიული დაავადება, მარცხენა წინაგულის თრომბი მდებარეობს მარცხენა წინაგულის ყურში. აღნიშნული ლოკალიზაციის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, მიდგომა, რომელიც გულისხმობს მარცხენა წინაგულის გადაკვანძვას, ამპუტაციას ან ოკლუზიას, რაციონალური თერაპიული ალტერნატივაა, განსაკუთრებით პაციენტებში ანტიკოაგულაციური მკურნალობის ჩვენებით, რომელთაც არ შეუძლიათ პერორალური ანტიკოაგულანტების ხანგრძლივი მიღება.

დეტალურად იხილეთ „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ ეროვნული პროტოკოლი, თავი 9: „A“ ინსულტის პრევენცია: ანტიკოაგულაცია პაციენტებში მოციმციმე არითმიით

**16. „B“ სიმპტომების უკეთესი კონტროლი - სიხშირის კონტროლის სტრატეგია** - სიხშირის კონტროლი მოციმციმე არითმიის მართვის შემადგენელი ნაწილია და ხშირად საკმარისია წინაგულთა ფიბრილაციასთან დაკავშირებული სიმპტომების გაუმჯობესების მიზნით. გულისცემის სიხშირის ოპტიმალური მაჩვენებელი პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, ნათელი არ არის. ამდენად, საწყისი მიდგომის სახით, სიხშირის კონტროლის ნაკლებად მკაცრი სტრატეგია მისაღებია, მიუხედავად გულის უკმარისობის სტატუსისა (ტაქიკარდიით გამოწვეული კარდიომიოპათიის გარდა), თუ სიმპტომები არ მოითხოვს გულისცემის სიხშირის უფრო მკაცრ კონტროლს.

სიხშირის ფარმაკოლოგიური კონტროლის მიღწევა შესაძლებელია ბეტა-ბლოკერების, დიგოქსინის, დილთიაზემის და ვერაპამილის, ან კომბინირებული მკურნალობის გამოყენებით. ზოგიერთ ანტიარითმიულ მედიკამენტს ასევე გააჩნია სიხშირის შემცირების პოტენციალი (მაგალითად, ამიოდარონს, დრონედარონს, სოტალოლს), მაგრამ ზოგადად მათი გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ რითმის კონტროლის მიზნით.

მედიკამენტის შერჩევა სიხშირის კონტროლისთვის დამოკიდებულია სიმპტომებზე, კომორბიდულ მდგომარეობებსა და პოტენციურ გვერდით ეფექტებზე. დეტალურად იხილეთ „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში“, ეროვნული პროტოკოლი, თავი 9: „B“ სიმპტომების უკეთესი მართვა: სიხშირის კონტროლის სტრატეგია.

**17. მედიკამენტის შერჩევა სიხშირის კონტროლისთვის** - მწვავე სიტუაციებში ექიმმა ყოველთვის უნდა შეაფასოს გამოწვევი მიზეზი, როგორცაა მაგალითად, ინფექცია ან ანემია. ბეტა-ბლოკერები და დილთიაზემი/ვერაპამილი უპირატეს მედიკამენტებად ითვლება დიგოქსინთან შედარებით, მოქმედების სწრაფი დაწყებისა და მომატებული სიმპათიკური ტონუსის შემთხვევაში ეფექტურობის გამო. მედიკამენტის შერჩევა და გულისცემის სამიზნე სიხშირე დამოკიდებულია პაციენტის მახასიათებლებზე, სიმპტომებზე, LVEF-ის მაჩვენებელსა და ჰემოდინამიკურ პარამეტრებზე, თუმცა სიხშირის ნაკლებად მკაცრი საწყისი კონტროლი მისაღებია, შესაძლოა საჭირო გახდეს კომბინირებული თერაპია. პაციენტებში HFrEF-ით, უნდა გამოვიყენოთ ბეტა-ბლოკერები, დიგოქსინი ან მათი კომბინაცია. პაციენტებში კრიტიკული მდგომარეობით და მარცხენა პარკუჭის სისტოლური ფუნქციის მძიმე დარღვევით, შესაძლებელია ი/ვ ამიოდარონის გამოყენება. არასტაბილურ პაციენტებში განხილული უნდა იქნას გადაუდებელი კარდიოვერსია.

ატრიო-ვენტრიკულური კვანძის აბლაცია და კარდიოსტიმულატორის იმპლანტაცია წარმოადგენს პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირის კონტროლის საშუალებას იმ შემთხვევაში, როდესაც ფარმაკოლოგიური მკურნალობა წარუმატებელია. დეტალურად იხილეთ ცხრილი 8 - მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნული პროტოკოლი.

**რეკომენდაციები სიხშირის კონტროლთან დაკავშირებით პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით:**

- ბეტა-ბლოკერები, დილთიაზემი ან ვერაპამილი რეკომენდებულია პირველი არჩევის პრეპარატების სახით გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით, პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით, თუ  $LVEF \geq 40\%$ . **I B**
- ბეტა-ბლოკერები და/ან დიგოქსინი რეკომენდებულია გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, თუ  $LVEF < 40\%$ . **I B**
- თუ ერთი მედიკამენტის გამოყენებით ვერ ხერხდება გულისცემის სიხშირის სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა, უნდა გავითვალისწინოთ კომბინირებული თერაპია სიხშირის მაკონტროლებელი სხვადასხვა მედიკამენტის გამოყენებით<sup>1</sup>. **IIa B**
- სიხშირის კონტროლის საწყისი მიდგომის სახით რეკომენდებულია გამოყენებული იქნეს ნაკლებად მკაცრი სტრატეგია, რომელიც გულისხმობს გულისცემის სიხშირეს მოსვენებულ მდგომარეობაში  $< 110/წთ$ . **IIa B**
- ატრიოვენტრიკულური კვანძის აბლაცია განხილული უნდა იქნას გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით პაციენტებში, რომლებიც არ ემორჩილებიან ან ვერ იტანენ სიხშირის ან რითმის

<sup>1</sup> ბეტა-ბლოკერის კომბინირება ვერაპამილთან ან დილთიაზემთან უნდა განხორციელდეს გულისცემის სიხშირის 24 საათანი ელექტროკარდიოგრაფიული ფრთხილი მონიტორინგის ფონზე, რათა მოხდეს ბრადიკარდიის იდენტიფიცირება.

კონტროლის ინტენსიურ თერაპიას და არ აკმაყოფილებენ მარცხენა წინაგულის აბლაციით რითმის კონტროლის კრიტერიუმებს, იმ დაშვებით, რომ ისინი კარდიოსტიმულატორზე დამოკიდებულები გახდებიან. **IIa B**

- პაციენტებში ჰემოდინამიკური არასტაბილურობით ან ძლიერ დაქვეითებული LVEF-ით, გულისცემის სიხშირის მწვავე კონტროლისთვის შესაძლებელია განხილული იქნას ინტრავენურად ამიოდარონის გამოყენება. **III B**

**18. რითმის კონტროლის სტრატეგია** - „რიტმის კონტროლის სტრატეგია“ გულისხმობს სინუსური რითმის აღდგენისა და შენარჩუნების მცდელობას, რაც შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა თერაპიული მიდგომების კომბინაციას, კარდიოვერსიის, ანტიარითმიული მედიკამენტების და კათეტერული აბლაციის ჩათვლით, სიხშირის ადეკვატური კონტროლის, ანტიკოაგულაციის და ყოვლისმომცველი კარდიოვასკულური პროფილაქტიკური თერაპიის პარალელურად (აღმავალი თერაპია, ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებისა და ძილის აპნოეს მართვის ჩათვლით).

**რიტმის კონტროლის სტრატეგია** — არსებობს გარკვეული სიტუაციები, როდესაც უპირატესად ითვლება რითმის კონტროლის სტრატეგია.

- გსდ მაღალი რისკის პაციენტები
- სიხშირის კონტროლის წარუმატებლობა
- გულის უკმარისობა — რითმის კონტროლი ზოგადად უპირატესია სიმპტომურ პაციენტებში, განსაკუთრებით, გულის უკმარისობის დროს.
- შედარებით ახალგაზრდა ასაკი — შედარებით ახალგაზრდა პირები (65 წელზე ნაკლები), ან ინდივიდები, რომელთაც ესაჭიროებათ ისეთი აქტივობების განხორციელება, რაც გულის ოპტიმალურ ფუნქციონირებას მოითხოვს, ზოგადად ცუდად იტანენ წინაგულთა ფიბრილაციას. როდესაც ანტიარითმიული მედიკამენტები გამოიყენება ამ პირობებში, პაციენტი კარგად უნდა იყოს ინფორმირებული თერაპიის რისკისა და სარგებელის შესახებ.
- რითმის კონტროლის სტრატეგია რეკომენდებულია სიმპტომურ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, სიმპტომების და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით. **IA**

დეტალურად იხილეთ ეროვნული პროტოკოლი „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში“, თავი 9: რითმის კონტროლის სტრატეგია.

**19. კარდიოვერსია მოციმციმე არითმიის დროს** - სინუსური რითმის აღდგენა (კარდიოვერსია) მოციმციმე არითმიის დროს პირველ რიგში ხორციელდება სიმპტომების გაუმჯობესების მიზნით, მაგრამ ამავე დროს, მისი მეშვეობით შესაძლებელია ტაქიკარდიით გამოწვეული კარდიომიოპათიის პრევენცია, გულის შეგუბებითი უკმარისობის მართვის ხელშეწყობა და არაადეკვატური განმუხტვების რისკის შემცირება პაციენტებში იმპლანტირებული დეფიბრილატორით.

**არასტაბილური პაციენტები** – იშვიათ შემთხვევებში, პაციენტებთან, რომლებიც ჰემოდინამიკურად არასტაბილურები არიან ან აღენიშნებათ სტენოკარდიული ტკივილი მოციმციმე არითმიის გამო და ამავე დროს, თრომბოემბოლიზმის დაბალი რისკი აქვთ, გადაუდებელი ელექტრული კარდიოვერსია ითვლება უპირატეს მეთოდად.

**სტაბილური პაციენტები** – პაციენტთა უმრავლესობას მოციმციმე არითმიით, არ ესაჭიროება გადაუდებელი ან სასწრაფო კარდიოვერსია, რადგანაც სიხშირის შემცირება ხშირად აუმჯობესებს სიმპტომებს. შერჩეულ სტაბილურ პაციენტებში არასარქვლოვანი მოციმციმე არითმიით, სინუსური რითმის აღდგენა ელექტრული ან ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის მეშვეობით აუცილებელი და მიზანშეწონილია.

ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია სინუსური რითმის აღდგენის მიზნით, წარმოადგენს არჩევით პროცედურას, რომელიც ნაფჩენება ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტებში.

- ახლად განვითარებული მოციმციმე არითმიის ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიისთვის რეკომენდებულია ი/ვ ვერნაკალანტის (პაციენტების გამოკლებით უახლოეს წარსულში მწვავე კორონარული სინდრომით ან მძიმე გულის უკმარისობით), ფლეკანიდის ან პროპაფენონის გამოყენება. **IA**

- ინტრავენური ამიოდრონი რეკომენდებულია კარდიოვერსიისთვის პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, თუ მათ აღენიშნებათ გულის უკმარისობა ან გულის სტრუქტურული დაავადება, ხოლო კლინიკური სიტუაცია იძლევა კარდიოვერსიის გადადების შესაძლებლობას. **I A**
- მოციმციმე არითმიის კარდიოვერსია (ელექტრული ან ფარმაკოლოგიური) რეკომენდებულია სიმპტომურ პაციენტებში პერსისტიული მოციმციმე არითმიით, რითმის კონტროლის თერაპიის ნაწილის სახით. **I B**
- მოციმციმე არითმიის ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია ნაჩვენებია მხოლოდ ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტებში, თრომბოემბოლიზმის რისკის გათვალისწინების შემდეგ. **I B**
- ელექტრული კარდიოვერსიის წარმატებული განხორციელებისთვის აუცილებელია გათვალისწინებული იქნას წინასწარი მკურნალობა ამიოდრონით, ფლეკანიდით, იბუტილიდით ან პროპაფენონით. **IIa B**
- შერჩეულ პაციენტებში იშვიათი და ახლად განვითარებული წინაგულთა ფიბრილაციით, თუ სახეზე არ არის გულის მნიშვნელოვანი სტრუქტურული დაზიანება ან იშემიური დაავადება, გათვალისწინებული უნდა იქნას ფლეკანიდის ან პროპაფენონის ერთჯერადი პერორალური დოზით თვით-ადმინისტრირებადი კარდიოვერსია („ჯიბში აბი“ მიდგომა), მხოლოდ ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შეფასების შემდეგ. **IIa B**
- პაციენტებში სინუსური კვანძის სისუსტით, ატრიო-ვენტრიკულური გამტარებლობის დარღვევით ან QT ინტერვალის გახანგრძლივებით (>500 მწმ), არ უნდა ჩატარდეს ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია, პროარითმიისა და ბრადიკარდიის განვითარების რისკის შეფასებისა და განხილვის გარეშე. **III C**

დეტალურად იხილეთ ეროვნული პროტოკოლი „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში“, თავი 9: რითმის კონტროლის სტრატეგია - კარდიოვერსია. კარდიოვერსიის შემდეგ მეთვალყურეობის მიზნები იხილეთ ცხრილი 9 „მოციმციმე არითმიის მართვის“ ეროვნულ პროტოკოლში.

**20. მოციმციმე არითმიის კათეტერული აბლაცია** - პაციენტებში, რომლებთანაც შერჩეულია რითმის კონტროლის სტრატეგია, კათეტერული აბლაცია და ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპია მიეკუთვნება ორ ძირითად თერაპიულ მეთოდს, რომლებიც მიმართულია წინაგულთა ფიბრილაციის ეპიზოდების სიხშირისა და სიმპტომების შემცირების/აღმოფხვრისაკენ. კათეტერული აბლაცია სინუსური რითმის შენარჩუნებისა და სიმპტომების გაუმჯობესების მიზნით, ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპიის უსაფრთხო და უპირატეს ალტერნატივას წარმოადგენს იმ შემთხვევაში, თუ ტარდება გამოცდილი სპეციალისტის მიერ.

კათეტერული აბლაციის ალტერნატივის განხილვისას პაციენტს უნდა მიეწოდოს შემდეგი ინფორმაცია:

- კათეტერული აბლაცია მკურნალობის მიზანშეწონილი ალტერნატივაა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, როდესაც მედიკამენტური თერაპიით ვერ ხერხდება სიმპტომების კონტროლი, ან ადგილი აქვს მედიკამენტების აუტანლობას.
- ყველა პაციენტმა, რომელსაც უტარდება კათეტერული აბლაცია, აუცილებლად უნდა მიიღოს ანტიკოაგულანტები სულ მცირე, 2-3 თვის განმავლობაში პროცედურის შემდეგ, ანტიკოაგულაცია უნდა გაგრძელდეს ხანგრძლივად მრავალ პაციენტთან ინსულტის რისკფაქტორებით, იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც აბლაციის შემდეგ აღარ აღინიშნება წინაგულთა ფიბრილაცია.
- პაციენტთა დაახლოებით 70-75%-ს არ აღენიშნება სიმპტომები აბლაციიდან 1 წლის შემდეგ. პროცენტული წილი შედარებით დაბალია პაციენტებში პერსისტიული მოციმციმე არითმიით (დაახლოებით 60%).
- პაციენტთა დაახლოებით 50%-ში (როგორც სიმპტომურ, ისე უსიმპტომო პირებში), აბლაციიდან 1 წლის შემდეგ შესაძლებელია წინაგულთა ფიბრილაციის გამოვლენა.
- პაციენტებში ხანგრძლივად მიმდინარე (1 წელზე ხანგრძლივი) პერსისტიული მოციმციმე არითმიით, წარმატებული აბლაციის სიხშირე არადაამაკმაყოფილებელია.
- სერიოზული გართულებების რისკი შეადგენს დაახლოებით 4%-ს, ამასთანავე, გართულებები ყველაზე გავრცელებულია სისხლმარღვოვანი მიდგომის შემდეგ. სხვა მნიშვნელოვან, ნაკლებად

გავრცელებულ გართულებებს მიეკუთვნება ფილტვის ვენების, საყლაპავის ან დიაფრაგმის ნერვის დაზიანება.

- აბლაციის პროცედურიდან 30 დღეში სიკვდილის რისკი შეადგენს 1000 პაციენტიდან 1-ს.
- სერიოზული გართულებების რისკი მნიშვნელოვნად მაღალია იმ კლინიკებში, სადაც აბლაცია ნაკლებად ხშირად ტარდება.

პაციენტებში, რომელთაც ჩაუტარდათ კათეტერული აბლაცია, ძალზედ მნიშვნელოვანია რეგულარული ზედამხედველობა წინაგულოვანი არითმიის რეციდივის გამოვლენის მიზნით. საერთაშორისო ექსპერტული შეთანხმების საფუძველზე რეკომენდებულია:

- აბლაციის შემდეგ პირველი ვიზიტი ელექტროფიზიოლოგთან განხორციელდეს მინიმუმ სამი თვის შემდეგ, ხოლო შემდგომში 6 თვეში ერთხელ, სულ მცირე, 2 წლის მანძილზე.
- ყველა ვიზიტზე ჩატარდეს ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა; სიმპტომურ პაციენტებს (მაგ.: პაციენტებს გულის ფრიალით) შეფასება უნდა ჩაუტარდეთ პაროქსიზმის მონიტორინგის რომელიმე მეთოდის გამოყენებით.

ძირითადი საკითხები, რომელთა გათვალისწინებაც აუცილებელია აბლაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტებზე, იხილეთ ცხრილი 10, მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნული პროტოკოლი.

დეტალური რეკომენდაციები წინაგულთა ფიბრილაციის რითმის კონტროლის/კათეტერული აბლაციის შესახებ იხილეთ ეროვნულ პროტოკოლში „მოციმციმე არითმიის გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში“, თავი 9: რითმის კონტროლის სტრატეგია - აბლაცია.

**არა-ანტიარითმიული მედიკამენტები არითმიის საწინააღმდეგო თვისებებით (აღმავალი თერაპია).** იმის გამო, რომ მოციმციმე არითმია წარმოადგენს წინაგულთა სტურქტურული რემოდელირების შედეგს, ან მის მარჯვს, წინაგულთა ფიბრილაცია მჭიდროდ უკავშირდება წინაგულოვან კარდიომიოპათიას. შესაბამისად, მედიკამენტებს, რომლებიც მოქმედებენ წინაგულთა რემოდელირების პროცესზე, შეუძლიათ მოახდინონ წინაგულთა ფიბრილაციის განვითარების პრევენცია, რითაც პრაქტიკულად არატრადიციული ანტიარითმიული მედიკამენტების მოქმედებას ავლენენ (ე.წ. აღმავალი თერაპია). ამ ჯგუფის მედიკამენტები იხილეთ ცხრილი 11-ში, მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნულ პროტოკოლში.

ანტიარითმიული მედიკამენტები, რომლებიც უხშირესად გამოიყენება სინუსური რითმის აღდგენისთვის იხილეთ ცხრილი 12, მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნულ პროტოკოლში.

**21. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორები და თანმხლები მდგომარეობები - გამოვლენა და მართვა** - მოციმციმე არითმიის მართვის ABC გზამკვლევის „C“ კომპონენტი გულისხმობს თანმხლები დაავადებების, კარდიომეტაბოლური რისკფაქტორების და ცხოვრების არაჯანსაღი სტილის ფაქტორების გამოვლენას და მართვას. რისკფაქტორების და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მართვა დამატებით ხელს უწყობს ინსულტის პრევენციას, წინაგულთა ფიბრილაციის ტვირთისა და სიმპტომების სიმძიმის შემცირებას.

- პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რისკფაქტორებისა და თანმხლები დაავადებების გამოვლენა და მართვა რეკომენდებულია მკურნალობის განუყოფელი ნაწილის სახით. **I B**
- არაჯანსაღი ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება და თანმხლები დაავადებების მიზნობრივი თერაპია რეკომენდებულია მოციმციმე არითმიის ტვირთისა და სიმპტომების სიმძიმის შემცირების მიზნით. **I B**
- პაციენტებში ჰიპერტენზიით რეკომენდებულია მოციმციმე არითმიის ოპორტუნისტული სკრინინგი **I B**

- პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და ჰიპერტენზიით, რეკომენდებულია განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს არტერიული წნევის კონტროლს, წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივების, ინსულტისა და სისხლდენის რისკის შემცირების მიზნით. **I B**
- მსუქან პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით, გათვალისწინებული უნდა იქნას წონაში დაკლება სხვა რისკფაქტორების მართვასთან ერთად, მოციმციმე არითმიის სიხშირის, პროგრესირების, რეციდივებისა და სიმპტომების შემცირების მიზნით. **IIa B**
- რჩევა ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების შესახებ და ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების მართვა უნდა გავითვალისწინოთ წინაგულთა ფიბრილაციის პრევენციისთვის და პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომელთა შემთხვევაშიც განიხილება პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპია. **IIa B**
- ფიზიკური აქტივობის გათვალისწინება აუცილებელია მოციმციმე არითმიის სიხშირის ან რეციდივების პრევენციის მიზნით, გარდა გადაჭარბებული, ამტანობაზე გათვლილი ვარჯიშისა, რომელმაც შეიძლება ხელი შეუწყოს წინაგულთა ფიბრილაციის განვითარებას. **IIa C**
- პაციენტებში ძილის ობსტრუქციული აპნოეთი უნდა გავითვალისწინოთ მოციმციმე არითმიის ოპორტუნისტული სკრინინგი. **IIa C**
- რეკომენდებულია გათვალისწინებული იქნას ძილის ობსტრუქციული აპნოეს ოპტიმალური მართვა, მოციმციმე არითმიის სიხშირის, პროგრესირების, რეციდივების და სიმპტომების შემცირების მიზნით. **IIb C**

**22. წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავე შეტევის მკურნალობა** - ჰემოდინამიკურად არასტაბილურ პაციენტებში რითმის მწვავე კონტროლი შეიძლება განხორციელდეს გადაუდებელი კარდიოვერსიის სახით. ჰემოდინამიკურად არასტაბილური წინაგულთა ფიბრილაციის შემთხვევაში, პირდაპირი ელექტრული კარდიოვერსია წარმოადგენს არჩევის მეთოდს, რადგანც მისი ეფექტურობა აღემატება ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის ეფექტურობას და იწვევს სინუსური რითმის დაუყოვნებელ აღდგენას. სტაბილურ პაციენტებში შესაძლებელია განხილულ იქნას როგორც ფარმაკოლოგიური, ისე ელექტრული კარდიოვერსიის ალტერნატივები. ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია ნაკლებად ეფექტურია, მაგრამ არ მოითხოვს სედაციას.

ელექტრული თუ ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის შერჩევა მოითხოვს თითოეული მეთოდის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების, თანმხლები დაავადებების, მდგომარეობის სიმწვავის, პაციენტის უპირატესობის განხილვას და დამოკიდებულია იმაზე, რამდენად კომფორტულად გრძნობს თავს კლინიცისტი თითოეული მეთოდის გამოყენებისას.

გადაუდებელი კარდიოვერსიის გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია თრომბოემბოლიური გართულებების რისკის შეფასება. პაციენტთა უმრავლესობას, რომელთაც უტარდებათ კარდიოვერსია, ანტიკოაგულაციური მკურნალობა უნდა დაეწყოთ კარდიოვერსიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისთანავე ან CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ქულათა სისტემით თრომბოემბოლიური რისკის შეფასების შემდეგ. როგორც კი პაციენტის მდგომარეობა დასტაბილურდება, შემდგომი მართვა ანალოგიურია სტაბილური პაციენტების მართვისა.

**23. მოციმციმე არითმიის რეგულარული მეთვალყურეობა პირველად ჯანდაცვაში** - პაციენტებს მოციმციმე არითმიით ესაჭიროებათ რეგულარული მეთვალყურეობა პირველად ჯანდაცვაში. მიუხედავად იმისა, რომ წინაგულთა ფიბრილაციის პირველი პაროქსიზმის განვითარებისას, პაციენტთა უმეტესობა ხვდება კარდიოლოგიურ კლინიკაში, სადაც ენიშნებათ მკურნალობა სიმპტომების კონტროლის მიზნით და ანტიკოაგულაციური თერაპია, რჩება უამრავი ნაკლებად სასწრაფო საკითხები, რომელთა რეგულარული მეთვალყურეობა განაპირობებს წინაგულთა ფიბრილაციის მქონე პაციენტთა სამედიცინო დახმარების საუკეთესო პრაქტიკას.

პაციენტთა უმრავლესობისთვის მიზანშეწონილია მეთვალყურეობის პირველი ვიზიტის განხორციელება მწვავე ეპიზოდებიდან 1 კვირაში, ან შემდგომი დაგვარად სწრაფად, თუ 1 კვირა არარეალისტურია. ადრეული მეთვალყურეობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის, რომელთაც დაეწყოთ ანტიარითმიული მედიკამენტური მკურნალობა, რათა მოხდეს მკურნალობის უსაფრთხოების, ეფექტურობის და გვერდითი ეფექტების შეფასება.

პაციენტებს პაროქსიმული, პერსისტიული, ხანგრძლივი პერსისტიული ან პერმანენტული მოციმციმე არითმიით, ესაჭიროებათ რეგულარული რუტინული მეთვალყურეობა და პერიოდულად სასწრაფო შეფასება, დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით.

რუტინული მეთვალყურეობა რეკომენდებულია სულ მცირე, 12 თვეში ერთხელ სტაბილური პაციენტებისთვის, ან უფრო ხშირად სიმპტომების ცვლილების შემთხვევაში.

პაციენტები, რომლებიც იმყოფებიან მაღლი რისკის ანტიარითმიულ მედიკამენტურ თერაპიაზე, მაგალითად, დოფეტილიდსა ან სოტალოლზე, საჭიროებენ რეგულარულ მეთვალყურეობას, სულ მცირე, წელიწადში ორჯერ. ამ პაციენტების მდგომარეობის მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს კარდიოლოგის ან ელექტროფიზიოლოგის და ოჯახის ექიმის მიერ ერთობლივად, მათი ანტიარითმიული მედიკამენტების მართვის მიზნით.

მეთვალყურეობის ვიზიტებზე რეკომენდებულია პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგი შემდეგი საკითხების გათვალისწინებით:

- ანტითრომბოზული თერაპიის ეფექტურობა და უსაფრთხოება (INR პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ვარფარინზე და კრეატინინის კლირენსი ანტიარითმიული მედიკამენტების ან ახალი ანტკოაგულანტების გამოყენებისას).
- ფუნქციური სტატუსი, სიმპტომების ცვლილების ჩათვლით (ანამნეზი).
- ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპიის ეფექტურობა და უსაფრთხოება (ეკგ, თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციის შეფასება).
- სიხშირის კონტროლის ეფექტურობა (ანამნეზი, ეკგ, ჰოლტერის მონიტორინგი, თუ საეჭვოა გულისცემის სიხშირის ვარიაბელობა).
- აქტიურ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, შესაძლებელია განხილულ იქნას სტრეს-ტესტი, ფიზიკური დატვირთვისას გულისცემის სიხშირის კონტროლის ადეკვატურობის შეფასების მიზნით. დატვირთვისადმი ტოლერანტობის დაქვეითების უმთავრესი მიზეზი მოციმციმე არითმიის დროს, არის გულისცემის სიხშირის არასათანადო კონტროლი.

**ლაბორატორიული ტესტირება** — შესაძლებელია, საჭირო გახდეს სისხლის ანალიზის, ელექტროლიტების, თირკმლის ფუნქციების შეფასება, განსაკუთრებით, პაციენტებში, სადაც საჭიროა პერორალური ანტიკოაგულაციის დაწყება. TSH და FT4 უნდა განესაზღვროს ყველა პაციენტს მოციმციმე არითმიის პირველი ეპიზოდით, აგრეთვე მათ, ვისაც აღენიშნება წინაგულთა ფიბრილაციის სიხშირის მატება.

საკითხების სია, რომელთა განხილვა და მართვა უნდა განხორციელდეს რუტინული მეთვალყურეობის ვიზიტებზე, ჩამოთვლილია მე-13 ცხრილში, მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნულ პროტოკოლში.

**24. რეფერალისა და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები** - სპეციალისტთან რეფერალი შესაძლოა არ იყოს საჭირო შემდეგ შემთხვევებში:

- მოციმციმე არითმიის ერთი ეპიზოდი და რისკფაქტორები/კომორბიდული მდგომარეობები კარგად მართულია;
- პერმანენტული მოციმციმე არითმია სიმპტომების გარეშე/მინიმალური სიმპტომებით, ადეკვატურ ანტითრომბოზულ თერაპიაზე და სიხშირის დამაკმაყოფილებელი კონტროლით;
- პერსისტიული მოციმციმე არითმია, სიმპტომების გარეშე/მინიმალური სიმპტომებით, ადეკვატურ ანტითრომბოზულ თერაპიაზე, სიხშირის დამაკმაყოფილებელი კონტროლით და სინუსური რითმის აღდგენის სურვილის არარსებობა.
- პაროქსიმული მოციმციმე არითმია, სიმპტომების გარეშე/მინიმალური სიმპტომებით, ადეკვატურ ანტითრომბოზულ თერაპიაზე და დამაკმაყოფილებელი სიხშირის/რითმის კონტროლით.



**სპეციალისტთან რეფერალი გასათვალისწინებელია შემდეგ შემთხვევებში:**

- დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობის მნიშვნელოვანი ცვლილება უახლოეს წარსულში ან ახლად განითარებული გულის უკმარისობა
- ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი
- თავბრუსხვევა ან პოსტურალური სიმპტომები, საწ<90 მმ ვწყ სვ
- გულისცემის სიხშირე მოსვენებულ მდგომარეობაში 120-140/წთ
- გადაწყვეტილების მიღება კომპლექსური ანტიკოაგულაციური თერაპიის შესახებ, როდესაც სახეზეა დამატებითი რისკფაქტორები (მაგალითად, გასული 12 თვის განმავლობაში მიოკარდიუმის ინფარქტი, მწვავე კორონარული სინდრომი, კორონარული არტერიების სტენტირება, ინსულტი)
- კომორბიდული მდგომარეობების მართვის ოპტიმიზაცია (მაგ.: ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ძილის ობსტრუქციული აპნოე)
- სხვა ხელშემწყობი მდგომარეობების მართვა (მაგალითად, ფარისებრი ჯირკვლის აქტიური დაავადება, ფილტვების დაავადება)
- მნიშვნელოვანი სიმსუქნე (სმი>35კგ/მ<sup>2</sup>)
- სტენოკარდიის სიმპტომები ახლო წარსულში ან დადგენილი კორონარული არტერიების დაავადება
- გულის უკმარისობა/მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია
- გულის სარქველოვანი ან გენეტიკური დაავადება
- პერსისტიული მოციმციმე არითმია, სადაც იგეგმება ელექტრული კარდიოვერსია
- პაციენტები, სადაც საწყისი მართვის სახით რითმის კონტროლის სტრატეგია გამოიყენება
- კომპლექსური გადაწყვეტილება სიხშირის კონტროლთან დაკავშირებით (მაგ.: კარდიოსტიმულატორი ან აბლაცია, როდესაც მარტივი სიხშირის მაკონტროლებელი მედიკამენტები არაეფექტურია ან ვერ აიტანება)
- კომპლექსური გადაწყვეტილება რითმის კონტროლთან დაკავშირებით (ანტიარითმიული მედიკამენტური მკურნალობის წარუმატებლობა, აბლაციური მკურნალობის განხილვა)
- აბლაციის შემდეგ სიმპტომების რეციდივი
- მოციმციმე არითმია ახალგაზრდა ასაკში (<50 წელზე)

**გათვალისწინეთ რეფერალი კარდიოვერსიისთვის, თუ:**

- პაციენტის მდგომარეობა არასტაბილურია მოციმციმე არითმიის გამო
- სახეზეა ახლად დიაგნოსტირებული მოციმციმე არითმია, ხანგრძლივობით <1 წელზე
- პაციენტს აღენიშნება პესისტიული მოციმციმე არითმია, რომლისთვისაც შეირჩა რითმის კონტროლის სტრატეგია, მაგრამ ვერ მოხერხდა სინუსური რითმის აღდგენა ანტიარითმიული მედიკამენტით.

**ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებებია:**

- პაციენტები, რომლებთანაც განიხილება დამატებითი გამტარი გზის აბლაცია, განსაკუთრებით, თუ მოციმციმე არითმია ვლინდება მკვეთრი სიმპტომებით და ასოცირებულია ჰემოდინამიკურ კოლაფსთან და პარკუჭების შეკუმშვის მაღალ სიხშირესთან.
- მძიმე ბრადიკარდია ან გახანგრძლივებული პაუზები, მათ შორის, კარდიოვერსიის შემდეგ.
- ასოცირებული სამედიცინო პრობლემის მკურნალობის საჭიროება, რომელიც ხშირად არითმიის მიზეზია (მაგალითად, ჰიპერტენზია, ინფექცია, ფქოდ-ის გამწვავება, პულმონური ემბოლიზმი, პერიკარდიტი, მიოკარდიუმის პერსისტიული იშემია). უნდა აღინიშნოს, რომ იზოლირებული მოციმციმე არითმია არ წარმოადგენს მიოკარდიუმის ინფარქტის გამორიცხვის ჩვენებას.
- რითმის ან სიხშირის კონტროლის მიღწევის შემდეგ გულის უკმარისობის ან ჰიპოტენზიის შემდგომი მკურნალობის საჭიროება.
- ანტიარითმიული მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება (თუ პაციენტის და მედიკამენტის მახასიათებლები საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას).

- პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირის კონტროლის სირთულე, იშემიის, გულის შეგუბებითი უკმარისობის სიმპტომებისა და ნიშნების ან მძიმე სიმპტომების თანხლებით, წარმოადგენს სულ მცირე, 24 საათიანი ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას.

**25. მეთვალყურეობა პაციენტის ჰოსპიტლიდან გამოწერის შემდეგ** - იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი გამოეწერა საავადმყოფოდან წინაგულების ფიბრილაციასთან დაკავშირებული გართულების ან ინტერვენციის შემდეგ, მეთვალყურეობის ვიზიტის განხორციელება რეკომენდებულია გაწერიდან 2 კვირის ვადაში (თუ შესაძლებელია და თუ პჯდ პროვაიდერს აქვს ინფორმაცია პაციენტის ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებით).

მეთვალყურეობის ვიზიტზე პაციენტთან ერთად უნდა მოხდეს შემდეგი საკითხების განხილვა: ძირითადი დიაგნოზი და თანმხლები პრობლემები, კლინიკური სტატუსი, მკურნალობის გეგმა და სამიზნეები, დანიშნული მედიკამენტები და განსხვავება ჰოსპიტალიზაციამდელი დანიშნულებისგან, საჭირო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, შემდგომი მეთვალყურეობის სიხშირე. აუცილებელია პოტენციური გამომწვევი მიზეზის სრულყოფილი შეფასება რეჰოსპიტალიზაციის პრევენციის მიზნით.

გაწერის შემდგომ ვიზიტზე უნდა შეფასდეს სიხშირის თუ რითმის კონტროლის ეფექტურობა და უსაფრთხოება, პაციენტის დამყოლობა ანტიკოაგულაციურ და ანტიარითმიულ თერაპიაზე, წინაგულთა ფიბრილაციის გრძელვადიანი მკურნალობის გეგმის განხილვა, ინსულტის რისკის შეფასება CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC ქულათა სისტემის გამოყენებით, სისხლდენის რისკის შეფასება HAS-BLED ქულათა სისტემით და ანტიკოაგულაციურ თერაპიასთან დაკავშირებით შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღება, კარდიოლოგის კონსულტაციის განხილვა, რაც ხელს შეუწყობს მკურნალობაზე დამყოლობას და მდგომარეობის სტაბილიზაციას.

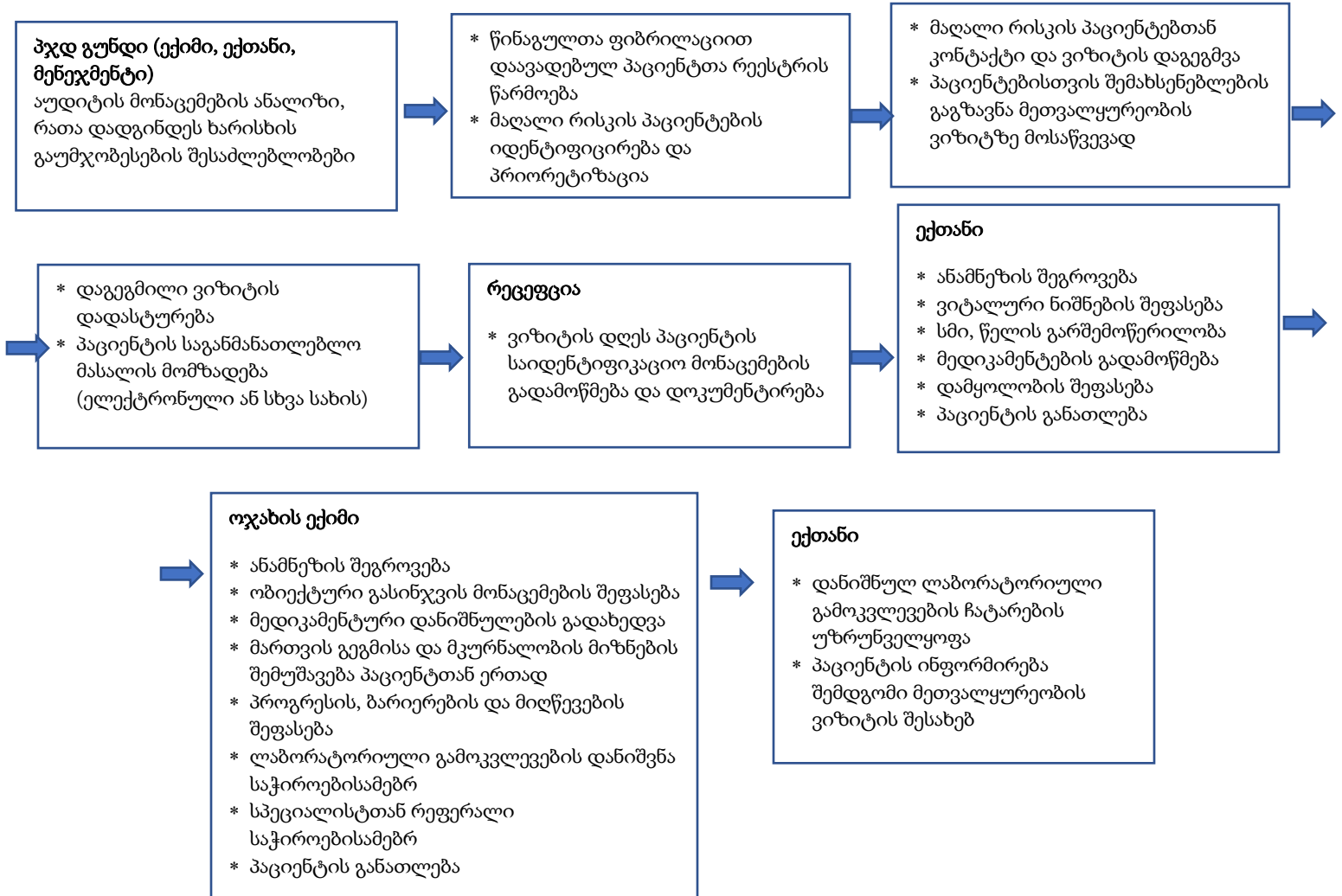
პაციენტთან ერთად უნდა მოხდეს შემდგომი რუტინული მეთვალყურეობის გეგმის განხილვა, თვითმართვასთან და თვითდახმარებასთან დაკავშირებული საკითხების შეთანხმება, მოდიფიცირებადი რისკფაქტორების მართვის მნიშვნელობის განმარტება.

საკითხების ჩამონათვალი, რომელთა განხილვაც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე იხილეთ ცხრილი 14, მოციმციმე არითმიის მართვის ეროვნული პროტოკოლი.

პჯდ გუნდის წევრების ფუნქციების გადანაწილება წინაგულთა ფიბრილაციის მართვაში

საქმიანობა/ფუნქცია	ოჯახის ექიმი	ზ/პრაქტიკის ექთან	სპეციალისტი (კარდიოლოგი, არითმოლოგი და ა. შ.)	დამხმარე პერსონალი (რეცეფცია, ადმინისტრაცია და სხვა)
ანამნეზის შეკრება	√	√		
დიაგნოზის დასმა და პაციენტის სრულყოფილი კლინიკური შეფასება	√			
მოციმციმე არითმიის ფორმის განსაზღვრა	√			
წინაგულთა ფიბრილაციის საწყისი დიაგნოსტიკა და შეფასება, მედიკამენტების ტიტრაცია, გართულებული შემთხვევების მართვა			√	
ინსულტის რისკის შეფასება CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc ქულათა სისტემის გამოყენებით და ანტიკოაგულაციური მკურნალობის დანიშვნა	√		√	
წინაგულთა ფიბრილაციის ელექტრული და ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია კათეტერული და ქირურგიული აბლაცია			√	
ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების ჩატარება		√		
ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული კონსულტირება	√	√		
მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნა/გადახედვა/კორექტირება	√		√	
პაციენტზე რეგულარული მეთვალყურეობა	√	√	√	
მონაცემების დოკუმენტირება/ელექტრონულ საინფორმაციო სისტემაში შეტანა	√	√	√	√
ვიზიტების დაგეგმვა/დაჯავშნა				√
ვიზიტის შეხსენება		√		√

**წინაგულთა ფიბრილაციის მულტიდისციპლინური მართვის გეგმა**



**გზამკვლევის დანერგვის შეფასებისთვის ძირითადი ინდიკატორები (კლინიკური აუდიტის კრიტერიუმები)**

**სტრუქტურის ინდიკატორები**

1. დაწესებულებას გააჩნია მოციმციმე არითმიით დაავადებულ პაციენტთა რეესტრი
2. დაწესებულებაში არსებობს მულტიდისციპლინური გუნდი (ოჯახის ექიმი, ექთანი, კარდიოლოგი) ან შეთანხმება შესაბამისი შესაძლებლობის დაწესებულებასთან, წინაგულთა ფიბრილაციით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობის სამართავად

**პროცესის ინდიკატორები**

1. პაციენტთა წილი მოციმციმე არითმიით, რომელთაც ჩაუატარდათ კარდიომბოლიური რისკის შეფასება CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ქულათა სისტემით.
2. პაციენტთა წილი მოციმციმე არითმიით, რომელთაც ანტიკოაგულანტის დანიშვნამდე ჩაუატარდათ სისხლდენის რისკის შეფასება HAS-BLED ქულათა სისტემით.

3. პაციენტთა წილი CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ქულით  $\geq 1$  მამაკაცისთვის და  $\geq 2$  ქალისთვის, ვისაც დაენიშნა ანტიკოაგულაციური მკურნალობა ან დოკუმენტირებულია უკუჩვენება
4. პაციენტთა წილი პერმანენტული მოციმციმე არითმიით, ვისაც ჩვენების გარეშე დაენიშნა ანტიარითმიული მედიკამენტი
5. პაციენტთა წილი მოციმციმე არითმიით, ვისაც გულის სტრუქტურული დაავადების დროს დაენიშნა IC კლასის ანტიარითმიული მედიკამენტი.
6. პაციენტთა წილი სიმპტომური ან პერსისტიული მოციმციმე არითმიით, ვისაც შესთავაზეს კათეტერული აბლაცია I ან III კლასის ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპიის წარუმატებლობის ან აუტანლობის შემდეგ.
7. პაციენტთა წილი მოციმციმე არითმიით, რომელთა შემთხვევაშიც მოხდა რისკფაქტორების შეფასება (აწ, სიმსუქნე, ძილის ობსტრუქციული აპნოე, ფიზიკური არააქტიურობა, გლუკოზის არადაამაკმაყოფილებელი კონტროლი, თამბაქოს წევა).

**გამოსავლის ინდიკატორები**

1. პაციენტთა წილი მოციმციმე არითმიით, ვისაც განუვითარდა ინსულტი ან ტრანზიტორული იშემიური შეტევა (ტიმ).
2. პაციენტთა წილი მოციმციმე არითმიით, ვისაც ანტიკოაგულაციური მკურნალობის ფონზე განუვითარდა სერიოზული სისხლდენა.

**სამუშაო ჯგუფი**

პროტოკოლი შემუშავებულია მულტიდისციპლინური სამუშაო ჯგუფის მიერ:

- მარინა შიხაშვილი - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის წამყვანი კლინიკური ექსპერტი.
- ნატო შენგელია - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის კლინიკური ექსპერტი.
- ირინა ქაროსანიძე - საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციის პრეზიდენტი.
- გივი ჯავაშვილი - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის გამგეობის წევრი.
- თამაზ შაბურიშვილი - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის კარდიოლოგიის მიმართულების სრული პროფესორი; რეცენზენტი
- საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ოჯახის ექიმთა ჯგუფი - რეცენზენტები.

**გამოყენებული ლიტერატურა**

1. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/5/373/5899003>
2. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients with Atrial Fibrillation; A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000665>
3. Follow-Up of Patients with Atrial Fibrillation Discharged from the Emergency Department; Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCEP.119.008087>
4. Atrial fibrillation: Overview and management of new-onset atrial fibrillation, 2023: [https://www.uptodate.com/contents/atrial-fibrillation-overview-and-management-of-new-onset-atrial-fibrillation?search=atrial%20fibrillation%20acute%20management&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#](https://www.uptodate.com/contents/atrial-fibrillation-overview-and-management-of-new-onset-atrial-fibrillation?search=atrial%20fibrillation%20acute%20management&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#)
5. The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation: [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(20\)30991-0/fulltext](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(20)30991-0/fulltext)

6. Confirmed AF management pathway, NHS 2021: <https://clinical-pathways.org.uk/sites/default/files/guidance/Cardiology/confirmed-af-management-pathway-v6.pdf>
7. Atrial fibrillation Primary Care Pathway, Alberta Health Services & Primary Care Network, 2022: [https://www.specialistlink.ca/assets/pdf/Cardiology\\_AFIB\\_Pathway.pdf](https://www.specialistlink.ca/assets/pdf/Cardiology_AFIB_Pathway.pdf)
8. მოზრდილ პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, პროტოკოლი; დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 12 იანვრის N01-4/ ო ბრძანებით: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/01/034b231e2da9b0f84cbafc031edac8d0.pdf>