

მოციმციმე არითმიის (წინაგულთა ფიბრილაციის) გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

2023

შინაარსი

შემოკლებები.....	3
1. პროტოკოლის დასახელება	4
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	4
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	4
4. პროტოკოლის მიზანი	6
5. სამიზნე ჯგუფი.....	6
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	6
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	7
8. განმარტება.....	7
კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია.....	7
9. რეკომენდაციები	8
მოციმციმე არითმიის გამოვლენა	8
რეკომენდაციები მოციმციმე არითმიის სკრინინგთან დაკავშირებით	8
მოციმციმე არითმიაზე საექსპო შემთხვევის საწყისი შეფასება	9
დიაგნოსტიკური კვლევები და მეთვალყურეობა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით.....	13
გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის ადგილის შესახებ	14
მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა	15
მოციმციმე არითმიის მართვის ინტეგრირებული ABC (Atrial Fibrillation Better Care-წინაგულთა ფიბრილაციის უკეთესი მართვა) გზამკვლევი.....	17
“A” ინსულტის პრევენცია: ანტიკოაგულაცია პაციენტებში მოციმციმე არითმიით	17
„B“ სიმპტომების უკეთესი კონტროლი.....	21
სიხშირის კონტროლის სტრატეგია	21
რითმის კონტროლის სტრატეგია	23
“C” გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორები და თანმხლები მდგომარეობები - გამოვლენა და მართვა.....	29
წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავე შეტევის მკურნალობა	31
მოციმციმე არითმიის რეგულარული მეთვალყურეობა პირველად ჯანდაცვაში	32
რეფერალისა და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები	33
მეთვალყურეობა პაციენტის ჰოსპიტლიდან გამოწერის შემდეგ	34
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	35
10. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	35
11. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	36
12. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	37

13. სამუშაო ჯგუფი.....	37
პროტოკოლის ძირითადი გზავნილები რა „უნდა ვაკეთოთ“ და რა „არ უნდა ვაკეთოთ“	38
დანართი N1. პჯდ გუნდის წევრების ფუნქციების გადანაწილება წინაგულთა ფიბრილაციის მართვაში	44
პროტოკოლში გამოყენებული ცხრილები.....	46
გამოყენებული ლიტერატურა	55

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)]

CHA₂DS₂-VASc – (Congestive heart failure-გულის შეგუბებითი უკმარისობა, Hypertension-ჰიპერტენზია, Age ≥ 75 years-ასაკი ≥ 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))

CHADS₂ - (CHF history-გულის შეგუბებითი უკმარისობის ისტორია, Hypertension history-ჰიპერტენზიის ისტორია, Age ≥ 75 y-ასაკი ≥ 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

ვკა = K ვიტამინის ანტაგონისტი

თქდ-თირკმლის ქრონიკული დაავადება
კაზ - კალციუმის არხების ბლოკერი
კად-კორონარული არტერიების დაავადება
კტ-კომპიუტერული ტომოგრაფია
მრტ-მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია
ოაკ- პერორალური ანტიკოაგულანტი
პად - პერიფერიული არტერიების დაავადება
პჯდ - პირველადი ჯანდაცვა
ტეე-ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია
ტიმ-ტრანზიტორული იშემიური შეტევა

1. პროტოკოლის დასახელება

მოციმციმე არითმიის (წინაგულთა ფიბრილაციის) გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში.

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD10
წინაგულების ფიბრილაცია და თრთოლვა	I48

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წარმოდგენილი ფორმატით პროტოკოლი შემუშავებულია „საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის“ პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის (CCR Georgia) მიერ ჩეხეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ფინანსური დახმარებით. პროტოკოლი ძირითადად, ეყრდნობა ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების 2020 წლის „წინაგულთა ფიბრილაციის დაიგნოსტიკისა და მართვის“¹, ამერიკის კარდიოლოგთა კოლეჯის/ამერიკის გულის ასოციაციის/ამერიკის გულის რითმის საზოგადოების 2019 წლის „პაციენტთა მართვა წინაგულთა ფიბრილაციით“ გაიდლაინებს² აგრეთვე, UpToDate-ის³, გაერთიანებული სამეფოს^{4,5}, კანადის კარდიოვასკულური საზოგადოების რეკომენდაციებს⁶, და მსგავს თემაზე შემუშავებულ სხვა საერთაშორისო სახელმძღვანელოებსა და მეცნიერულ მტკიცებულებებს⁷. მოცემული დოკუმენტით განახლდა „პირველადი ჯანდაცვის რგოლში წინაგულთა ფიბრილაციის მართვის“ 2015 წლის ეროვნული პროტოკოლი⁸. ლიტერატურის სრული ნუსხა პროტოკოლს თან ერთვის.

პროტოკოლთან ერთად ავტორთა ჯგუფის მიერ ასევე შემუშავდა წინაგულთა ფიბრილაციის მართვის კლინიკური გზამკვლევი, რომელიც წარმოდგენილია პროტოკოლის დანართის სახით. აღნიშნული გზამკვლევი წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებულ მართვის ალგორითმს პაციენტებისთვის წინაგულთა ფიბრილაციით, რომელიც მოიცავს ამ პაციენტთა მდგომარეობის მართვის ეტაპებს და მოქმედებათა თანმიმდევრობას, აღწერს ინტერვენციების ნაკრებს კლინიკური მართვის პროცესების ორგანიზებისთვის. გზამკვლევი ხელს შეუწყობს წინაგულთა ფიბრილაციის 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 წინაგულთა ფიბრილაციის მართვის ეფექტურობას, კლინიკურ გამოსავლებს და პაციენტის გამოცდილებას.

პროტოკოლში გამოყენებული რეკომენდაციების კლასი და მტკიცებულებების დონე მითითებულია ცხრილი №1 და №2-ში.

ცხრილი 1. პროტოკოლში გამოყენებული 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

ცხრილი 2. პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონეები

მტკიცებულების დონე A	მრავლობითი რანდომიზებული კლინიკური კვლევებიდან ან მეტა-ანალიზიდან მიღებული მტკიცებულება
მტკიცებულების დონე B	ერთი რანდომიზებული კლინიკური კვლევიდან ან ფართომასშტაბური არა-რანდომიზებული კვლევიდან მიღებული მტკიცებულება
მტკიცებულების დონე C	ექსპერტთა შეთანხმება და/ან მცირემასშტაბური კვლევები, რეტროსპექტული კვლევები, რეესტრები

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია მოციმციმე არითმიის გამოვლენის, შეფასებისა და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

პროტოკოლის ამოცანები მდგომარეობს შემდეგში:

- პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალისთვის წინაგულთა ფიბრილაციის გამოვლენის, შეფასებისა და მართვის შესახებ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო ინფორმაციის მიწოდება;
- წინაგულთა ფიბრილაციის მართვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო პრაქტიკის დამკვიდრება პირველად ჯანდაცვაში, პაციენტთა უსაფრთხოების პრინციპების დაცვით.
- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოციმციმა არითმიის მართვის პროცესის სტანდარტიზება, ვარიაბელობის შემცირება და შედეგად, მასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლში ასახული რეკომენდაციები შეეხება მოზრდილ პაციენტებს წინაგულთა ფიბრილაციით (მოცმციმე არითმიით).

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დასაქმებული:

- ოჯახის ექიმებისთვის;
- შინაგანი მედიცინის სპეციალისტებისთვის;
- ექიმ სპეციალისტებისთვის (კარდიოლოგი, ელექტროფიზიოლოგი და სხვა), რომელთაც უწევთ სამიზნე ჯგუფით განსაზღვრული პაციენტების შეფასება და მართვა;
- ექთნებისთვის;
- უმცროსი ექიმებისა და რეზიდენტებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში პაციენტის მომართვისას წინაგულთა ფიბრილაციაზე საექსპო სიმპტომებით.

8. 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 ისხსნება 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 მათი 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 კლინიცისტის ერთობლივი შეთანხმების საფუძველზე მიღებულია გადაწყვეტილება, რომ აღარ გატარდება რითმის კონტროლის სტრატეგია. პერსისტული არითმიის მიმდებლობა შესაძლებელია შეიცვალოს სიმპტომების დინამიკის, თერაპიული ალტერნატივების, პაციენტისა და კლინიცისტის უპირატესობების ცვლილების საფუძველზე.

მართალია, მოციმციმე არითმია ტიპურ შემთხვევებში პროგრესირებს პაროქსიზმულიდან პერსისტულ 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 აღენიშნებათ, 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 CHA₂DS₂-VASc ქულა არის "0" (იხილეთ ქვემოთ) და რომლებიც მოციმციმე არითმიით გამოწვეული თრომბოემბოლიზმის ყველაზე დაბალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან.

9. რეკომენდაციები

მოციმციმე არითმიის გამოვლენა	
R1	<p>მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი შესაძლებელია დაისვას სხვადასხვა კლინიკური სცენარის დროს:</p> <ul style="list-style-type: none"> - რუტინული გასინჯვისას, როდესაც პაციენტი უჩივის სავარაუდოდ მოციმციმე არითმიით განპირობებულ სიმპტომებს, ან სამედიცინო დაწესებულებას მიმართა სხვა მიზეზის გამო და გასინჯვისას აღმოაჩნდა არარეგულარული პულსი. - 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. სუბკლინიკური მოციმციმე არითმია, ჩვეულებრივ, ვითარდება პირებში მოციმციმე არითმიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების და მანამდე დასმული დიაგნოზის გარეშე, ამ პირთა უმრავლესობას აქვს პაროქსიზმული მოციმციმე არითმია. - 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.).
რეკომენდაციები მოციმციმე არითმიის სკრინინგთან დაკავშირებით	
R2	<p>მოციმციმე არითმიის ოპორტუნისტული სკრინინგი პულსის გასინჯვით ან გულის რითმის ეკგ ჩანაწერით რეკომენდებულია ≥ 65 წლის პაციენტებში (IB კლასი).</p>

R3	რეკომენდებულია პეისმეიქერებისა და იმპლანტირებადი კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორების რეგულარული გამოფვრა, წინაგულების მაღალსიხშირული შემთხვევის გამოვლენის მიზნით (IB კლასი).
R4	<p>– მოციმციმე არითმიაზე სკრინინგის დროს რეკომენდებულია შემდეგი: (IB კლასი)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ პირები, რომელთაც უტარდებათ სკრინინგი, ინფორმირებული იყვნენ მოციმციმე არითმიის გამოვლენის მნიშვნელობასა და მკურნალობის შედეგებზე. ▪ დადებითი სკრინინგის შემთხვევაში ორგანიზებული იყოს რეფერალის სტრუქტურირებული პლატფორმა, შემდგომი კლინიკური შეფასების, დიაგნოზის დადასტურებისა და დადასტურებული მოციმციმე არითმიის ოპტიმალური მართვისთვის. ▪ დადებითი სკრინინგის შემთხვევაში, მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი დადასტურდეს მხოლოდ მაშინ, თუ ექიმის შეფასებით დგინდება, რომ ≥ 30წმ ხანგრძლივობის ერთგანხრიანი ეკგ-ს ჩანაწერში ან 12-განხრიან ეკგ-ზე ჩანს მოციმციმე არითმია.
R5	სისტემატური ეკგ-სკრინინგი მოციმციმე არითმიის გამოვლენის მიზნით, უნდა გავითვალისწინოთ ≥ 75 წლის პირებში ან პაციენტებში ინსულტის განვითარების მაღალი რისკით (IIa კლასი)
მოციმციმე არითმიაზე საექვო შემთხვევის საწყისი შეფასება	
R6	<p>„წითელი დროშის ნიშნების“ შეფასება–უცილებელია პაციენტის რეფერალი სასწრაფო ჰოსპიტალური შეფასებისთვის, თუ მას აღენიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელიმე:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 (ტიშ) ან გულის მწვავე უკმარისობა – გახანგრძლივებული ტკივილი გულის არეში
R7	<p>გაითვალისწინეთ, რომ მიუხედავად ჰემოდინამიკური დარღვევის ნაკლები სიხშირისა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, ზოგერთს შეიძლება მნიშვნელოვანი ჰემოდინამიკური დარღვევები აღენიშნებოდეს, რასაც სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და შესაბამისი ჩარევა სჭირდება, რათა:</p> <ul style="list-style-type: none"> – მოხდეს ქოშინის, გულის არეში ტკივილის და ცნობიერების დარღვევის სიმპტომების შემსუბუქება; – მოხდეს ჰემოდინამიკური სტაბილურობის აღდგენა.
R8	<p>ანამნეზი– რეკომენდებულია შეფასდეს შემდეგი ფაქტორები:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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.
R9	<p>გაითვალისწინეთ, რომ სიმპტომების სტატუსის დახასიათება უნდა მოხდეს ევროპის გულის რითმის ასოციაციის (EHRA) შკალის საფუძველზე (იხილეთ ცხრილი 3). ასევე, უნდა დადგინდეს სიმპტომების კავშირი უშუალოდ არითმიასთან (გასწავლურებით, ისეთი არასპეციფიკური სიმპტომების შემთხვევაში, როგორცაა მაგალითად, ქოშინი, დადლილობა, დისკომფორტი გულმკერდის არეში), რადგანაც ანალოგიური ჩივილები შეიძლება იყოს არადიაგნოსტირებული ან არაადეკვატურად ნამკურნალები თანმხლები დაავადების ან გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკფაქტორების შედეგი.</p>

R10	<p>შეფასეთ სიმპტომების სიმძიმე EHRA სკალის მეშვეობით: ელექტროკარდიოგრაფიულად დადასტურებული მოციმციმე არითმიის შემთხვევაში კლინიკური შეფასება მოიცავს ევროპის გულის რითმის ასოციაციის (EHRA) ქულის განსაზღვრას (ცხრილი 3):</p> <p>EHRA I კლასი - სიმპტომების არარსებობა*;</p> <p>EHRA II კლასი - მსუბუქი სიმპტომები, რომლებიც არ მოქმედებს ნორმალურ ყოველდღიურ აქტივობაზე;</p> <p>EHRA III კლასი - მძიმე სიმპტომები, რომლებიც მოქმედებს ნორმალურ ყოველდღიურ აქტივობაზე;</p> <p>EHRA IV კლასი - დამინვალიდებელი სიმპტომები, რომლებიც იწვევს ყოველდღიური აქტივობის შეწყვეტას.</p> <p>*შენიშვნა: EHRA სკალა ითვალისწინებს მხოლოდ მოციმციმე არითმიასთან ასოცირებულ სიმპტომებს, რომელთა უკუგანვითარება ან შემსუბუქება ხდება სინუსური რითმის აღდგენისას ან სიხშირის ეფექტური კონტროლის ფონზე.</p>
R11	<p>პაციენტებში წინაგულების მაღალსიხშირული შემთხვევის/სუბკლინიკური მოციმციმე არითმიის გამოვლენისას იმპლანტირებადი მოწყობილობით ან ჩადგმული კარდიომონიტორით, რეკომენდებულია ჩატარდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სრულყოფილი შეფასება ეკგ გადაღებით, კლინიკური რისკფაქტორების/კომორბიდული პათოლოგიების გამოკვლევით და თრომბოემბოლიური რისკის გამოთვლით, CHA₂DS₂-VASc ქულათა სისტემის მეშვეობით. I B ▪ პაციენტის უწყვეტი მეთვალყურეობა და მონიტორინგი კლინიკურად გამოხატული წინაგულთა ფიბრილაციის განვითარების გამოსავლენად (უპირატესად დისტანციური მონიტორირების გამოყენებით), წინაგულების მაღალსიხშირული შემთხვევის/სუბკლინიკური მოციმციმე არითმიის ტვირთის მონიტორირება (განსაკუთრებით, ≥ 24 საათამდე გახანგრძლივებისას) და თანმხლები კლინიკური მდგომარეობების ცვლილებების დადგენა. I B
R12	<p>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).</p>
R13	<p>ფიზიკური გასინჯვა - ფიზიკური გასინჯვა ფოკუსირებული უნდა იყოს გულ-სისხლძარღვთა სისტემასა და თანმხლებ მდგომარეობებზე. გასინჯვის პათოლოგიური მონაცემებიდან სამედიცინო პროფესიონალმა შეიძლება მიიღოს ინფორმაცია ასოცირებულ მდგომარეობებზე, რომლებიც ხელს უწყობენ მოციმციმე არითმიის დაწყებას და/ან მოქმედებენ მის სიმძიმეზე. მაგალითად, გამოვლინდეს გულის უკმარისობის სიმპტომების და ნიშნების არსებობა, გულის შუილი ან პულსის პათოლოგია, რაც მიტრალურ ან აორტულ სტენოზზე, რეგურგიტაციაზე, ან ჰიპერტროფიულ კარდიომიოპათიაზე მიუთითებს.</p>
R14	<p>გაითვალისწინეთ, რომ მოციმციმე არითმიის არარეგულარული პულსის ფონზე, ზოგადად აღინიშნება გულის პირველი ტონის ინტენსივობის უმნიშვნელო ცვალებადობა. გულის S4 ტონი არ მოისმინება, ხოლო საულლე ვენების "a" ტალღები არ ვლინდება, წინაგულების კუმშვადობის დარღვევის გამო.</p>
R15	<p>გაითვალისწინეთ, რომ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, ჩვეულებრივ, ადგილი 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.</p>

R16	<p>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.</p>
R17	<p>ელექტროკარდიოგრაფია - ყველა პაციენტს საეჭვო ახლად განვითარებული მოციმციმე არითმიით, უნდა ჩაუტარდეს 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 არაზომვადი. 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.</p>
R18	<p>პარკუჭოვანი რითმი, ჩვეულებრივ, არარეგულარულია (განმეორებითი კომპლექსების არარსებობა), თუმცა, იშვიათად, წინაგულთა ფიბრილაციის ფონზე შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს პარკუჭების შეკუმშვის რეგულარულ სიხშირეს. პარკუჭების სიხშირე (განსაკუთრებით თუ ადგილი არ აქვს ატრიოვენტრიკულური [AV] მახლოკირებელი მედიკამენტების გამოყენებას ან გამტარებლობის დარღვევას) 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.</p>
R19	<p>QRS-კომპლექსები ვიწროა, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც სახეზეა ჰის-პურკინიის სისტემის გამტარებლობის პათოლოგია, ჰისის კონის მარჯვენა ან მარცხენა ტოტის ბლოკადის, ფუნქციური აბერაციის, ან AV დამატებითი გზით ანტეროგრადული გატარების შედეგად, პარკუჭების ნაადრევი აგზნებადობის გამო.</p>
R20	<p>გაითვალისწინეთ, რომ მოციმციმე არითმიის ეკგ-დიაგნოსტიკისას არსებობს რიგი პოტენციური შეცდომებისა, 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.</p>
R21	<p>ელექტროკარდიოგრამის შეფასება ასევე, უნდა განხორციელდეს შემდეგი მიმართულებით:</p> <ul style="list-style-type: none"> - გულის სხვა დაავადების ნიშნების დადგენა, როგორცაა მაგალითად, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (შესაძლოა ჰიპერტენზიის გამო) ან Q კბილები (შესაძლოა გულის კორონარული დაავადების გამო). - გულის გამტარებლობის დარღვევის ნიშნების იდენტიფიცირება, როგორცაა პარკუჭების ნაადრევი აგზნებადობა ან ჰისის კონის ტოტების ბლოკადა. - QT ინტერვალის შეფასება (ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპიის პოტენციური რისკის განსაზღვრის მიზნით). - მძიმე ბრადიკარდიის ან სინუსური კვანძის დისფუნქციის მტკიცებულების დადგენა.
R22	<p>გაითვალისწინეთ დიფერენციული დიაგნოზი. სწრაფი არარეგულარული პულსით შესაძლებელია გამოვლიდნეს სხვა მდგომარეობები, რომლებთანაც აუცილებელია დიფერენციული დიაგნოზის გატარება. ასეთი მდგომარეობებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> - წინაგულოვანი ტაქიკარდიები;

	<ul style="list-style-type: none"> - წინაგულთა თრთოლვა: ინფორმაცია მოციმციმე არითმიასთან დაკავშირებული კარდიომეობოლიური ინსულტის შესახებ ასევე ვალიდურია წინაგულთა თრთოლვის შემთხვევაშიც და ამდენად, აუცილებელია სწრაფი შეფასება და შესაბამისი ჩარევა; - სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიები. <p>გახშირებული გულისცემის დიფერენციული დიაგნოზი ასევე მოიცავს შემდეგ მდგომარეობებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> - წინაგულოვან ექსტრასისტოლებს; - ვენტრიკულურ ექტოპიურ რითმს; - სინუსურ ტაქიკარდიას. <p>ეკგ გადაღება არითმიის დროს, ჩვეულებრივ, საშუალებას იძლევა მოხდეს მოციმციმე არითმიის დიფერენცირება სხვა შედარებით იშვიათი სუპრავენტრიკულური არითმიების ან გავრცელებული პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლებისგან.</p>
R23	<p>გათვალისწინეთ ამბულატორიული ეკგ მონიტორინგი, თუ ეკგ-ზე ვერ ხერხდება მოციმციმე არითმიის კეთილთვისებიანი მიზეზების იდენტიფიცირება (მაგალითად, მრავლობითი ექტოპიების დროს) ან პაროქსიზმულ მოციმციმე არითმიაზე ექვსის შემთხვევაში.</p> <ul style="list-style-type: none"> - პაციენტებში საექვო პაროქსიზმული მოციმციმე არითმიით, რომლის გამოვლენაც ვერ ხერხდება სტანდარტული ელექტროკარდიოგრამით, თუ ხელმისაწვდომია, უნდა ჩატარდეს: <ul style="list-style-type: none"> * 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.
R24	<p>რეფერალი კარდიოლოგთან - მოციმციმე არითმიის დადასტურებისას, რეკომენდებულია პაციენტი საწყისი შეფასებისა და მკურნალობაზე გადაწყვეტილების მიღებისთვის გაიგზავნოს კარდიოლოგთან.</p> <p>ყველა პაციენტი პაროქსიზმული მოციმციმე არითმიით, უნდა გაიგზავნოს კარდიოლოგთან, თუმცა, ასევე აუცილებელია პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინება.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
R25	<p>მოციმციმე არითმიის ნაკლები ალბათობის შემთხვევაში დაამშვიდეთ პაციენტი და მიეცით რჩევა-დარიგება.</p> <p>დაამშვიდეთ პაციენტი და მიაწოდეთ ინფორმაცია შემდეგზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> - მხოლოდ გულის ფრიალი, გულის დაავადებისთვის დამახასიათებელი ანამნეზის გარეშე და ნორმალური ეკგ-მონაცემებით, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ იყოს სერიოზული პრობლემის გამოვლინება.

	<p>– ამ შემთხვევაში რისკის შესამცირებელი მკურნალობის საჭიროება ნაკლებად დგება და მკურნალობა ძირითადად, მიმართულია სიმპტომების შემსუბუქებისკენ.</p> <p>მიაწოდეთ წერილობითი ინფორმაცია მოციმციმე არითმიის შესახებ და აუხსენით, როდის უნდა მიმართოს სამედიცინო დახმარებას (მაგალითად, სიმპტომების გაუარესების შემთხვევაში).</p>
დიაგნოსტიკური კვლევები და მეთვალყურეობა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით	
R26	<p>გაითვალისწინეთ, რომ მოციმციმე არითმია ხშირად ვითარდება პაციენტებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორებით/კომორბიდული მდგომარეობებით და ზოგჯერ შეიძლება არადიაგნოსტირებული დაავადების მარკერს წარმოადგენდეს. ამდენად, ყველა პაციენტი მოციმციმე არითმიით, საჭიროებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სრულყოფილ შეფასებას.</p> <p>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.</p>
R27	<p>ყველა პაციენტს მოციმციმე არითმიით, უნდა ჩაუტარდეს 12 განხრიანი ეკგ-კვლევა, მოციმციმე არითმიის დიაგნოზის დადასტურების, წინაგულთა ფიბრილაციის პერიოდში პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირის შეფასების და გამტარებლობის დარღვევების, იშემიის ან გულის სტრუქტურული დაავადების ნიშნების გამოვლენის მიზნით.</p>
R28	<p>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.</p>
R29	<p>თუ არსებობს ეჭვი გულის იშემიურ დაავადებაზე, რეკომენდებულია პაციენტი გაიგზავნოს დატვირთვის ტესტზე. დატვირთვის ტესტი გვეხმარება ფარმაკოთერაპიის შერჩევაში, რადგანაც ზოგიერთი ანტიარითმიული მედიკამენტი უკუნაჩვენებია კორონარული არტერიების დაავადების დროს.</p>
R30	<p>ამბულატორიული კარდიომონიტორინგის გამოყენება სხვადასხვა მოწყობილობით (შეტევის 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, გვეხმარება პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირის შეფასებაში იმ პირებში, ვისთანაც შერჩეული იქნა სიხშირის კონტროლის სტრატეგია და არსებობს ეჭვი გულისცემის სიხშირის არასათანადო კონტროლზე ან ბრადიკარდიაზე.</p>
R31	<p>ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია (ტთე) რეკომენდებულია ჩაუტარდეს პაციენტს მაშინაც კი, როდესაც ფიზიკური გასინჯვის მონაცემები ნორმის ფარგლებშია. ტთე-ს მეშვეობით ხდება მარჯვენა და მარცხენა წინაგულების ზომის, პარკუჭების სისტოლური ფუნქციის შეფასება; გულის შესაძლო სარქვლოვანი დაავადების, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, დიასტოლური დისფუნქციის, პერიკარდიუმის დაავადების გამოვლენა, ასევე მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭში მაქსიმალური წნევის შეფასება. ტთე-ს მეშვეობით ასევე შესაძლებელია მარცხენა წინაგულის თრომბის აღმოჩენა, თუმცა აღნიშნული კვლევის სენსიტიურობა დაბალია.</p>

R32	ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია (ტეე) გაცილებით მეტად მგრძობიარეა მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა წინაგულის ყურში თრომბის გამოვლენის მიზნით და შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ანტიკოაგულაციის საჭიროების განსაზღვრისთვის ფარმაკოლოგიური ან ელექტრული კარდიოვერსიის ნებისმიერ მცდელობამდე.
გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის ადგილის შესახებ	
R33	სიმპტომების და რისკის შეფასების საფუძველზე მიიღეთ გადაწყვეტილება პაციენტის მკურნალობის ადგილის შესახებ (იხილეთ რეფერალის და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები).
R34	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 დაუძლურებული პაციენტები მარცხენა პარკუჭის პათოლოგიის/გულის უკმარისობის გარეშე, ექვემდებარებიან პალიატიურ მოვლას ან პაციენტის ინფორმირებული გადაწყვეტილების საფუძველზე. იმ შემთხვევაში, როცა ექიმი თავს არაკომფორტულად გრძნობს გადაწყვეტილების მიღების კუთხით, ან საჭიროა კატეტერული აბლაცია, კარდიოვერსია ან ანტიარითმიული მედიკამენტის დანიშვნა, რეკომენდებულია პაციენტი საკონსულტაციოდ გაიგზავნოს კარდიოლოგთან.
R35	<p>ამბულატორიული მართვა თუ მართვა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში – იმ ფონზე, როდესაც ახლად დიაგნოსტირებული პაციენტების უმეტესობის მართვა წარმატებულად არის შესაძლებელი ამბულატორიულად, ზოგ არასტაბილურ პაციენტს შესაძლოა, ესაჭიროებოდეს ჰოსპიტალიზაცია ან რეფერალი გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში. გადაუდებელი დახმარების სერვისით აღჭურვილ დაწესებულებაში რეფერალის ჩვენებები მოიცავს შემდეგ მდგომარეობებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ჰემოდინამიკური არასტაბილურობა და/ან შოკი (რომელიც ვლინდება ჰიპოტენზიის, კონფუზიის ან მოკარდიუმის იშემიის/ინფარქტის სახით). – საექვო ან დადასტურებული მოკარდიუმის იშემია/ინფარქტი. – საექვო ან დადასტურებული გულის უკმარისობა – ნაადრევი აგზნებადობის მტკიცებულება (მაგალითად, ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი) ეკგ-ზე. – უკიდურესი, არაკონტროლირებული ტაქიკარდია. – მძიმე სიმპტომები, რომლებიც მოითხოვს რითმის ან სიხშირის გადაუდებელ კონტროლს. – ჰიპოტენზია, რომლის გამომწვევი ან ხელშემწყობი ფაქტორი შესაძლებელია იყოს მოციმციმე არითმია და როდესაც თანმხლები დაავადების ან ჰიპოტენზიის სტანდარტული მკურნალობა წარუმატებელია. სიფრთხილე აუცილებელია სხვა პოტენციური მაპროვოცირებელი ფაქტორების კუთხით, როგორცაა სეფსისი, გაუწყლოება ან ვაზოდილატაცია.
R36	პაციენტებში, რომელთა მოციმციმე არითმიაც სავარაუდოდ მეორადად განვითარდა ისეთი კომორბიდული პათოლოგიის ფონზე, როგორცაა, მაგალითად პნევმონია, მნიშვნელოვანია გამომწვევი მიზეზის მკურნალობა, რითაც ასევე შესაძლებელია არითმიის რეციდივის გრძელვადიანი რისკის შემცირება.
R37	<p>ჰოსპიტალიზაციის ჩვენება – ბევრი პაციენტი, მწვავედ განვითარებული მოციმციმე არითმიით, რომელთა შეფასება ხდება გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში, შესაძლოა, არ საჭიროებდეს ჰოსპიტალიზაციას. ასეთი პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> – პაციენტები, რომლებთანაც განიხილება დამატებითი გამტარი გზის აბლაცია, განსაკუთრებით, თუ მოციმციმე არითმია ვლინდება მკვეთრი სიმპტომებით და

	<p>ასოცირებულია ჰემოდინამიკურ კოლაფსთან და პარკუჭების შეკუმშვის მაღალ სიხშირესთან.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
--	---

მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა

R38	<p>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.</p>
R39	<p>მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა უნდა განხორციელდეს კოორდინირებული მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომლის შემადგენლობა მიესადაგება კონკრეტული პაციენტის ინდივიდუალურ საჭიროებებს და სერვისების ადგილობრივ ხელმისაწვდომობას. გუნდი სასურველია მოიცავდეს შესაბამის სპეციალისტებს, პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებს და პაციენტს/მისი ოჯახის წევრებს/მზრუნველებს.</p>
R40	<p>ხშირად, როდესაც მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი პირველად ისმება, პაციენტი ნაკლებად არის ინფორმირებული ამ დაავადების ბუნებისა და მისი მართვის მეთოდების შესახებ. ამდენად, მნიშვნელოვანია მისთვის შესაბამისი სანდო საინფორმაციო მასალის მიწოდება, რომელიც დაეხმარება პაციენტს მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში. თუმცა, მხოლოდ განათლება არ არის საკმარისი მედიკამენტური მკურნალობისადმი ერთგულებისა და ცხოვრების სტილის მოდიფიცირების კუთხით.</p>
R41	<p>ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლება მნიშვნელოვანია, რისთვისაც უნდა იქნას გამოყენებული სხვადასხვა მეთოდები, რადგანაც სამედიცინო პერსონალის სწავლება აუმჯობესებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის დანიშვნას მოციმციმე არითმიით დაავადებული პაციენტებისთვის.</p>
R42	<p>გაითვალისწინეთ, რომ მკურნალობისადმი ერთგულებაზე მოქმედებს სხვადასხვა ფაქტორები, რომლებიც შეიძლება დავყოთ პაციენტთან დაკავშირებულ (მაგალითად, დემოგრაფიული მახასიათებლები, კომორბიდული პათოლოგიები, კოგნიტური დარღვევები, პოლიფარმაცია, მკურნალობის გვერდითი ეფექტები, მენტალური ჯანმრთელობა, პაციენტის მიერ მკურნალობის რეჟიმის გაცნობიერება), ექიმთან დაკავშირებულ (ცოდნა, გაიდლაინების გამოყენება, მულტიდისციპლინური გუნდური მიდგომა) და ჯანდაცვის სისტემასთან დაკავშირებულ ფაქტორებად (მაგ.: სამუშაო, მკურნალობის ხელმისაწვდომობა, ფასი და სხვა).</p>

R43	დარწმუნება, რომ პაციენტი სათანადოდ ინფორმირებულია მკურნალობის მეთოდების შესახებ, იცის როგორ დაიცვას სამკურნალო რეკომენდაციები, როგორია მკურნალობის რეჟიმის დარღვევის პოტენციური შედეგები და პაციენტის მოლოდინების მართვა მკურნალობის სამიზნეებთან მიმართებაში, გადამწყვეტია სამკურნალო რეკომენდაციებზე დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით.
R44	მნიშვნელოვანია, მულტიდისციპლინური გუნდის რომელიმე წევრის მიერ რეგულარულად ხდებოდეს დამყოლობაზე მეთვალყურეობა და სამკურნალო რეკომენდაციების დარღვევის შემთხვევაში, დროულად მოხდეს შესაბამისი სტრატეგიების განხორციელება, დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით.
R45	მკურნალობის ტვირთი - პაციენტის მიერ აღქმული მკურნალობის ტვირთი განისაზღვება, 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.: ჰოსპიტალიზაციასა და გადარჩენადობაზე).
R46	პაციენტის მიერ აღქმულ მკურნალობის ტვირთზე მოქმედებს მისი ცოდნა დაავადების შესახებ. ერთიდაიგივე სამკურნალო რეჟიმზე მყოფ პაციენტებს შესაძლოა მკურნალობის ტვირთის განსხვავებული აღქმა ჰქონდეთ, რაც მხოლოდ მცირედით ეთანხმება პაციენტისა და ექიმის მიერ მკურნალობის ტვირთის შეფასებას და იძლევა საფუძველს ვივარაუდოთ, რომ კონსულტაციის პერიოდში არ ხდება პაციენტის გამოცდილების სიღრმისეული გაზიარება. მრავლობითი ქრონიკული პრობლემებით დაავადებული პაციენტებისთვის მკურნალობის ტვირთი შეიძლება გაუსაძლისი აღმოჩნდეს (მაგ.: სამი ქრონიკული პრობლემით დაავადებულმა პაციენტმა დღეში უნდა მიიღოს 6-12 წამალი, ექიმს მიმართოს თვეში დაახლოებით 1.2-5.9-ჯერ და თვეში 49.6-71.0 საათი გაატაროს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ აქტივობებში).
R47	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.
R48	მოციმციმე არითმიის სპეციფიკური სამკურნალო რეკომენდაციების შესახებ ოპტიმალური გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღებისთვის რეკომენდებულია, რომ ექიმმა: <ul style="list-style-type: none"> ▪ მიაწოდოს პაციენტს ინფორმაცია განხილული სამკურნალო ალტერნატივის უპირატესობების/შეზღუდვების და სარგებელი/რისკის შესახებ; IC ▪ პაციენტთან ერთად განიხილოს მკურნალობასთან დაკავშირებული პოტენციური ტვირთი და მკურნალობის ტვირთის პაციენტისეული აღქმა გაითვალისწინოს დაავადების მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას. IC
R49	რეკომენდებულია მკურნალობის გამოსავლების პაციენტისეული აღქმის რუტინული გამოკვლევა, მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებისა და პაციენტზე ზრუნვის გაუმჯობესების მიზნით. IC

R50	ინტეგრირებული მართვა სტრუქტურირებული მულტიდისციპლინური მიდგომის გამოყენებით, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის პროფესიონალების, პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების/მზრუნველების ჩართულობას, უნდა განხორციელდეს მოციმციმე არითმიით დაავადებულ ყველა პაციენტთან, კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით. IIa B
მოციმციმე არითმიის მართვის ინტეგრირებული ABC (Atrial Fibrillation Better Care-წინაგულთა ფიბრილაციის უკეთესი მართვა) გზამკვლევი	
R51	<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> - "A" აღნიშნავს ანტიკოაგულაციას - "B" აღნიშნავს სიმპტომების უკეთეს მართვას (better symptom management) - "C" აღნიშნავს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორებისა და კომორბიდული პათოლოგიების შეფასებას და მართვას.
R52	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.
“A” ინსულტის პრევენცია: ანტიკოაგულაცია პაციენტებში მოციმციმე არითმიით	
R53	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 ₂ DS ₂ -VASc-სახელით (იხილეთ ცხრილი 4).
R54	სხვა ფაქტორებს, რომელთა გამოყენებთაც შესაძლებელია ინსულტის რისკის პროგნოზირების გაუმჯობესება მოციმციმე არითმიით დაავადებული ინდივიდისთვის, მიეკუთვნება წინაგულის ზომა და ფუნქცია, ზოგიერთი ბიომარკერი (მაგ.: NT-proBNP და მაღალსენსიტიური ტროპონინი-T).
R55	ანტითრომბოზული თერაპია ესაჭიროებათ პაციენტებს, რომლებთანაც განიხილება ელექტრული ან ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია (მიუხედავად CHA ₂ DS ₂ -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.
R56	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). აღსანიშნავია, რომ ანამნეზში დაცემა არ წარმოადგენს სისხლდენის დამოუკიდებელ პრედიქტორს პერორალური ანტიკოაგულანტების გამოყენებისას (მოდელირებულ კვლევაში დადგინდა, რომ პაციენტი წელიწადში უნდა დაეცეს 295-ჯერ, რათა სერიოზული სისხლდენის პოტენციურმა რისკმა გადაჭონოს პერორალური ანტიკოაგულაციით იშემიური ინსულტის რისკის შემცირების სარგებელი).

R57	სისხლდენის რისკის ფორმალური შეფასება სპეციფიკური კალკულატორის მეშვეობით, როგორცაა HAS-BLED ქულათა სისტემა (იხილეთ ცხრილი 6), მნიშვნელოვანია პერორალურ ანტიკოაგულაციურ თერაპიაზე მყოფი პაციენტების მართვის ტაქტიკის კუთხით, რადგანაც ის საშუალებას იძლევა, მოხდეს ფოკუსირება სისხლდენის მოდიფიცირებად რისკფაქტორებზე, რომელთა მართვა და გადაფასება უნდა განხორციელდეს პაციენტთან ყოველი კონტაქტის დროს და გამოვლინდეს მაღალი რისკის პაციენტები არამოდიფიცირებადი რისკფაქტორებით, რომელთა მონიტორინგიც რეკომენდებულია უფრო ადრე (მაგალითად, 4 კვირაში და არა 4-6 თვეში) და უფრო ხშირად.
R58	„სისხლდენის მაღალი რისკის“ პაციენტების იდენტიფიცირება ასევე საჭიროა ანტითრომბოზული თერაპიის სტრატეგიის განსზღვრისას მოციმციმე არითმიის მქონე პაციენტთა სპეციფიკურ ჯგუფებში, მაგალითად, მათთან, ვისაც უტარდება კორონარული ინტერვენცია.
R59	ზოგადად, სისხლდენის რისკის შეფასება მხოლოდ მოდიფიცირებად რისკფაქტორებზე დაყრდნობით, ნაკლებად უპირატესი სტრატეგიაა, სისხლდენის რისკის შეფასების ფორმალურ ქულათა სისტემასთან შედარებით, რომელიც ამავე დროს, ითვალისწინებს მოდიფიცირებადი და არამოდიფიცირებადი რისკფაქტორების ურთიერთქმედებას. სისხლდენის რისკი დინამიური პროცესია და რისკის პროფილის გათვალისწინება მნიშვნელოვანი სისხლდენის გაცილებით უფრო მძლავრი პროგნოზული მაჩვენებელია, ვიდრე მხოლოდ საწყის რისკზე დაყრდნობა.
R60	პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპიის აბსოლუტური უკუჩვენებების ჩამონათვალი მცირეა და მოიცავს აქტიურ სერიოზულ სისხლდენას (სადაც არსებობს სისხლდენის წყაროს იდენტიფიცირებისა და მკურნალობის საჭიროება), ასოცირებულ კომორბიდულ პათოლოგიებს (მაგალითად, მძიმე თრომბოციტოპენია <50 თრომბოციტი/1ლ, გამოსაკვლევი მძიმე ანემია) ან მაღალი რისკის სისხლდენის მოვლენას უახლოეს წარსულში, როგორცაა მაგალითად, ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევა. ასეთ შემთხვევებში განხილული უნდა იქნას არამედიკამენტური ალტერნატივები.
R61	ინსულტის პრევენციისთვის გამოყენებული ანტიკოაგულაციური პრეპარატებიდან უნდა იქნას გამოიყენება K ვიტამინის ანტაგონისტები (მეტწილად ვარფარინი) და არა-ვიტამინ K-ს ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტები (რივაროქსაბანი, აპიქსაბანი, ედოქსაბანი, დაბიგატრანი)
R62	ზოგადად, ანტიაგრეგანტული მონოთერაპია არაეფექტურია ინსულტის პრევენციის მიზნით და უფრო მეტიც, პოტენციურად საზიანოა (განსაკუთრებით, ხანდაზმულ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით), ამავე დროს, ორმაგი ანტიაგრეგანტული თერაპია სისხლდენის ისეთივე რისკთანაა ასოცირებული, როგორც პერორალური ანტიკოაგულაციური მკურნალობა. შესაბამისად, პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, ანტიაგრეგანტული თერაპია არ უნდა იქნას გამოყენებული ინსულტის პრევენციის მიზნით.
R63	ვიტამინ K-ს ანტაგონისტების (ვკა) გამოყენება იზღუდება ვიწრო თერაპიული პროფილის, INR-ის ხშირი მონიტორინგისა და დოზის კორექტირების საჭიროების გამო. თერაპიული დიაპაზონის ადეკვატური დროის შემთხვევაში (თუ TTR >70%), ვკა ეფექტური და შედარებით უსაფრთხო პრეპარატებია.
R64	ვიტამინ K-ს ანტაგონისტებით თერაპიის მართვის ხარისხი (რომელიც ფასდება როზენდალის მეთოდით TTR-ის, ან INR-ის მაჩვენებლის პროცენტული წილით თერაპიულ დიაპაზონში) პირდაპირპროპორციულ კავშირშია ჰემორაგიული და თრომბოემბოლიური მოვლენების სიხშირესთან. TTR-ის მაღალი მაჩვენებლის ფონზე, ვიტამინ K-ს ანტაგონისტების ეფექტურობა არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტების ანალოგიურია, თუმცა არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტების უსაფრთხოებაზე ნაკლებად მოქმედებს TTR, რისი შედეგაცაა სერიოზული სისხლდენის (მაგალითად, ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევის) სტაბილურად ნაკლები სიხშირე არა-K-

	ვიტამინის ანტაგონისტების გამოყენებისას, ვარფარინთან შედარებით, მიუხედავად იმისა, რომ აბსოლუტური სხვაობა მცირეა.
R65	K-ვიტამინის ანტაგონისტების ანტიკოაგულაციურ ეფექტზე მოქმედებს მთელი რიგი ფაქტორები (მათ შორის, გენეტიკური ფაქტორები, გარკვეული მედიკამენტების გამოყენება და ა.შ.). ამ ფაქტორებიდან ყველაზე გავრცელებულები გამოიყენება SAME-TT ₂ R ₂ ქულათა სისტემაში, რომელიც გვეხმარება იმ პაციენტების იდენტიფიცირებაში, რომლებთანაც ნაკლებად მოსალოდნელია დამაკმაყოფილებელი TTR-ის მიღწევა K-ვიტამინის ანტაგონისტებით მკურნალობისას (თუ ქულა>2).
R66	SAME-TT₂R₂ ქულათა სისტემაში ფასდება შემდეგი კრიტერიუმები: სქესი [მდედრობითი], ასაკი [<60 წელზე], ≥2 თანმხლები დაავადების ანამნეზი [ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, კად/მიოკარდიუმის ინფარქტი, პერიფერიული არტერიების დაავადება, გულის უკმარისობა, გადატანილი ინსულტი, ფილტვის დაავადება, ღვიძლის ან თირკმლის დაავადება], მკურნალობა [წამალთაშორისი ურთიერთქმედება, მაგ.: ამიოდრონი], თამბაქოს მოხმარება, ეთნიკური წარმომავლობა [არაევროპული].
R67	თუ პაციენტს, რომლის SAME-TT ₂ R ₂ >2, ენიშნება K ვიტამინის ანტაგონისტი, აუცილებელია მეტი ძალისხმევა TTR-ის გაუმჯობესების მიზნით, როგორცაა მაგალითად, უფრო ინტენსიური რეგულარული მეთვალყურეობა, განათლება/კონსულტირება და INR-ის ხშირი მონიტორინგი, ან რეკომენდებულია არა-K ვიტამინის ანტაგონისტით პერორალური ანტიკოაგულაციის განხილვა.
R68	არა-K ვიტამინის ანტაგონისტებით პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპია სხვადასხვა კვლევებში უკავშირდებოდა ინსულტის/სისტემური ემბოლიზმის რისკის შემცირებას 19%-ით და ჰემორაგიული ინსულტის სიხშირის შემცირებას 51%-ით, ხოლო იშემიური ინსულტის რისკის შემცირება ანალოგიური იყო K ვიტამინის ანტაგონისტებით ანტიკოაგულაციური თერაპიისა, თუმცა არა-K ვიტამინის ანტაგონისტების ფონზე მნიშვნელოვნად (10%-ით) მცირდებოდა ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის რისკი. ვარფარინთან შედარებით, არა-K ვიტამინის ანტაგონისტებით პერორალური ანტიკოაგულაცია უკავშირდებოდა მნიშვნელოვანი სისხლდენის რისკის შემცირებას 14%-ით, ინტრაკრანიული სისხლჩაქცევის რისკის 52%-ით მნიშვნელოვან შემცირებას და გასტრო-ინტესტინური სისხლდენის რისკის 25%-ით მატებას.
R69	ზოგადად, არა-K ვიტამინის ანტაგონისტებით ანტიკოაგულაციური თერაპიის მიმართ ამტანობა უკეთესია, ვიდრე K ვიტამინის ანტაგონისტებით მკურნალობისას, რაც განპირობებულია ამ პრეპარატების უკეთესი ფარმაცოკინეტიკური პროფილით, მათი უპირატესი უსაფრთხოებითა და ეფექტურობით, განსაკუთრებით, მოწყვლად პაციენტებში, როგორცაა მაგალითად, ხანდაზმულები, პირები თირკმლის ფუნქციის დარღვევით, გადატანილი ინსულტით და ა.შ.
R70	მიუხედავად იმისა, რომ ძირითად რანდომიზებულ კვლევებში არ იყვნენ ჩართული პაციენტები თირკმლის დაავადების ბოლო სტადიით, რივაროქსაბანის, ედოქსაბანის და აპიქსაბანის შემცირებული დოზები თირკმლის მძიმე ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში (CrCl 15-30 მლ/წთ კოკროფტ-გოლტის ფორმულით), მკურნალობის შესაძლო ვარიანტია.
R71	იმის გათვალისწინებით, რომ კლინიკურ პრაქტიკაში საკმაოდ ხშირია არა-K ვიტამინის ანტაგონისტების სამკურნალო დოზის არაადეკვატური შემცირება, რის ფონზეც მატულობს ინსულტის/სისტემური ემბოლიზმის, ჰოსპიტალიზაციის და სიკვდილიანობის რისკი, მაგრამ არ მცირდება სისხლდენის რისკი, არა-K ვიტამინის ანტაგონისტებით პერორალური თერაპიის ოპტიმიზაცია უნდა განხორციელდეს ცალკეული პრეპარატის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების, აგრეთვე პაციენტთა სხვადასხვა ჯგუფების გათვალისწინებით (იხილეთ ცხრილი 7).
R72	კომბინირებული მკურნალობა პერორალური ანტიკოაგულანტებით და ანტიაგრეგანტებით - ანტიაგრეგანტული თერაპია საკმაოდ გავრცელებულია კლინიკურ პრაქტიკაში, ხშირად ისეთ

	<p>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 ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევის რისკის საკმაო მატებაზე.</p>
R73	<p>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.</p>
R74	<p>„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 ≥ 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 $>70\%$).</p>
R75	<p>პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომლებიც აკმაყოფილებენ პერორალური ანტიკოაგულაციის კრიტერიუმებს, ინსულტის პრევენციის მიზნით, არა-ვიტამინ K-ს ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტები უპირატესია ვიტამინ K-ს ანტაგონისტებთან შედარებით (გამონაკლისია პაციენტები გულის სარქველის მექანიკური პროთეზით ან საშუალო სიმძიმის/მძიმე მიტრალური სტენოზით). I A</p>
R76	<p>ინსულტის რისკის შესაფასებლად რეკომენდებულია რისკფაქტორებზე დაფუძნებული მიდგომის გამოყენება, CHA₂DS₂-VASc კლინიკური ინსულტის რისკის ქულათა სისტემის მეშვეობით, რათა თავდაპირველად მოხდეს „ინსულტის დაბალი რისკის“ ჯგუფის პაციენტების იდენტიფიცირება (CHA₂DS₂-VASc ქულა=0 მამაკაცებში, ან 1 ქალებში), რომელთაც არ უნდა შევთავაზოთ ანტითრომბოზული თერაპია. I A</p>
R77	<p>პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპია რეკომენდებულია ინსულტის პრევენციისთვის პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, თუ CHA₂DS₂-VASc ქულა ≥ 2 მამაკაცებში, ან ≥ 3 ქალებში. I A</p>
R78	<p>პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპიის განხილვა უნდა მოხდეს ინსულტის პრევენციის მიზნით პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომელთა CHA₂DS₂-VASc ქულა არის 1 მამაკაცებში, ან 2 ქალებში. მკურნალობა უნდა დაიგეგმოს ინდივიდუალურად, კლინიკური სარგებლის, პაციენტის ღირებულებების და უპირატესობების გათვალისწინებით. IIa B</p>
R79	<p>სისხლდენის რისკის შესაფასებლად, მოციმციმე არითმიით დაავადებულ ყველა პაციენტთან რეკომენდებულია ფორმალური სტრუქტურირებული რისკის შეფასების სისტემის გამოყენება, რათა მოხდეს სისხლდენის რისკის არამოდიფიცირებადი ფაქტორების დადგენა და მოდიფიცირებადი ფაქტორებზე ზემოქმედება, აგრეთვე პაციენტთა გამოვლენა</p>

	სისხლდენის პოტენციურად მაღალი რისკით, რომელთა მეთვალყურეობაც უნდა დაიგეგმოს უფრო ადრე და მეტი სიხშირით. I B
R80	რისკის ქულაზე დაფუძნებული ფორმალური შეფასებისთვის უნდა გამოვიყენოთ HAS-BLED ქულათა სისტემა, რომელიც დაგვეხმარება სისხლდენის მოდიფიცირებად რისკფაქტორებზე ზემოქმედებაში და სისხლდენის მაღალი რისკის მქონე პაციენტთა იდენტიფიცირებაში (HAS-BLED ≥ 3), ადრეული და უფრო ხშირი მეთვალყურეობის ვიზიტებისთვის. IIa B
R81	ინსულტის და სისხლდენის რისკის პერიოდული გადაფასება რეკომენდებულია მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად (მაგალითად, პერორალური ანტიკოაგულაციის დაწყება პაციენტებში, რომლებიც აღარ იმყოფებიან ინსულტის დაბალი რისკის ჯგუფის კატეგორიაში) და სისხლდენის პოტენციურად მოდიფიცირებად ფაქტორებზე ზემოქმედების მიზნით. I B
R82	პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომლებიც საწყისი შეფასებისას ინსულტის დაბალი რისკის კატეგორიას მიეკუთვნებიან, ინსულტის რისკის პირველი განმეორებითი შეფასება უნდა განხორციელდეს საწყისი შეფასებიდან 4-6 თვეში. IIa B
R83	K-ვიტამინის ანტაგონისტის გამოყენებისას, რეკომენდებულია სამიზნე INR-ის მაჩვენებელი იყოს 2.0 - 3.0, ინდივიდუალური TTR $\geq 70\%$ -თან ერთად. I B
R84	K-ვიტამინის ანტაგონისტით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებში, თუ INR-ის თერაპიული დიაპაზონის დრო დაბალია (მაგ.: TTR $<70\%$), რეკომენდებული ალტერნატივებია: 1. არა-ვიტამინ K-ს ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტით მკურნალობაზე გადაყვანა და ამავე დროს, თერაპიაზე კარგი დამყოლობის და ამტანობის უზრუნველყოფა I B ; ან 2. ძალისხმევის მიმართვა TTR-ის გასაუმჯობესებლად (მაგალითად, განათლება/კონსულტირება და INR-ის უფრო ხშირი შემოწმება). IIa B
R85	იზოლირებულად ანტიაგრეგანტული თერაპია (მონოთერაპია ან ასპირინის და კლოპიდოგრელის კომბინაცია) არ არის რეკომენდებული ინსულტის პრევენციის მიზნით, პაციენტებში მოციმციმე არითმიით. III A
R86	სისხლდენის სავარაუდო რისკი, პერორალური ანტიკოაგულაციის მიმართ აბსოლუტური უკუჩვენებების არარსებობისას, თავისთავად არ უნდა წარმოადგენდეს ერთადერთ საფუძველს ინსულტის პრევენციის მიზნით ანტიკოაგულაციური პერორალური თერაპიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისთვის. III A
R87	მოციმციმე არითმიის კლინიკური სურათი (მაგალითად, პირველად გამოვლენილი, პაროქსიზმული, პერსისტიული, ხანგრძლივი პერსისტიული, პერმანენტული) არ უნდა განაპირობებდეს თრომბოპროფილაქტიკის ჩვენებას. III B
	მარცხენა წინაგულის ყურის ოკლუზიის რეკომენდაციები – მარცხენა წინაგულის ყურის ოკლუზია შესაძლებელია გათვალისწინებული იქნას პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, ინსულტის პრევენციის მიზნით, თუ სახეზეა ხანგრძლივი ანტიკოაგულაციური თერაპიის მიმართ უკუჩვენებები (მაგალითად, ინტრაკრანიალური სისხლდენა შექცევადი მიზეზის გარეშე). IIb B – მარცხენა წინაგულის ყურის ქირურგიული ოკლუზია ან გათიშვა შესაძლებელია განხილული იქნას ინსულტის პრევენციის მიზნით პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომელთაც უტარდებთ კარდიოქირურგიული ოპერაციული ჩარევა. IIb C
„B“ სიმპტომების უკეთესი კონტროლი	
სიხშირის კონტროლის სტრატეგია	
R88	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 მისაღება, მიუხედავად გულის უკმარისობის სტატუსისა (ტაქიკარდიით გამოწვეული კარდიომიოპათიის გარდა), თუ სიმპტომები არ მოითხოვს გულისცემის სიხშირის უფრო მკაცრ კონტროლს.
R89	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, დრონიდარონს, სოტალოლს), მაგრამ ზოგადად მათი გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ რითმის კონტროლის მიზნით.
R90	მედიკამენტის შერჩევა სიხშირის კონტროლისთვის დამოკიდებულია სიმპტომებზე, კომორბიდულ მდგომარეობებსა და პოტენციურ გვერდით ეფექტებზე.
R91	ბეტა-ბლოკერები ხშირად პირველი არჩევის მედიკამენტებია სიხშირის კონტროლისთვის, რაც მეტწილად ეფუძნება სიხშირის უკეთეს სწრაფ კონტროლს. საინტერესოა, რომ ბეტა ბლოკერების პროგნოზული უპირატესობა პაციენტებში შემცირებული განდევნის ფრაქციით მიმდინარე გულის უკმარისობით (HFrEF) და სინუსური რითმით, კითხვის ნიშნის ქვეშ დგება პაციენტებში მოციმციმე არითმიით.
R92	არადიპიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერები (ადჰ-კაბ) ვერაპამილი და დილთიაზემი უზრუნველყოფენ სიხშირის მისაღებ კონტროლს და ბეტა-ბლოკერებთან შედარებით შეიძლება გააუმჯობესონ მოციმციმე არითმიასთან დაკავშირებული სიმპტომები. ერთ-ერთ მცირე კვლევაში, რომელიც ტარდებოდა პაციენტებზე შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით, ადჰ-კაბ-ის ფონზე ადგილი ჰქონდა დატვირთვისადმი ტოლერანტობის გაუმჯობესებას და B-ტიპის ნატრიურული პეპტიდის დონის შემცირებას.
R93	დიგოქსინი და დიგიტოქსინი არაეფექტურია პაციენტებში მომატებული სიმპათიკური ტონუსით. დიგოქსინის შედარებით დაბალი დოზა შესაძლებელია უკეთეს პროგნოზს უკავშირდებოდეს. კვლევები, სადაც ერთმანეთს დარდებოდა დიგოქსინი და პლაცებო, არათანმიმდევრული შედეგებით ხასიათდება, განსაკუთრებით, როცა გულისცემის სიხშირე ფასდებოდა დატვირთვის დროს. დიგოქსინი ეფექტური იყო, როდესაც ხდებოდა მისი დამატება ბეტა-ბლოკერებთან ან კალციუმის არხების ბლოკერებთან, კერძოდ, ამ კომბინაციით ადგილი ჰქონდა სიხშირის შემცირებას როგორც მოსვენებულ მდგომარეობაში, ისე ფიზიკური დატვირთვისას. ამჟამად მიმდინარე კვლევაში ხდება დიგიტოქსინის ეფექტის შესწავლა პაციენტებში HFrEF-ით.
R94	ამიოდარონი შეიძლება სასარგებლო იყოს მკურნალობის ბოლო შანსის სახით, მიუხედავად ამ პრეპარატის ექსტრაკარდიული არასასურველი გვერდითი ეფექტებისა, როდესაც გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიღწევა შეუძლებელია კომბინირებული თერაპიით პაციენტებში, რომლებიც არ აკმაყოფილებენ არაფარმაკოლოგიური სიხშირის კონტროლის (კერძოდ, ატრიოვენტრიკულური კვანძის აბლაციის და კარდიოსტიმულაციის) კრიტერიუმებს.
R95	მედიკამენტის შერჩევა სიხშირის კონტროლისთვის (იხილეთ ცხრილი 8) - მწვავე სიტუაციებში ექიმმა ყოველთვის უნდა შეაფასოს გამომწვევი 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.
R96	მედიკამენტის შერჩევა და გულისცემის სამიზნე სიხშირე დამოკიდებულია პაციენტის მახასიათებლებზე, სიმპტომებზე, LVEF-ის მაჩვენებელსა და ჰემოდინამიკურ პარამეტრებზე, თუმცა სიხშირის ნაკლებად მკაცრი საწყისი კონტროლი მისაღება, შესაძლოა საჭირო გახდეს კომბინირებული თერაპია.
R97	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.
R98	ატრიო-ვენტრიკულური კვანძის აბლაცია და კარდიოსტიმულატორის იმპლანტაცია წარმოადგენს პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირის კონტროლის საშუალებას იმ შემთხვევაში, როდესაც ფარმაკოლოგიური მკურნალობა წარუმატებელია.
R99	ბეტა-ბლოკერები, დილთიაზემი ან ვერაპამილი რეკომენდებულია პირველი არჩევის პრეპარატების სახით გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით, პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით, თუ LVEF \geq 40%. I B
R100	ბეტა-ბლოკერები და/ან დიგოქსინი რეკომენდებულია გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, თუ LVEF $<$ 40%. I B
R101	თუ ერთი მედიკამენტის გამოყენებით ვერ ხერხდება გულისცემის სიხშირის სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა, უნდა გავითვალისწინოთ კომბინირებული თერაპია სიხშირის მაკონტროლებელი სხვადასხვა მედიკამენტის გამოყენებით ¹ . IIa B
R102	სიხშირის კონტროლის საწყისი მიდგომის სახით რეკომენდებულია გამოყენებული იქნეს ნაკლებად მკაცრი სტრატეგია, რომელიც გულისხმობს გულისცემის სიხშირეს მოსვენებულ მდგომარეობაში <110 /წთ. IIa B
R103	ატრიოვენტრიკულური კვანძის აბლაცია განხილული უნდა იქნას გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით პაციენტებში, რომლებიც არ ემორჩილებიან ან ვერ იტანენ სიხშირის ან რითმის კონტროლის ინტენსიურ თერაპიას და არ აკმაყოფილებენ მარცხენა წინაგულის აბლაციით რითმის კონტროლის კრიტერიუმებს, იმ დაშვებით, რომ ისინი კარდიოსტიმულატორზე დამოკიდებულები გახდებიან. IIa B
R104	პაციენტებში ჰემოდინამიკური არასტაბილურობით ან ძლიერ დაქვეითებული LVEF-ით, გულისცემის სიხშირის მწვავე კონტროლისთვის შესაძლებელია განხილული იქნას ინტრავენურად ამიოდარონის გამოყენება. IIb B
რიტმის კონტროლის სტრატეგია	
R105	„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).
R106	არსებობს გარკვეული სიტუაციები, როდესაც უპირატესად ითვლება რითმის კონტროლის სტრატეგია. – გსდ მაღალი რისკის პაციენტები — უახლეს კვლევებში გამოვლინდა მცირედ გაუმჯობესებული გადარჩენადობის მაჩვენებლები პაციენტებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაღალი რისკით, თუ აღნიშნული სტრატეგიის გამოყენება ხდება საწყისი დიაგნოზიდან 12 თვის განმავლობაში. მაღალი რისკი მოიცავს შემდეგ კრიტერიუმებს: >75 წელზე ასაკი, გადატანილი გარდამავალი იშემიური შეტევა ან ინსულტი, ან ორი კრიტერიუმი შემდეგიდან: ასაკი >65 წელზე, მდებარეობითი სქესი, გულის უკმარისობა, ჰიპერტენზია, დიაბეტი, კორონარული არტერიების მძიმე დაავადება, თირკმლის ქრონიკული დაავადება და მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (პარკუჭთაშუა ძგიდის სისქე დიასტოლაში >15 მმ).

¹ ბეტა-ბლოკერის კომბინირება ვერაპამილთან ან დილთიაზემთან უნდა განხორციელდეს გულისცემის სიხშირის 24 საათიანი ელექტროკარდიოგრაფიული ფრთხილი მონიტორინგის ფონზე, რათა მოხდეს ბრადიკარდიის იდენტიფიცირება.

	<p>– სიხშირის კონტროლის წარუმატებლობა — არსებობს სიხშირის წარუმატებელი კონტროლის ორი გამოვლინება:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ პერსისტიული სიმპტომები (გულის ფრიალი, ქოშინი, თავბრუსხვევა, ტკივილი გულის არეში და სინკოპე), სიხშირის ადეკვატური კონტროლის მიუხედავად. ▪ სიხშირის ადეკვატური კონტროლის მიღწევის შეუძლებლობა. ამ პაციენტებში ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპიით რითმის კონტროლის სტრატეგიის ალტერნატივაა ატრიო-ვენტრიკულური კვანძის რადიოსიხშირული კათეტერული აბლაცია კარდიოსტიმულატორის იმპლანტაციით ან მის გარეშე. <p>– გულის უკმარისობა — რითმის კონტროლი ზოგადად უპირატესია სიმპტომურ პაციენტებში, განსაკუთრებით, გულის უკმარისობის დროს.</p> <p>– 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.</p>
R107	<p>რიტმის კონტროლის სტრატეგია რეკომენდებულია სიმპტომურ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, სიმპტომების და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით. IA</p>
R108	<p>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 კარდიომოპათიის პრევენცია, გულის შეგუბებითი უკმარისობის მართვის ხელშეწყობა და არაადეკვატური განმუხტვების რისკის შემცირება პაციენტებში იმპლანტირებული დეფიბრილატორით.</p>
R109	<p>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.</p>
R110	<p>სტაბილური პაციენტები – პაციენტთა უმრავლესობას მოციმციმე არითმიით, არ ესაჭიროება გადაუდებელი ან სასწრაფო კარდიოვერსია, რადგანაც სიხშირის შემცირება ხშირად აუმჯობესებს სიმპტომებს. შერჩეულ სტაბილურ პაციენტებში არასარქლოვანი მოციმციმე არითმიით, სინუსური რითმის აღდგენა ელექტრული ან ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის მეშვეობით აუცილებელი და მიზანშეწონილია.</p>
R111	<p>ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია სინუსური რითმის აღდგენის მიზნით, წარმოადგენს არჩევით პროცედურას, რომელიც ნაჩვენებია ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტებში. მისი ჰემდინამიკური ეფექტურობა ბოლომდე ნათელი არ არის, რადგანაც ახლად განვითარებული მოციმციმე არითმიის გამო ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა 76-83%-ში სინუსური რითმის სპონტანური აღდგენა ხდება 48 საათის განმავლობაში (10 - 18%-ში პირველი 3 სთ-ის განმავლობაში, 55 - 66%-ში 24 საათის განმავლობაში და 69%-ში 48 საათის განმავლობაში). ამდენად, „დალოდების და დაკვირვების“ სტრატეგია (ჩვეულებრივ <24 სთ განმავლობაში) შესაძლებელია განხილულ იქნას პაციენტებში ახლად განვითარებული წინაგულთა ფიბრილაციით, როგორც ადრეული კარდიოვერსიის არანაკლებ ეფექტური ალტერნატივა.</p>
R112	<p>სპეციფიკური ფარმაკოლოგიური აგენტის შერჩევა დამოკიდებულია თანმხლები გულის დაავადების ტიპსა და სიმძიმეზე. (იხილეთ ცხრილი 12).</p>
R113	<p>ფლექანიდი (და სხვა Ic კლასის ანტიარითმიული პრეპარატები), რომელიც ნაჩვენებია პაციენტებში მარცხენა პარკუჭის მნიშვნელოვანი ჰიპერტროფიის, მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქციის, ან გულის იშემიური დაავადების გარეშე, იწვევს გულის რითმის სწრაფ (3-5 საათში) და უსაფრთხო აღდგენას პაციენტთა 50%-ში.</p>

R114	ინტრავენური ამიოდარონი, რომელიც ძირითადად, ნაჩვენებია პაციენტებში გულის უკმარისობით, შეზღუდული და გვიანი ეფექტით ხასიათდება, მაგრამ შეუძლია გულისცემის სიხშირის შემცირება 12 საათის განმავლობაში.
R115	ინტრავენური ვერნაკალანტი ყველაზე სწრაფად მოქმედი კარდიოვერსიული პრეპარატია, მათ შორის, პაციენტებში მსუბუქი გულის უკმარისობით და გულის იშემიური დაავადებით, ამასთანავე, უფრო ეფექტურია, ვიდრე ამიოდარონი და ფლეკაინიდი.
R116	დოფეტილიდი არ გამოიყენება ევროპაში და იშვიათად იხმარება ევროპის ფარგლებს გარეთ. იბუტილიდი ეფექტურია წინაგულთა თრთოლვის სინუსურ რითმში კონვერსიის მიზნით.
R117	შერჩეულ ამბულატორიულ პაციენტებში, წინაგულთა ფიბრილაციის იშვიათი პაროქსიზმული ეპიზოდებით, თვით-ადმინისტრირებადი პერორალური ფლეკაინიდი ან პროპაფენონი ოდნავ ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია ჰოსპიტალიზაციის პირობებში, თუმცა, შეიძლება ჩაითვალოს უპირატესად (რადგანაც უფრო ადრეული კარდიოვერსიის საშუალებას იძლევა), იმ პირობით, რომ მედიკამენტის უსაფრთხოება და ეფექტურობა დადგენილია ჰოსპიტლის პირობებში.
R118	ატრიო-ვენტრიკულური კვანძის მახლოკირებელი მედიკამენტი უნდა დაენიშნოს პაციენტს, რომელსაც მკურნალობა უტარდება Ic კლასის ანტიარითმიული პრეპარატით (განსაკუთრებით, ფლეკაინიდი), რათა თავიდან იქნას აცილებული წინაგულთა თრთოლვაში ტრანსფორმაცია 1:1 გატარებით.
R119	ახლად განვითარებული მოციმციმე არითმიის ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიისთვის რეკომენდებულია ი/ვ ვერნაკალანტის (გარდა პაციენტებისა უახლოეს წარსულში მწვავე კორონარული სინდრომით ან მიიმე გულის უკმარისობით), ფლეკაინიდის ან პროპაფენონის გამოყენება. I A
R120	ინტრავენური ამიოდარონი 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 პერსისტული მოციმციმე არითმიით, რითმის კონტროლის თერაპიის ნაწილის სახით. I B
R121	მოციმციმე არითმიის ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია ნაჩვენებია მხოლოდ ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტებში, თრომბოემბოლიზმის რისკის გათვალისწინების შემდეგ. I B
R122	ელექტრული კარდიოვერსიის წარმატებული განხორციელებისთვის აუცილებელია გათვალისწინებული იქნას წინასწარი მკურნალობა ამიოდარონით, ფლეკაინიდი, იბუტილიდით ან პროპაფენონით. IIa B
R123	შერჩეულ პაციენტებში იშვიათი და ახლად განვითარებული წინაგულთა ფიბრილაციით, თუ სახეზე არ არის გულის მნიშვნელოვანი სტრუქტურული დაზიანება ან იშემიური დაავადება, გათვალისწინებული უნდა იქნას ფლეკაინიდის ან პროპაფენონის ერთჯერადი პერორალური დოზით თვით-ადმინისტრირებადი კარდიოვერსია („ჯიბეში აბი“ მიდგომა), მხოლოდ ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შეფასების შემდეგ. IIa B
R124	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
R125	კარდიოვერსიის შემდეგ მეთვალყურეობის მიზნები ნაჩვენებია ცხრილი 9-ში. რითმის კონტროლის სტრატეგიის შეფასებისას, ძალზედ მნიშვნელოვანია სიმპტომებისა და ანტიარითმიული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების ბალანსირება. აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის შემოწმება კარდიოვერსიის შემდეგ, რათა დაადგინდეს მიმდინარე მკურნალობის ნაცვლად, რითმის კონტროლის ალტერნატიული სტრატეგიის, მათ შორის,

	წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაციის ან სინშირის კონტროლის მიდგომის საჭიროება.
რეკომენდაციები ინსულტის რისკის მართვასთან დაკავშირებით კარდიოვერსიის დროს	
R126	პაციენტებში, რომელთაც უტარდებათ კარდიოვერსია, არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტები სულ მცირე, ისეთივე ეფექტურობით და უსაფრთხოებით ხასიათდება, როგორც ვარფარინი. I A
R127	წინაგულთა ფიბრილაციის/წინაგულთა თრთოლვის კარდიოვერსიის შემთხვევაში, ეფექტური ანტიკოაგულაციური მკურნალობა აუცილებელია, სულ მცირე, კარდიოვერსიამდე 3 კვირის განმავლობაში. I B
R128	ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია რეკომენდებულია კარდიული თრომბის გამორიცხვის მიზნით, პროცედურამდე 3-კვირიანი ანტიკოაგულაციური მკურნალობის ალტერნატივის სახით, როდესაც იგეგმება ადრეული კარდიოვერსია. I B
R129	პაციენტებში ინსულტის რისკით, რეკომენდებულია პერორალური ანტიკოაგულაციური მკურნალობა გაგრძელდეს კარდიოვერსიის შემდეგ ხანგრძლივად, კარდიოვერსიის მეთოდის, სინუსური რითმის შენარჩუნების თუ მოციმციმე არითმიის „პირველად დიაგნოსტირებული ეპიზოდის“ მიუხედავად. I B
R130	თუ ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფიით ვლინდება თრომბი, ეფექტური ანტიკოაგულაციური მკურნალობა რეკომენდებულია სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში კარდიოვერსიის პროცედურამდე. I B
R131	რეკომენდებულია პაციენტს ხაზგასმით განემარტოს არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპიისადმი დამყოლობის და რეგულარული მკურნალობის მნიშვნელობა კარდიოვერსიის პროცედურამდე და მის შემდეგ. I C
R132	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 სინშირისა 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.
R133	კათეტერული აბლაციის ალტერნატივის განხილვისას პაციენტს უნდა მიეწოდოს შემდეგი ინფორმაცია: <ul style="list-style-type: none"> - 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. მკურნალობა საჭიროა, რადგანაც პაციენტს შესაძლოა, კვლავ უვითარდებოდეს წინაგულთა ფიბრილაციის ეპიზოდები სიმპტომების გარეშე; ამასთანავე, აბლაციის შემდეგ წინაგულთა ფიბრილაციის ტვირთის შემცირება არ ნიშნავს ინსულტის რისკის შემცირებას. გავრცელებული მოსაზრება, რომ პაციენტმა, რომელსაც ჩაუტარდა წარმატებული აბლაცია, შეიძლება შეწყვიტოს ანტიკოაგულაციური მკურნალობა, მცდარია. - პაციენტთა დაახლოებით 70-75%-ს არ აღენიშნება სიმპტომები აბლაციიდან 1 წლის შემდეგ. პროცენტული წილი შედარებით დაბალია პაციენტებში პერსისტიული მოციმციმე არითმიით (დაახლოებით 60%).

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 არაა დამაკმაყოფილებელია. - სერიოზული გართულებების რისკი შეადგენს დაახლოებით 4%-ს, ამასთანავე, გართულებები ყველაზე გავრცელებულია სისხლძარღვოვანი 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.
R134	<p>პაციენტებში, რომელთაც ჩაუტარდათ კათეტერული აბლაცია, ძალზედ მნიშვნელოვანია რეგულარული ზედამხედველობა წინაგულოვანი არითმიის რეციდივის გამოვლენის მიზნით. საერთაშორისო ექსპერტული შეთანხმების საფუძველზე რეკომენდებულია:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>ძირითადი საკითხები, რომელთა გათვალისწინებაც აუცილებელია აბლაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტებზე, იხილეთ ცხრილი 10-ში.</p>
R135	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას რეკომენდებულია გათვალისწინებულ იქნას პროცედურასთან დაკავშირებული რისკი და პროცედურის შემდგომი წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივის მნიშვნელოვანი რისკფაქტორები, რომელთა განხილვაც აუცილებელია პაციენტთან ერთად. I B</p>
R136	<p>პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივით, უნდა მოხდეს ფილტვის ვენის იზოლაციის განმეორებითი პროცედურის განხილვა, იმ პირობით, რომ პაციენტის სიმპტომები გაუმჯობესდა ფილტვის ვენის იზოლაციის საწყისი პროცედურის შემდეგ. Ia B</p>
წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია წარუმატებელი მედიკამენტური თერაპიის შემდეგ	
R137	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია ფილტვის ვენის იზოლაციით რეკომენდებულია რითმის კონტროლისთვის I ან III კლასის ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპიის წარუმატებელი კურსის ან აუტანლობის შემთხვევაში, რათა მოხდეს ფიბრილაციის რეციდივების სიმპტომების გაუმჯობესება პაციენტებში:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ პაროქსიზმული მოციმციმე არითმიით, I A ან ▪ პერსისტიული მოციმციმე არითმიით, რეციდივის მნიშვნელოვანი რისკფაქტორების გარეშე, I A ან ▪ პერსისტიული მოციმციმე არითმიით, რეციდივის მნიშვნელოვანი რისკფაქტორებით. I B
R138	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია ფილტვის ვენის იზოლაციით უნდა იქნას გათვალისწინებული რითმის კონტროლისთვის, ბეტა-ბლოკერებით მკურნალობის წარუმატებლობის ან აუტანლობის შემთხვევაში, რათა მოხდეს ფიბრილაციის რეციდივების სიმპტომების გაუმჯობესება პაციენტებში პაროქსიზმული და პერსისტიული მოციმციმე არითმიით. Ia B</p>
პირველი რიგის თერაპია	
R139	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია ფილტვის ვენის იზოლაციით უნდა იქნას გათვალისწინებული პირველი რიგის რითმის კონტროლის თერაპიის სახით, სიმპტომების გასაუმჯობესებლად შერჩეულ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ სიმპტომური:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ წინაგულთა ფიბრილაციის პაროქსიზმული ეპიზოდები, Ia B

	<ul style="list-style-type: none"> პერსისტიული წინაგულთა ფიბრილაცია, რეციდივის სერიოზული რისკფაქტორების გარეშე. IIb C <p>როგორც I ან III კლასის ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპიის ალტერნატივა, პაციენტის არჩევანის, სარგებელისა და რისკის გათვალისწინებით.</p>
R140	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია:</p> <ul style="list-style-type: none"> რეკომენდებულია მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის უკუგანვითარების მიზნით, როდესაც არსებობს ტაქიკარდიით გამოწვეული კარდიომიოპათიის მაღალი ალბათობა, მიუხედავად სიმპტომების სტატუსისა. I B უნდა იქნას გათვალისწინებული შერჩეულ პაციენტებში დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით მიმდინარე გულის უკმარისობით, გადარჩენადობის გაუმჯობესებისა და ჰოსპიტალზაციების შემცირების მიზნით. IIa B
R141	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია ფილტვის ვენის იზოლაციით, უნდა იქნას განხილული, როგორც კარდიოსტიმულატორის იმპლანტაციის თავიდან არიდების სტრატეგია პაციენტებში მოციმციმე არითმიასთან დაკავშირებული ბრადიკარდიით ან კონვერსიის შემდგომი სიმპტომური პრეავტომატური პაუზით, კლინიკური სიტუაციის გათვალისწინებით. IIa C</p>
ტექნიკა და ტექნოლოგიები	
R142	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაციის ყველა პროცედურის დროს რეკომენდებულია ფილტვის ვენების სრული ელექტრული იზოლაცია. I A</p>
R143	<p>თუ პაციენტს ანამნეზში აღენიშნება კავო-ტრიკუსპიდალურ ისთმუსზე დამოკიდებული წინაგულთა თრთოლვა, ან ტიპიური წინაგულთა თრთოლვა განვითარდა აბლაციის პერიოდში, შესაძლებელია განხილული იქნას კავო-ტრიკუსპიდალური კერის აბლაცია. IIb B</p>
R144	<p>ფილტვის ვენების იზოლაციის გარდა, დამატებითი აბლაციური კერების გამოყენება (დაბალ-ვოლტაჟიანი არეები, ექტოპიური კერები, როტორები და სხვა) შესაძლებელია განხილული იქნას, მაგრამ კარგად შესწავლილი არ არის. IIb B</p>
რეკომენდაციები ინსულტის რისკის მართვასთან დაკავშირებით კათეტერული აბლაციის დროს	
R145	<p>პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და ინსულტის რისკფაქტორებით, რომლებიც არ ღებულობენ პერორალურ ანტიკოაგულანტებს აბლაციამდე, რეკომენდებულია რომ ინსულტის რისკის მართვა პროცედურამდე მოიცავდეს ანტიკოაგულაციური მკურნალობის დაწყებას, უპირატესად, თერაპიულ ანტიკოაგულაციას, სულ მცირე, აბლაციამდე 3 კვირის განმავლობაში.</p>
R146	<p>პაციენტებში, რომელთაც უტარდებათ წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია, ვარფარინით, დაბიგატრანით, რივაროქსაბანით, აპიქსაბანით ან ედოქსაბანით თერაპიული ანტიკოაგულაციის ფონზე, რეკომენდებულია აბლაციის პროცედურა ჩატარდეს პერორალური ანტიკოაგულაციის შეჩერების გარეშე.</p>
R147	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაციის შემდეგ რეკომენდებულია:</p> <ul style="list-style-type: none"> სისტემური ანტიკოაგულაცია არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტებით ან ვარფარინით გაგრძელდეს აბლაციიდან სულ მცირე, 2 თვის განმავლობაში და 2 თვის შემდეგ ანტიკოაგულაციის გაგრძელება დაეფუძნოს პაციენტის ინსულტის რისკის პროფილს და არა აბლაციის პროცედურის თვალსაჩინო წარმატებას ან წარუმატებლობას.
R148	<p>პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის ქირურგიული მკურნალობით და წინაგულის ყურის გათიშვით, ხანგრძლივი პერორალური ანტიკოაგულაცია რეკომენდებულია პირის თრომბოემბოლიური რისკის საფუძველზე, რომელიც ფასდება CHA₂DS₂-VASc ქულათა სისტემით.</p>
ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება და სხვა სტრატეგიები აბლაციის გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით	

R149	მსუქანი პაციენტებისთვის მოციმციმე არითმიით, რეკომენდებულია წონაში დაკლება, განსაკუთრებით, თუ მათ უტარდებათ წინაგულთა ფიბრილაციის აბლაცია. I B
R150	რითმის კონტროლის სტრატეგიის ნაწილის სახით, რეკომენდებულია რისკფაქტორების მკაცრი კონტროლი და ტრიგერების თავიდან არიდება. I B
R151	არა-ანტიარითმიული მედიკამენტები არითმიის საწინააღმდეგო თვისებებით (აღმავალი თერაპია). იმის გამო, რომ მოციმციმე არითმია წარმოადგენს წინაგულთა სტრუქტურული რემოდელირების შედეგს, ან მის მარკერს, 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 წარმოდგენილია ცხრილი 11-ში.
R152	ამიოდარონი რეკომენდებულია რითმის ხანგრძლივი კონტროლისთვის ყველა პაციენტთან მოციმციმე არითმიით, მათ შორის, HFpEF-ით. თუმცა, მისი ექსტრაკარდიული ტოქსიკურობის გათვალისწინებით, სადაც შესაძლებელია, უნდა იქნას განხილული სხვა ანტიარითმიული პრეპარატი. I A
R153	დრონედარონი რეკომენდებულია რითმის ხანგრძლივი კონტროლისთვის პაციენტებში მოციმციმე არითმიით: <ul style="list-style-type: none"> ▪ მარცხენა პარკუჭის ნორმალური ან მცირედ დაქვეითებული (მაგრამ სტაბილური) ფუნქციით, I A ან ▪ HFpEF-ით, გულის იშემიური ან სარქვლოვანი დაავადებით. I A
R154	ფლეკანიდი რეკომენდებულია რითმის ხანგრძლივი კონტროლისთვის პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და მარცხენა პარკუჭის ნორმალური ფუნქციით, გულის სტრუქტურული დაავადების გარეშე, მარცხენა პარკუჭის მნიშვნელოვანი ჰიპერტროფიის და მიოკარდიუმის იშემიის ჩათვლით. I A
R155	პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომელთაც მკურნალობა უტარდებათ სოტალოლით, რეკომენდებულია QT ინტერვალის, შრატში კალიუმის, CrCl-ის და სხვა არითმოგენული რისკფაქტორების მკაცრი მონიტორინგი. I B
R156	პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომელთაც უტარდებათ ხანგრძლივი რითმის კონტროლის მკურნალობა ფლეკანიდით, გასათვალისწინებელია ატრიო-ვენტრიკულური კვანძის მახლოვირებელი პრეპარატის პარალელური გამოყენება (თუ ამტანობა დამაკმაყოფილებელია). IIa C
R157	სოტალოლი შესაძლებელია განხილულ იქნას ხანგრძლივი რითმის კონტროლის მიზნით პაციენტებში მარცხენა პარკუჭის ნორმალური ფუნქციით ან გულის იშემიური დაავადებით, თუ უზრუნველყოფილია QT ინტერვალის, შრატში კალიუმის, CrCl-ის და სხვა არითმოგენული რისკფაქტორების მკაცრი მონიტორინგი. IIb A
R158	ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპია არ არის რეკომენდებული პაციენტებში პერმანენტული მოციმციმე არითმიით, ვისთანაც მიღწეულია სიხშირის კონტროლი და პაციენტებში მკვეთრად გამოხატული გამტარებლობის დარღვევებით, თუ არ ტარდება ბრადიკარდიის საწინააღმდეგო კარდიოსტიმულაცია. III C
“C” გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორები და თანმხლები მდგომარეობები - გამოვლენა და მართვა	
R159	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.

R160	პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რისკფაქტორებისა და თანმხლები დაავადებების გამოვლენა და მართვა რეკომენდებულია მკურნალობის განუყოფელი ნაწილის სახით. I B
R161	არაჯანსაღი ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება და თანმხლები დაავადებების მიზნობრივი თერაპია რეკომენდებულია მოციმციმე არითმიის ტვირთისა და სიმპტომების სიმძიმის შემცირების მიზნით. I B
R162	პაციენტებში ჰიპერტენზიით რეკომენდებულია მოციმციმე არითმიის ოპორტუნისტული სკრინინგი I B
R163	პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და ჰიპერტენზიით, რეკომენდებულია განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს არტერიული წნევის კონტროლს, წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივების, ინსულტისა და სისხლდენის რისკის შემცირების მიზნით. I B
R164	მსუქან პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით, გათვალისწინებული უნდა იქნას წონაში დაკლება სხვა რისკფაქტორების მართვასთან ერთად, მოციმციმე არითმიის სიხშირის, პროგრესირების, რეციდივებისა და სიმპტომების შემცირების მიზნით. IIa B
R165	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
R166	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
R167	პაციენტებში ძილის ობსტრუქციული აპნოეთი უნდა გავითვალისწინოთ მოციმციმე არითმიის ოპორტუნისტული სკრინინგი. IIa C
R168	რეკომენდებულია გათვალისწინებული იქნას ძილის ობსტრუქციული აპნოეს ოპტიმალური მართვა, მოციმციმე არითმიის სიხშირის, პროგრესირების, რეციდივების და სიმპტომების შემცირების მიზნით. IIb C
რეკომენდაციები წინაგულთა ფიბრილაციასთან დაკავშირებით პაციენტებში თანმხლები მწვავე კორონარული სინდრომით, ქრონიკული კორონარული დაავადებით ან სტენტირებით	
R169	პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომლებიც აკმაყოფილებენ არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის კრიტერიუმებს, ამ პრეპარატების გამოყენება უპირატესია K ვიტამინის ანტაგონისტებისა და ანტიაგრეგანტული მედიკამენტების კომბინირებულ გამოყენებასთან შედარებით. I A
R170	პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და მწვავე კორონარული სინდრომით, რომელთაც უტარდებთ გაურთულებელი სტენტირება, ასპირინის ადრეული შეწყვეტა (≤ 1 კვირაში) და პერორალური ანტიკოაგულანტისა და P2Y12 ინჰიბიტორის (უპირატესად კლოპიდოგრელის) კომბინირებული გამოყენება სულ მცირე, 12 თვის განმავლობაში, რეკომენდებულია თუ სტენტის თრომბოზის რისკი დაბალია, ან თუ სისხლდენის მოსალოდნელი რისკი აღემატება სტენტის თრომბოზის რისკს, მიუხედავად გამოყენებული სტენტის ტიპისა. I A
R171	პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და მწვავე კორონარული სინდრომით, რომელთაც უტარდებთ გაურთულებელი სტენტირება, ასპირინის ადრეული შეწყვეტა (≤ 1 კვირაში) და პერორალური ანტიკოაგულანტისა და P2Y12 ინჰიბიტორის (უპირატესად კლოპიდოგრელის) კომბინირებული გამოყენება სულ მცირე, 6 თვის განმავლობაში, რეკომენდებულია თუ სტენტის თრომბოზის რისკი დაბალია, ან თუ სისხლდენის მოსალოდნელი რისკი აღემატება სტენტის თრომბოზის რისკს, მიუხედავად გამოყენებული სტენტის ტიპისა. I A
რეკომენდაციები პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და მწვავე იშემიური ინსულტით, ინსულტის მეორეულ პრევენციასთან დაკავშირებით	
R172	პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და იშემიური ინსულტით ან ტიშ-ით, რეკომენდებულია ინსულტის ხანგრძლივი მეორეული პრევენცია პერორალური

	ანტიკოაგულანტი, უპირატესად არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტებით K ვიტამინის ანტაგონისტებთან შედარებით, თუ არ არსებობს პერორალური ანტიკოაგულაციის მიმართ მკაცრი უკუჩვენება და პაციენტი აკმაყოფილებს არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის კრიტერიუმებს. I A
R173	პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და მწვავე იშემიური ინსულტით, ძალიან ადრეული ანტიკოაგულაცია (<48სთ-ში) არაფრაქციონირებული ჰეპარინით, დაბალმოლეკულური ჰეპარინით ან K ვიტამინის ანტაგონისტებით რეკომენდებული არ არის. III B
წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავე შეტევის მკურნალობა	
R174	ჰემოდინამიკურად არასტაბილურ პაციენტებში რითმის მწვავე კონტროლი შეიძლება განხორციელდეს გადაუდებელი კარდიოვერსიის სახით. ჰემოდინამიკურად არასტაბილური წინაგულთა ფიბრილაციის შემთხვევაში, პირდაპირი ელექტრული კარდიოვერსია წარმოადგენს არჩევის მეთოდს, რადაგანც მისი ეფექტურობა აღემატება ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის ეფექტურობას და იწვევს სინუსური რითმის დაუყოვნებელ აღდგენას.
R175	სტაბილურ პაციენტებში შესაძლებელია განხილულ იქნას როგორც ფარმაკოლოგიური, ისე ელექტრული კარდიოვერსიის ალტერნატივები. ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია ნაკლებად ეფექტურია, მაგრამ არ მოითხოვს სედაციას.
R176	ელექტრული თუ ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიის შერჩევა მოითხოვს თითოეული მეთოდის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების, თანხლები დაავადებების, მდგომარეობის სიმწვავის, პაციენტის უპირატესობის განხილვას და დამოკიდებულია იმაზე, რამდენად კომფორტულად გრძნობს თავს კლინიკის თითოეული მეთოდის გამოყენებისას.
R177	ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტში სიხშირის კონტროლის სტრატეგიის შერჩევას, პირველ რიგში მნიშვნელოვანია გამოიყენოთ მიზეზის, მაგალითად ინფექციის ან ანემიის შეფასება.
R178	ბეტა-ბლოკერები და დილთიაზემი/ვერაპამილი უპირატესია დიგოქსინთან შედარებით, მათი სწრაფი მოქმედების დასაწყისისა და მომატებულ სიმპათიკურ ტონუსზე ზეგავლენის გამო.
R179	მედიკამენტის შერჩევა და გულისცემის სამიზნე სიხშირე დამოკიდებულია პაციენტის მახასიათებლებზე, სიმპტომებზე, მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციასა და ჰემოდინამიკის მაჩვენებლებზე, თუმცა, საწყისი ნაკლებად მკაცრი სიხშირის კონტროლი მისაღები სტრატეგიაა. შესაძლოა, საჭირო გახდეს კომბინირებული თერაპია.
R180	პაციენტებში HFrEF-ით, გამოყენებული უნდა იქნას ბეტა-ბლოკერები, საგულე გლიკოზიდები ან მათი კომბინაცია. კრიტიკულად მძიმე პაციენტებსა და მარცხენა პარკუჭის სისტოლური ფუნქციის მძიმე დარღვევის შემთხვევაში, შესაძლებელია ინტრავენური ამიოდარონის გამოყენება.
R181	გადაუდებელი კარდიოვერსიის გადაწყვეტილების მიღებისას, აუცილებელია თრომბოემბოლიური გართულებების რისკის შეფასება. პაციენტთა უმრავლესობას, რომელთაც უტარდებათ კარდიოვერსია, ანტიკოაგულაციური მკურნალობა უნდა დაეწყოს კარდიოვერსიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისთანავე ან CHA ₂ DS ₂ -VASc ქულათა სისტემით თრომბოემბოლიური რისკის შეფასების შემდეგ. როგორც კი პაციენტის მდგომარეობა დასტაბილურდება, შემდგომი მართვა ანალოგიურია სტაბილური პაციენტების მართვისა.
სპორტული აქტივობა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით	
R182	რეკომენდებულია სპორტსმენებს ჩაუტარდეთ კონსულტირება იმასთან დაკავშირებით, რომ ხანგრძლივ ინტენსიურ სპორტულ დატვირთვებს შეუძლიათ მოახდინონ მოციმციმე არითმიის პროვოცირება, მაშინ როცა ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა რეკომენდებულია წინაგულთა ფიბრილაციის პრევენციის მიზნით. I B
რეკომენდაციები პოსტოპერაციულ წინაგულთა ფიბრილაციასთან დაკავშირებით	

R183	გულზე ჩატარებული ქირურგიული ჩარევისას, რეკომენდებულია პერი-ოპერაციულად ამიოდარონის ან ბეტა-ბლოკერის გამოყენება, პოსტოპერაციული მოციმციმე არითმიის პრევენციის მიზნით. I A
R184	ბეტა ბლოკერების რუტინული გამოყენება არ უნდა მოხდეს პოსტოპერაციული მოციმციმე არითმიის პრევენციის მიზნით პაციენტებში, რომელთაც ქირურგიული ჩარევა უტარდებათ არაკარდიული მიზეზების გამო. III B
სქესთან დაკავშირებული განსხვავებები პაციენტებში მოციმციმე არითმიით	
R185	რეკომენდებულია, რათა ქალებს და მამაკაცებს წინაგულთა ფიბრილაციით, თანაბრად შესთავაზონ დიაგნოსტიკური შეფასება და მკურნალობა, ინსულტისა და მოციმციმე არითმიასთან დაკავშირებული სხვა გართულებების პრევენციის მიზნით. I A
მოციმციმე არითმიის რეგულარული მეთვალყურეობა პირველად ჯანდაცვაში	
R186	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.
R187	პაციენტთა უმრავლესობისთვის მიზანშეწონილია მეთვალყურეობის პირველი ვიზიტის განხორციელება მწვავე ეპიზოდებიდან 1 კვირაში, ან შეძლებისდაგვარად სწრაფად, თუ 1 კვირა არარეალისტურია. ადრეული მეთვალყურეობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის, რომელთაც დაეწყოთ ანტიარითმიული მედიკამენტური მკურნალობა, რათა მოხდეს მკურნალობის უსაფრთხოების, ეფექტურობის და გვერდითი ეფექტების შეფასება.
R188	პაციენტებს პაროქსიზმული, პერსისტული, ხანგრძლივი პერსისტული ან პერმანენტული მოციმციმე არითმიით, ესაჭიროებათ რეგულარული რუტინული მეთვალყურეობა და პერიოდულად სასწრაფო შეფასება, დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით.
R189	რუტინული მეთვალყურეობა რეკომენდებულია სულ მცირე, 12 თვეში ერთხელ სტაბილური პაციენტებისთვის, ან უფრო ხშირად სიმპტომების ცვლილების შემთხვევაში.
R190	პაციენტები, რომლებიც იმყოფებიან მაღლი რისკის ანტიარითმიულ მედიკამენტურ თერაპიაზე, მაგალითად, დოფეტილიდსა ან სოტალოლოზე, 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.
R191	მეთვალყურეობის ვიზიტებზე რეკომენდებულია პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგი შემდეგი საკითხების გათვალისწინებით: <ul style="list-style-type: none"> – ანტითრომბოზული თერაპიის ეფექტურობა და უსაფრთხოება (INR პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ვარფარინზე და კრეატინინის კლირენსი ანტიარითმიული მედიკამენტების ან ახალი ანტიკოაგულანტების 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.
R192	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.
R193	საკითხების სია, რომელთა განხილვა და მართვა უნდა განხორციელდეს რუტინული მეთვალყურეობის ვიზიტებზე, იხილეთ ცხრილი 13-ში.
რეფერალისა და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები	
R194	სპეციალისტთან რეფერალი შესაძლოა არ იყოს საჭირო შემდეგ შემთხვევებში: <ul style="list-style-type: none"> – 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. – პაროქსიზმული მოციმციმე არითმია, სიმპტომების გარეშე/მინიმალური სიმპტომებით, ადეკვატურ ანტითრომბოზულ თერაპიაზე და დამაკმაყოფილებელი სიხშირის/რიტმის კონტროლით.
R195	სპეციალისტთან რეფერალი გასათვალისწინებელია შემდეგ შემთხვევებში: <ul style="list-style-type: none"> – 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/მ²); – 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);

	<ul style="list-style-type: none"> – კომპლექსური გადაწყვეტილება რითმის კონტროლთან დაკავშირებით (ანტიარითმიული მედიკამენტური მკურნალობის წარუმატებლობა, აბლაციური მკურნალობის განხილვა); – აბლაციის შემდეგ სიმპტომების რეციდივი; – მოციმციმე არითმია ახალგაზრდა ასაკში (<50 წელზე).
R196	<p>გაითვალისწინეთ რეფერალი კარდიოვერსიისთვის, თუ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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.
R197	<p>ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 შეფუბებითი უკმარისობის სიმპტომებისა და ნიშნების ან მძიმე სიმპტომების თანხლებით, წარმოადგენს სულ მცირე, 24 საათიანი ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას.
მეთვალყურეობა პაციენტის ჰოსპიტალიზაციიდან გამოწერის შემდეგ	
R198	<p>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 პაციენტი პროვაიდერს აქვს ინფორმაცია პაციენტის ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებით).</p>
R199	<p>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.</p>
R200	<p>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 CHA₂DS₂-VASc ქულათა სისტემის გამოყენებით, სისხლდენის რისკის შეფასება HAS-BLED ქულათა სისტემით და ანტიკოაგულაციურ თერაპიასთან დაკავშირებით შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღება, კარდიოლოგის კონსულტაციის</p>

	განხილვა, რაც ხელს შეუწყობს მკურნალობაზე დამყოლობას და მდგომარეობის სტაბილიზაციას.
R201	პაციენტთან ერთად უნდა მოხდეს შემდგომი რუტინული მეთვალყურეობის გეგმის განხილვა, თვითმართვასთან და თვითდახმარებასთან დაკავშირებული საკითხების შეთანხმება, მოდიფიცირებადი რისკფაქტორების მართვის მნიშვნელობის განმარტება. რეკომენდაციები რეგულარულ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებით იხილეთ ზემოთ. საკითხების ჩამონათვალი, რომელთა განხილვაც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე მითითებულია ცხრილი 14-ში.
R202	ჰჯდ გუნდის წევრების ფუნქციების გადანაწილება წინაგულთა ფიბრილაციის მართვაში და წინაგულთა ფიბრილაციის მართვის მულტიდისციპლინური გეგმა სქემატურად წარმოდგენილია დანართ N1-ში.

10. 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 CHA₂DS₂-VASc ქულათა სისტემით.
2. პაციენტთა წილი მოციმციმე არითმიით, რომელთაც ანტიკოაგულანტის დანიშვნამდე ჩაუატარდათ სისხლდენის რისკის შეფასება HAS-BLED ქულათა სისტემით.
3. პაციენტთა წილი CHA₂DS₂-VASc ქულით ≥ 1 მამაკაცისთვის და ≥ 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 (ტიშ).
2. პაციენტთა წილი მოციმციმე არითმიით, ვისაც ანტიკოაგულაციური მკურნალობის ფონზე განუვითარდა სერიოზული სისხლდენა.

10. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა რეკომენდებულია 2 წლის ვადაში ან ახალი მტკიცებულებების გაჩენის შესაბამისად.

11. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი	<ul style="list-style-type: none"> * ანამნეზის შეგროვება * ობიექტური გასინჯვის მონაცემების შეფასება * დიაგნოზის დასმა * მედიკამენტური დანიშნულების გადახედვა * მართვის გეგმისა და მკურნალობის მიზნების შემუშავება პაციენტთან ერთად * პროგრესის, ბარიერების და მიღწევების შეფასება * ლაბორატორიული გამოკვლევების დანიშვნა საჭიროებისამებრ * სპეციალისტთან რეფერალი საჭიროებისამებრ * პაციენტის განათლება * ხანგრძლივი მეთვალყურეობა 	სავალდებულო
კარდიოლოგი	<ul style="list-style-type: none"> * წინაგულთა ფიბრილაციის საწყისი დიაგნოსტიკა, მედიკამენტების ტიტრაცია, ანტიარითმიული მედიკამენტების დანიშვნა * ფარმაკოლოგიური და ელექტრული კარდიოვერსიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება * წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაციის საჭიროების განსაზღვრა და ორგანიზება * პაციენტზე რეგულარული მეთვალყურეობა 	სავალდებულო
ექთანი/ოჯახის ასისტენტი	<ul style="list-style-type: none"> * რისკის პროფილის შეფასება * რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება; * დანიშნულ ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარების უზრუნველყოფა * პაციენტის ინფორმირება შემდგომი მეთვალყურეობის ვიზიტის შესახებ 	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა	სავალდებულო/შეზღუდული რესურსების პირობებში შესაძლებელია ამ ფუნქციის შეთავსება ექთნის მიერ

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა: აუდიტის ჩატარება, შედეგების ანალიზი და გაუმჯობესების ღონისძიებების დაგეგმვა-განხორციელება	სასურველი
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
ექიმის ძირითადი აღჭურვილობა: ა) ელექტროკარდიოგრაფი ბ) დაკალიბრებული სფიგმომანომეტრი სხვადასხვა ზომის მანჟეტით; გ) სასწორი; დ) სიმაღლის მზომი; ე) დრეკადი საზომი (ე.წ. „სანტიმეტრი“) წელის გარშემოწერილობის გასაზომად	ელექტროკარდიოგრაფიულად მოციმციმე არითმიის იდენტიფიცირებისთვის ფიზიკური გასინჯვის გზით შეფასებისთვის რისკ-ფაქტორების დასადგენად	სავალდებულო
ლაბორატორიული აღჭურვილობა	ბიოქიმიური ლაბორატორია, ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია ანალიზისათვის რეფერალური ლაბორატორიის გამოყენება	სავალდებულო/ადგილზე არარსებობის პირობებში კონტრაქტი შესაბამისი შესაძლებლობის ლაბორატორიასთან
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება წინაგულთა ფიბრილაციის მიმდინარეობის, მედიკამენტური მკურნალობის, აბლაციის, კაკრდიოვერსიის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ	სასურველი

12. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე პროტოკოლის ადაპტირება ადგილობრივ დონეზე შესაძლებელია განხორციელდეს სამედიცინო დაწესებულების ტექნიკური შესაძლებლობების მიხედვით.

13. 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.

პროტოკოლის ძირითადი გზავნილები რა „უნდა ვაკეთოთ“ და რა „არ უნდა ვაკეთოთ“

რეკომენდაციები	კლასი დონე
რეკომენდაციები წინაგულთა ფიბრილაციის დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებით	
<p>წინაგულთა ფიბრილაციის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელია ეკგ-ს დოკუმენტირება,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ სტანდარული 12-განხრიანი ეკგ ჩანაწერი ან ეკგ გადაღება ერთ განხრაში ≥ 30წმ ხანგრძლივობით, რომელზეც ვლინდება მკაფიო განმეორებადი P კბილების არარსებობა და არარეგულარული RR ინტერვალები (თუ ატრიო-ვენტრიკულური გამტარებლობა დარღვეული არ არის), წარმოადგენს წინაგულთა ფიბრილაციის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს. 	I B
რეკომენდაციები წინაგულთა ფიბრილაციის სკრინინგთან დაკავშირებით	
<p>წინაგულთა ფიბრილაციის ოპორტუნისტული სკრინინგი პულსის გასინჯვით ან ეკგ გადაღებით რეკომენდებულია პაციენტებში ≥ 65 წლის ასაკში.</p>	I B
<p>რეკომენდებულია პეისმეიქერებისა და იმპლანტირებადი კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორების რეგულარული გაშიფვრა, წინაგულების მაღალსიხშირული შემთხვევის გამოვლენის მიზნით.</p>	I B
<p>– მოციმციმე არითმიაზე სკრინინგის დროს რეკომენდებულია შემდეგი:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ პირები, რომელთაც უტარდებათ სკრინინგი, ინფორმირებული იყვნენ მოციმციმე არითმიის გამოვლენის მნიშვნელობასა და მკურნალობის შედეგებზე. ▪ დადებითი სკრინინგის შემთხვევაში ორგანიზებული იყოს რეფერალის სტრუქტურირებული პლატფორმა, შემდგომი კლინიკური შეფასების, დიაგნოზის დადასტურებისა და დადასტურებული მოციმციმე არითმიის ოპტიმალური მართვისთვის. ▪ დადებითი სკრინინგის შემთხვევაში, მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი დადასტურდეს მხოლოდ მაშინ, თუ ექიმის შეფასებით დგინდება, რომ ≥ 30წმ ხანგრძლივობის ერთგანხრიანი ეკგ-ს ჩანაწერში ან 12-განხრიანი ეკგ-ზე ჩანს მოციმციმე არითმია. 	I B
რეკომენდაციები მოციმციმე არითმიის მქონე პაციენტის დიაგნოსტიკური შეფასებისთვის	
<p>პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით, რეკომენდებულია:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ არითმიასთან დაკავშირებული სიმპტომების (დაღლილობა, ქოშინი ფიზიკური დატვირთვისას, გულის ფრიალი და ტკივილი გულის არეში) შეფასება EHRA სკალის მეშვეობით მკურნალობის დაწყებამდე და შემდეგ. ▪ წინაგულთა ფიბრილაციასთან დაკავშირებული სიმპტომების შეფასება პერსისტიული მოციმციმე არითმიის კარდიოვერსიამდე და მას შემდეგ, რითმის კონტროლის სამკურნალო სტრატეგიის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად. 	I C
<p>პაციენტებში წინაგულების მაღალსიხშირული შემთხვევის/სუბკლინიკური მოციმციმე არითმიის გამოვლენისას იმპლანტირებადი მოწყობილობით ან ჩადგმული კარდიომონიტორით, რეკომენდებულია ჩატარდეს:</p>	I B

<ul style="list-style-type: none"> ▪ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სრულყოფილი შეფასება ეკვრება გადაღებით, კლინიკური რისკფაქტორების/კომორბიდული პათოლოგიების გამოკვლევით და თრომბოემბოლიური რისკის გამოთვლით, CHA₂DS₂-VASc ქულათა სისტემის მეშვეობით. ▪ პაციენტის უწყვეტი მეთვალყურეობა და მონიტორინგი კლინიკურად გამოხატული წინაგულთა ფიბრილაციის განვითარების გამოსავლენად (უპირატესად დისტანციური მონიტორინგის გამოყენებით), წინაგულების მაღალსიხშირული შემთხვევის/სუბკლინიკური მოციმციმე არითმიის ტვირთის მონიტორინგის (განსაკუთრებით, ≥ 24 საათამდე გახანგრძლივებისას) და თანმხლები კლინიკური მდგომარეობების ცვლილებების დადგენა. 	
რეკომენდაციები წინაგულთა ფიბრილაციის ინტეგრირებულ მართვასთან დაკავშირებით	
<p>მოციმციმე არითმიის სპეციფიკური სამკურნალო რეკომენდაციების შესახებ ოპტიმალური გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღებისთვის რეკომენდებულია, რომ ექიმმა:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ მიაწოდოს პაციენტს ინფორმაცია განხილული სამკურნალო ალტერნატივის უპირატესობების/შეზღუდვების და სარგებელი/რისკის შესახებ; ▪ პაციენტთან ერთად განიხილოს მკურნალობასთან დაკავშირებული პოტენციური ტვირთი და მკურნალობის ტვირთის პაციენტისეული აღქმა გაითვალისწინოს დაავადების მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას. 	I C
<p>რეკომენდებულია მკურნალობის გამოსავლების პაციენტისეული აღქმის რუტინული გამოკვლევა, მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებისა და პაციენტზე ზრუნვის გაუმჯობესების მიზნით.</p>	I C
რეკომენდაციები თრომბოემბოლიის პრევენციასთან დაკავშირებით პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით	
<p>პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომლებიც აკმაყოფილებენ პერორალური ანტიკოაგულაციის კრიტერიუმებს, ინსულტის პრევენციის მიზნით, არა-ვიტამინ K-ს ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტები უპირატესია ვიტამინ K-ს ანტაგონისტებთან შედარებით (გამონაკლისია პაციენტები გულის სარქვლის მექანიკური პროთეზით ან საშუალო სიმძიმის/მძიმე მიტრალური სტენოზით).</p>	I A
<p>ინსულტის რისკის შესაფასებლად რეკომენდებულია რისკფაქტორებზე დაფუძნებული მიდგომის გამოყენება, CHA₂DS₂-VASc კლინიკური ინსულტის რისკის ქულათა სისტემის მეშვეობით, რათა თავდაპირველად მოხდეს „ინსულტის დაბალი რისკის“ ჯგუფის პაციენტების იდენტიფიცირება (CHA₂DS₂-VASc ქულა=0 მამაკაცებში, ან 1 ქალებში), რომელთაც არ უნდა შეეთავაზოთ ანტითრომბოზული თერაპია.</p>	I A
<p>პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპია რეკომენდებულია ინსულტის პრევენციისთვის პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, თუ CHA₂DS₂-VASc ქულა ≥ 2 მამაკაცებში, ან ≥ 3 ქალებში.</p>	I A
<p>სისხლდენის რისკის შესაფასებლად, მოციმციმე არითმიით დაავადებულ ყველა პაციენტთან რეკომენდებულია ფორმალური სტრუქტურირებული რისკის შეფასების სისტემის გამოყენება, რათა მოხდეს სისხლდენის რისკის არამოდიფიცირებადი ფაქტორების დადგენა და მოდიფიცირებადი ფაქტორებზე ზემოქმედება, აგრეთვე პაციენტთა გამოვლენა სისხლდენის პოტენციურად მაღალი რისკით, რომელთა მეთვალყურეობაც უნდა დაიგეგმოს უფრო ადრე და მეტი სიხშირით.</p>	I B
<p>ინსულტის და სისხლდენის რისკის პერიოდული გადაფასება რეკომენდებულია მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად (მაგალითად, პერორალური ანტიკოაგულაციის დაწყება პაციენტებში, რომლებიც აღარ იმყოფებიან ინსულტის დაბალი რისკის ჯგუფის კატეგორიაში) და სისხლდენის პოტენციურად მოდიფიცირებადი ფაქტორებზე ზემოქმედების მიზნით.</p>	I B
<p>K-ვიტამინის ანტაგონისტის გამოყენებისას, რეკომენდებულია სამიზნე INR-ის მაჩვენებელი იყოს 2.0 - 3.0, ინდივიდუალური TTR$\geq 70\%$-თან ერთად.</p>	I B
<p>K-ვიტამინის ანტაგონისტით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებში, თუ INR-ის თერაპიული დიაპაზონის დრო დაბალია (მაგ.: TTR$<70\%$), რეკომენდებულია არა-ვიტამინ K-ს ანტაგონისტი</p>	I B

პერორალური ანტიკოაგულანტით მკურნალობაზე გადაყვანა და ამავე დროს, თერაპიაზე კარგი დამყოლობის და ამტანობის უზრუნველყოფა	
იზოლირებულად ანტიაგრეგანტული თერაპია (მონოთერაპია ან ასპირინის და კლოპიდოგრელის კომბინაცია) არ არის რეკომენდებული ინსულტის პრევენციის მიზნით, პაციენტებში მოციმციმე არითმიით.	III A
სისხლდენის სავარაუდო რისკი, პერორალური ანტიკოაგულაციის მიმართ აბსოლუტური უკუჩვენებების არარსებობისას, თავისთავად არ უნდა წარმოადგენდეს ერთადერთ საფუძველს ინსულტის პრევენციის მიზნით ანტიკოაგულაციური პერორალური თერაპიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისთვის.	III A
მოციმციმე არითმიის კლინიკური სურათი (მაგალითად, პირველად გამოვლენილი, პაროქსიზმული, პერსისტული, ხანგრძლივი პერსისტული, პერმანენტული) არ უნდა განაპირობებდეს თრომბოპროფილაქტიკის ჩვენებას.	III B
რეკომენდაციები ინსულტის რისკის მართვასთან დაკავშირებით კარდიოვერსიის დროს	
პაციენტებში, რომელთაც უტარდებათ კარდიოვერსია, არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტები სულ მცირე, ისეთივე ეფექტურობით და უსაფრთხოებით ხასიათდება, როგორც ვარფარინი.	I A
წინაგულთა ფიბრილაციის/წინაგულთა თრთოლვის კარდიოვერსიის შემთხვევაში, ეფექტური ანტიკოაგულაციური მკურნალობა აუცილებელია, სულ მცირე, კარდიოვერსიამდე 3 კვირის განმავლობაში.	I B
ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია რეკომენდებულია კარდიული თრომბის გამორიცხვის მიზნით, პროცედურამდე 3-კვირიანი ანტიკოაგულაციური მკურნალობის ალტერნატივის სახით, როდესაც იგეგმება ადრეული კარდიოვერსია.	I B
პაციენტებში ინსულტის რისკით, რეკომენდებულია პერორალური ანტიკოაგულაციური მკურნალობა გაგრძელდეს კარდიოვერსიის შემდეგ ხანგრძლივად, კარდიოვერსიის მეთოდის, სინუსური რითმის შენარჩუნების თუ მოციმციმე არითმიის „პირველად დიაგნოსტირებული ეპიზოდის“ მიუხედავად.	I B
თუ ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფიით ვლინდება თრომბი, ეფექტური ანტიკოაგულაციური მკურნალობა რეკომენდებულია სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში კარდიოვერსიის პროცედურამდე.	I B
რეკომენდებულია პაციენტს ხაზგასმით განემარტოს არა-K ვიტამინის ანტაგონისტით პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპიისადმი დამყოლობის და რეგულარული მკურნალობის მნიშვნელობა კარდიოვერსიის პროცედურამდე და მის შემდეგ.	I C
რეკომენდაციები ინსულტის რისკის მართვასთან დაკავშირებით კათეტერული აბლაციის დროს	
პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და ინსულტის რისკფაქტორებით, რომლებიც არ ღებულობენ პერორალურ ანტიკოაგულანტებს აბლაციამდე, რეკომენდებულია რომ ინსულტის რისკის მართვა პროცედურამდე მოიცავდეს ანტიკოაგულაციური მკურნალობის დაწყებას, უპირატესად, თერაპიულ ანტიკოაგულაციას, სულ მცირე, აბლაციამდე 3 კვირის განმავლობაში.	I C
პაციენტებში, რომელთაც უტარდებათ წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია, ვარფარინით, დაბიგატრანით, რივაროქსაბანით, აპიქსაბანით ან ედოქსაბანით თერაპიული ანტიკოაგულაციის ფონზე, რეკომენდებულია აბლაციის პროცედურა ჩატარდეს პერორალური ანტიკოაგულაციის შეჩერების გარეშე.	I A
წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაციის შემდეგ რეკომენდებულია: <ul style="list-style-type: none"> ▪ სისტემური ანტიკოაგულაცია არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტებით ან ვარფარინით გაგრძელდეს აბლაციიდან სულ მცირე, 2 თვის განმავლობაში და ▪ 2 თვის შემდეგ გადაწყვეტილება ანტიკოაგულაციის გაგრძელების შესახებ დაეფუძნოს პაციენტის ინსულტის რისკის პროფილს და არა აბლაციის პროცედურის თვალსაჩინო წარმატებას ან წარუმატებლობას. 	I C

რეკომენდაციები პოსტოპერაციულ ანტიკოაგულაციასთან დაკავშირებით მოციმციმე არითმიის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ	
პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის ქირურგიული მკურნალობით და წინაგულის ყურის გათიშვით, ხანგრძლივი პერორალური ანტიკოაგულაცია რეკომენდებულია პირის თრომბოემბოლიური რისკის საფუძველზე, რომელიც ფასდება CHA ₂ DS ₂ -VASc ქულათა სისტემით.	I C
რეკომენდაციები წინაგულთა ფიბრილაციასთან დაკავშირებით პაციენტებში თანმხლები მწვავე კორონარული სინდრომით, ქრონიკული კორონარული დაავადებით ან სტენტირებით	
პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომლებიც აკმაყოფილებენ არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის კრიტერიუმებს, ამ პრეპარატების გამოყენება უპირატესია K ვიტამინის ანტაგონისტებისა და ანტიაგრეგანტული მედიკამენტების კომბინირებულ გამოყენებასთან შედარებით.	I A
პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და მწვავე კორონარული სინდრომით, რომელთაც უტარდებათ გაურთულებელი სტენტირება, ასპირინის ადრეული შეწყვეტა (≤ 1 კვირაში) და პერორალური ანტიკოაგულანტისა და P2Y ₁₂ ინჰიბიტორის (უპირატესად კლოპიდოგრელის) კომბინირებული გამოყენება სულ მცირე, 12 თვის განმავლობაში, რეკომენდებულია თუ სტენტის თრომბოზის რისკი დაბალია, ან თუ სისხლდენის მოსალოდნელი რისკი აღემატება სტენტის თრომბოზის რისკს, მიუხედავად გამოყენებული სტენტის ტიპისა.	I A
პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და მწვავე კორონარული სინდრომით, რომელთაც უტარდებათ გაურთულებელი სტენტირება, ასპირინის ადრეული შეწყვეტა (≤ 1 კვირაში) და პერორალური ანტიკოაგულანტისა და P2Y ₁₂ ინჰიბიტორის (უპირატესად კლოპიდოგრელის) კომბინირებული გამოყენება სულ მცირე, 6 თვის განმავლობაში, რეკომენდებულია თუ სტენტის თრომბოზის რისკი დაბალია, ან თუ სისხლდენის მოსალოდნელი რისკი აღემატება სტენტის თრომბოზის რისკს, მიუხედავად გამოყენებული სტენტის ტიპისა.	I A
რეკომენდაციები პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და მწვავე იშემიური ინსულტით, ინსულტის მეორეულ პრევენციასთან დაკავშირებით	
პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და იშემიური ინსულტით ან ტიშ-ით, რეკომენდებულია ინსულტის ხანგრძლივი მეორეული პრევენცია პერორალური ანტიკოაგულანტით, უპირატესად არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტებით K ვიტამინის ანტაგონისტებთან შედარებით, თუ არ არსებობს პერორალური ანტიკოაგულაციის მიმართ მკაცრი უკუჩვენება და პაციენტი აკმაყოფილებს არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის კრიტერიუმებს.	I A
პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და მწვავე იშემიური ინსულტით, ძალიან ადრეული ანტიკოაგულაცია (<48სთ-ში) არაფრაქციონირებული ჰეპარინით, დაბალმოლეკულური ჰეპარინით ან K ვიტამინის ანტაგონისტებით რეკომენდებული არ არის.	III B
რეკომენდაციები პაციენტებისთვის გულის სარქვლოვანი დაავადებით და მოციმციმე არითმიით	
არა-K ვიტამინის ანტაგონისტები უკუნაჩვენებია პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და გულის სარქვლის მექანიკური პროთეზით.	III B
არა-K ვიტამინის ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტების გამოყენება არ არის რეკომენდებული პაციენტებში საშუალო სიმძიმის ან მძიმე მიტრალური სტენოზით.	III C
რეკომენდაციები წინაგულთა ფიბრილაციის მართვასთან დაკავშირებით ორსულობის დროს	
თერაპიული ანტიკოაგულაცია ჰეპარინით ან K ვიტამინის ანტაგონისტით რეკომენდებულია ორსულ პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით, ორსულობის ვადის გათვალისწინებით.	I C
რეკომენდაციები აქტიური სისხლდენის მართვასთან დაკავშირებით პერორალური ანტიკოაგულაციის ფონზე	
პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით და აქტიური მძიმე სისხლდენით, რეკომენდებულია: <ul style="list-style-type: none"> პერორალური ანტიკოაგულაციის შეწყვეტა სისხლდენის მიზეზის დადგენამდე და აქტიური სისხლდენის შეჩერებამდე და 	I C

<ul style="list-style-type: none"> სპეციფიკური დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ჩარევების სწრაფი განხორციელება, სისხლდენის მიზეზის და წყაროს დადგენისა და მართვის მიზნით. 	
რეკომენდაციები პარკუჭოვანი 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
რეკომენდაციები წინაგულთა ფიბრილაციის მართვასთან დაკავშირებით ორსულობის დროს	
სელექტიური ბეტა-ბლოკერები რეკომენდებულია გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით ორსულ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით.	I C
რეკომენდაციები რითმის კონტროლთან დაკავშირებით	
რიტმის კონტროლის სტრატეგია რეკომენდებულია სიმპტომურ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, სიმპტომების და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.	I A
რეკომენდაციები კარდიოვერსიასთან დაკავშირებით	
ახლად განვითარებული მოციმციმე არითმიის ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიისთვის რეკომენდებულია ი/ვ ვერნაკალანტის (გარდა პაციენტებისა, უახლოეს წარსულში მწვავე კორონარული სინდრომით ან მძიმე გულის უკმარისობით), ფლეკანიდის ან პროპაფენონის გამოყენება.	I A
ინტრავენური ამიოდარონი 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 პერსისტული მოციმციმე არითმიით, რითმის კონტროლის თერაპიის ნაწილის სახით.	I B
მოციმციმე არითმიის ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია ნაჩვენებია მხოლოდ ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტებში, თრომბოემბოლიზმის რისკის გათვალისწინების შემდეგ.	I B
სასწრაფო ელექტრული კარდიოვერსია ნაჩვენებია პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, მწვავე ან გაუარესებადი ჰემოდინამიკური არასტაბილობის პირობებში	I 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
რეკომენდაციები მოციმციმე არითმიის მართვასთან დაკავშირებით ორსულობის დროს	
მოციმციმე არითმიის მქონე ორსულ პაციენტებში ჰემოდინამიკური არასტაბილობით ან ნაადრევი აგზნებადობით, რეკომენდებულია გადაუდებელი ელექტრული კარდიოვერსია.	I C
რიტმის კონტროლი/კათეტერული აბლაცია წინაგულთა ფიბრილაციის დროს	
წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას, რეკომენდებულია გათვალისწინებული იქნას პროცედურის რისკი, პროცედურის შემდეგ მოციმციმე არითმიის რეციდივის მნიშვნელოვანი რისკფაქტორები და აღნიშნულის განხილვა განხორციელდეს პაციენტთან ერთად.	I B
წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია მედიკამენტური თერაპიის წარუმატებლობის შემდეგ	
წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია ფილტვის ვენის იზოლაციით რეკომენდებულია რითმის კონტროლისთვის I ან III კლასის ანტიარითმიული მედიკამენტური	

თერაპიის წარუმატებელი კურსის ან აუტანლობის შემთხვევაში, რათა მოხდეს ფიბრილაციის რეციდივების სიმპტომების გაუმჯობესება პაციენტებში:	
▪ პაროქსიზმული მოციმციმე არითმიით, ან	I A
▪ პერსისტიული მოციმციმე არითმიით, რეციდივის მნიშვნელოვანი რისკფაქტორების გარეშე, ან	I A
▪ პერსისტიული მოციმციმე არითმიით, რეციდივის მნიშვნელოვანი რისკფაქტორებით.	I B
პირველი რიგის თერაპია	
წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაცია რეკომენდებულია მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის უკუგანვითარების მიზნით, როდესაც არსებობს ტაქიკარდიით გამოწვეული კარდიომიოპათიის მაღალი ალბათობა, მიუხედავად სიმპტომების სტატუსისა.	I B
ტექნიკა და ტექნოლოგიები	
წინაგულთა ფიბრილაციის კათეტერული აბლაციის ყველა პროცედურის დროს რეკომენდებულია ფილტვის ვენების სრული ელექტრული იზოლაცია.	I A
ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება და სხვა სტრატეგიები აბლაციის გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით	
მსუქანი პაციენტებისთვის მოციმციმე არითმიით, რეკომენდებულია წონაში დაკლება, განსაკუთრებით, თუ მათ უტარდებათ წინაგულთა ფიბრილაციის აბლაცია.	I B
რითმის კონტროლის სტრატეგიის ნაწილის სახით, რეკომენდებულია რისკფაქტორების მკაცრი კონტროლი და ტრიგერების თავიდან არიდება.	I B
რეკომენდაციები ხანგრძლივ ანტიარითმიულ ფარმაკოლოგიურ მკურნალობასთან დაკავშირებით	
ამიოდარონი რეკომენდებულია რითმის ხანგრძლივი კონტროლისთვის ყველა პაციენტთან მოციმციმე არითმიით, მათ შორის, HFpEF-ით. თუმცა, მისი ექსტრაკარდიული ტოქსიკურობის გათვალისწინებით, სადაც შესაძლებელია, უნდა იქნას განხილული სხვა ანტიარითმიული პრეპარატი.	I A
დრონედარონი რეკომენდებულია რითმის ხანგრძლივი კონტროლისთვის პაციენტებში მოციმციმე არითმიით:	I A
▪ მარცხენა პარკუჭის ნორმალური ან მცირედ დაქვეითებული (მაგრამ სტაბილური) ფუნქციით, ან	
▪ HFpEF-ით, გულის იშემიური ან სარქლოვანი დაავადებით.	
ფლეკანიდი რეკომენდებულია რითმის ხანგრძლივი კონტროლისთვის პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და მარცხენა პარკუჭის ნორმალური ფუნქციით, გულის სტრუქტურული დაავადების გარეშე, მარცხენა პარკუჭის მნიშვნელოვანი ჰიპერტროფიის და მიოკარდიუმის იშემიის ჩათვლით.	I A
პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომელთაც მკურნალობა უტარდებათ სოტალოლით, რეკომენდებულია QT ინტერვალის, შრატში კალიუმის, CrCl-ის და სხვა არითმოგენული რისკფაქტორების მკაცრი მონიტორინგი.	I B
ანტიარითმიული მედიკამენტური თერაპია არ არის რეკომენდებული პაციენტებში პერმანენტული მოციმციმე არითმიით, ვისთანაც მიღწეულია სინშირის კონტროლი და პაციენტებში მკვეთრად გამოხატული გამტარებლობის დარღვევებით, თუ არ ტარდება ბრადიკარდიის საწინააღმდეგო კარდიოსტიმულაცია.	III C
ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება, რისკფაქტორებისა და თანმხლები დაავადებების მართვა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით	
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

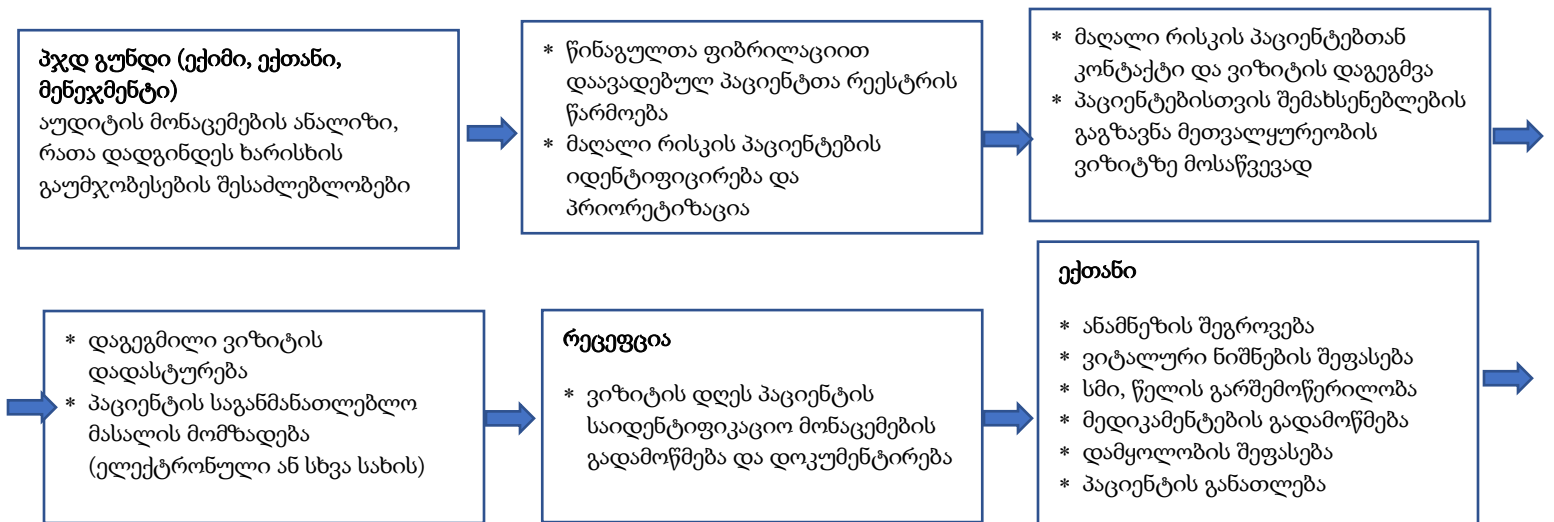
პაციენტებში ჰიპერტენზიით რეკომენდებულია მოციმციმე არითმიის ოპორტუნისტული სკრინინგი.	I B
პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და ჰიპერტენზიით, რეკომენდებულია განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს არტერიული წნევის კონტროლს, წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივების, ინსულტისა და სისხლდენის რისკის შემცირების მიზნით.	I B
სპორტული აქტივობა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით	
რეკომენდებულია სპორტსმენებს ჩაუტარდეთ კონსულტირება იმასთან დაკავშირებით, რომ ხანგრძლივ ინტენსიურ სპორტულ დატვირთვებს შეუძლიათ მოახდინონ მოციმციმე არითმიის პროვოცირება, მაშინ როცა ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა რეკომენდებულია წინაგულთა ფიბრილაციის პრევენციის მიზნით.	I B
რეკომენდაციები პოსტოპერაციულ წინაგულთა ფიბრილაციასთან დაკავშირებით	
გულზე ჩატარებული ქირურგიული ჩარევისას, რეკომენდებულია პერი-ოპერაციულად ამიოდარონის ან ბეტა-ბლოკერის გამოყენება, პოსტოპერაციული მოციმციმე არითმიის პრევენციის მიზნით.	I A
ბეტა ბლოკერების რუტინული გამოყენება არ უნდა მოხდეს პოსტოპერაციული მოციმციმე არითმიის პრევენციის მიზნით პაციენტებში, რომელთაც ქირურგიული ჩარევა უტარდებათ არაკარდიული მიზეზების გამო.	III B
სქესთან დაკავშირებული განსხვავებები პაციენტებში მოციმციმე არითმიით	
რეკომენდებულია, რათა ქალებს და მამაკაცებს წინაგულთა ფიბრილაციით, თანაბრად შესთავაზონ დიაგნოსტიკური შეფასება და მკურნალობა, ინსულტისა და მოციმციმე არითმიასთან დაკავშირებული სხვა გართულებების პრევენციის მიზნით.	I A

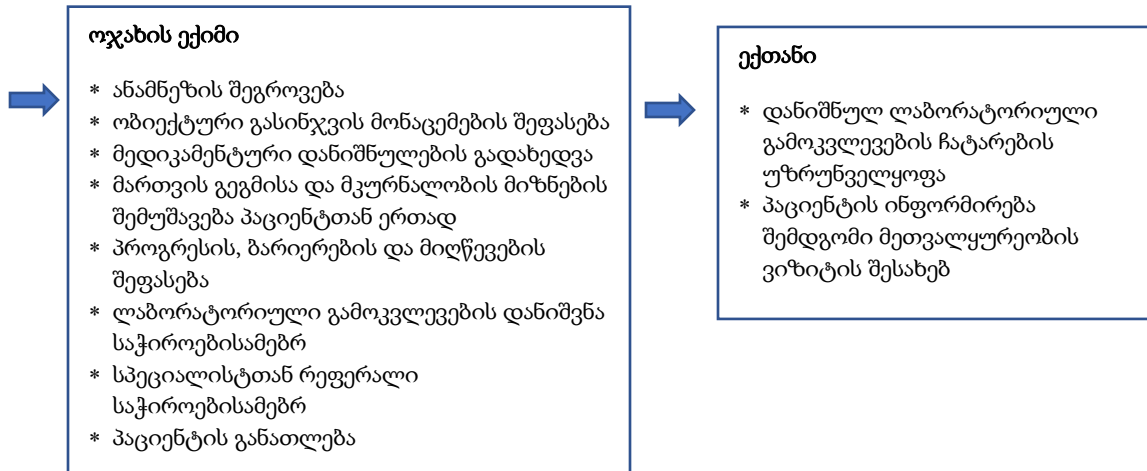
დანართი N1. პჯდ გუნდის წევრების ფუნქციების გადანაწილება წინაგულთა ფიბრილაციის მართვაში

საქმიანობა/ფუნქცია	ოჯახის ექიმი	ზ/პრაქტიკის ექთანი	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 ₂ DS ₂ -VASc ქულათა სისტემის	√		√	

საქმიანობა/ფუნქცია	ოჯახის ექიმი	ზ/პრაქტიკის ექთანი	სპეციალისტი (კარდიოლოგი, არითმოლოგი და ა. შ.)	დამხმარე პერსონალი (რეცეფცია, ადმინისტრაცია და სხვა)
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





პროტოკოლში გამოყენებული ცხრილები

ცხრილი 3. სიმპტომების EHRA შკალა

ქულა	სიმპტომები	აღწერა
1	არ არის	მა არ იწვევს რაიმე სიმპტომს
2a	მსუბუქი	ნორმალური ყოველდღიური აქტივობა, რომელზეც არ მოქმედებს მა-ის სიმპტომები
2b	საშუალო სიმძიმის	ნორმალური ყოველდღიური აქტივობა, რომელზეც არ მოქმედებს მა-ის სიმპტომები, მაგრამ პაციენტი შეწყუბებულია მათ გამო
3	მძიმე	მოციმციმე არითმიის სიმპტომები მოქმედებს ყოველდღიურ აქტივობაზე
4	დამაინვალიდებელი	იწვევს ნორმალური ყოველდღიური აქტივობის შეწყვეტას

ექვსი სიმპტომი: გულის ფრიალი, დაღლილობა, თავბრუსხვევა, ქოშინი, ტკივილი გულმკერდის არეში და მა-ით გამოწვეული შფოთვა, ფასდება ყოველდღიურ აქტივობაზე ზემოქმედების ხარისხის მიხედვით, რომლის დიაპაზონიც ცვალებადობს სიმპტომების არარსებობიდან, ისეთი სიხშირის და სიმძიმის სიმპტომებამდე, რომლებიც იწვევს ყოველდღიური აქტივობის შეწყვეტას.

მკურნალობის ეფექტის, სიცოცხლის ხარისხისა და სიმპტომების შესაფასებელი კითხვარი უნდა იყოს მგრძობიარე წინაგულთა ფიბრილაციის სიმძიმის ცვლილების მიმართ. სიმპტომების EHRA შკალა წარმოადგენს ექიმისთვის განკუთვნილ ინსტრუმენტს მა-სთან დაკავშირებული სიმპტომების რაოდენობრივი შეფასებისთვის, რომელიც გამოიყენება მოციმციმე არითმიის სიმპტომებზე დაფუძნებული მკურნალობის გადაწყვეტილების მისაღებად. აღნიშნული შკალის მაღალი ქულა (3-4) დაკავშირებულია მეტ არასასურველ გამოსავლთან, ვიდრე შედარებით დაბალი (1-2) ქულა. თუმცა, ეს ინსტრუმენტი არ ითვალისწინებს ისეთ პარამეტრებს, როგორცაა შფოთვა, მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები, რომლებიც ფასდება სიცოცხლის ხარისხის ზოგადი კითხვარებით ან პაციენტის გამოკითხვებით. იმის გამო, რომ ხშირია განსხვავება პაციენტის მიერ მოხსენებულ და ექიმის მიერ შეფასებულ გამოსავლებს შორის, მოციმციმე არითმიასთან დაკავშირებული მკურნალობის გადაწყვეტილება, ასევე, უნდა ეყრდნობოდეს პაციენტის მიერ სიმპტომების რაოდენობრივ აღქმას. თუმცა, აუცილებელია შემდგომი კვლევები, ამ ინფორმაციის შესაგროვებელი ოპტიმალური ინსტრუმენტების განსაზღვრის მიზნით.

ცხრილი 4. CHA₂DS₂-VAsc კალკულატორი

CHA ₂ DS ₂ -VAsc ქულათა სისტემა რისკფაქტორები და განმარტება	ქულა	შენიშვნა
C გულის შეგუბებითი უკმარისობა კლინიკური გუ, ან მარცხენა პარკუჭის ზომიერი ან მძიმე დისფუნქციის, ან ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის ობიექტური მტკიცებულება	1	დეკომპენსირებული გუ უახლოეს წარსულში, მიუხედავად LVEF-ისა (HF _r EF ან HF _p EF-ის ჩათვლით), ან მარცხენა პარკუჭის საშუალო სიმძიმის-მძიმე სისტოლური დისფუნქციის მტკიცებულება გულის გამოსახვით კვლევაზე (სიმპტომების არარსებობის შემთხვევაშიც კი); ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია ზრდის ინსულტის რისკს და ორალური ანტიკოაგულაცია სასარგებლოა ინსულტის რისკის შემცირების მიზნით.

H	ჰიპერტენზია ან ანტიჰიპერტენზიული თერაპია	1	ანამნეზში ჰიპერტენზია იწვევს სისხლძარღვთა ცვლილებებს, რაც განაპირობებს ინსულტის რისკის მატებას, ხოლო ამჟამად კონტროლირებული ჰიპერტენზია შეიძლება არ იყოს კონტროლირებული დროთა განმავლობაში. არტერიული წნევის ოპტიმალური სამიზნე, რომელიც ასოცირებულია იშემიური ინსულტის, სიკვდილიანობის და სხვა კარდიოვასკულური გამოსავლების უმდაბლეს რისკთან, არის 120 - 129/<80 მმ ვწყ სვ
A	ასაკი ≥ 75 წელზე	2	ასაკი ინსულტის რისკის მნიშვნელოვანი ფაქტორია და 65 წელს ზევით რისკი მატულობს. ასაკთან დაკავშირებული რისკი უწყვეტია, მაგრამ სიმარტივისთვის 65 - 74 წლის ასაკობრივ ჯგუფს ენიჭება 1 ქულა, ხოლო ≥ 75 წლის ასაკობრივ ჯგუფს - 2 ქულა.
D	შაქრიანი დიაბეტი პერორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტებით და/ან ინსულინით მკურნალობა ან უზმოდ სისხლში გლუკოზა >125 მგ/დლ (7 მმოლ/ლ)	1	შაქრიანი დიაბეტი ინსულტის კარგად ცნობილი რისკფაქტორია; ამავე დროს, რისკი მატულობს დიაბეტის ხანგრძლივობის ზრდასთან და სამიზნე ორგანოების დაზიანების, მაგალითად რეტინოპათიის არსებობასთან ერთად. როგორც შდტ1, ისე შდტ2 დაკავშირებულია ინსულტის თანაბარ რისკთან, თუმცა რისკი შეიძლება უმნიშვნელოდ მომატებული იყოს <65 წლის პაციენტებში შდტ2-ით, შდტ1-ით დაავადებულ პაციენტებთან შედარებით.
S	ინსულტი ანამნეზში ინსულტი, ტიშ ან თრომბოემბოლიზმი	2	ანამნეზში ინსულტი, სისტემური ემბოლიზმი, ან ტიშ იშემიური ინსულტის განსაკუთრებით მაღალ რისკს უკავშირდება და ამდენად, ფასდება 2 ქულით. მოციმციმე არითმიით დაავადებული პაციენტები ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევით (ჰემორაგიული ინსულტის ჩათვლით), შემდგომი იშემიური ინსულტის განვითარების ძალიან მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან და უახლესი დაკვირვებითი კვლევების საფუძველზე სავარაუდოა, რომ ამ პაციენტებისთვის პერორალური ანტიკოაგულაცია სასარგებლო უნდა იყოს.
V	სისხლძარღვოვანი დაავადება ანგიოგრაფიულად მნიშვნელოვანი კად, ანამნეზში მიოკარდიუმის ინფარქტი, პად ან აორტის ათეროსკლეროზული ფოლაქი	1	სისხლძარღვოვანი დაავადება (პად ან მიოკარდიუმის ინფარქტი) 17 - 22%-ით ზრდის რისკს, განსაკუთრებით აზიური წარმოშობის პირებში. პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, ანგიოგრაფიულად მნიშვნელოვანი კად ასევე იშემიური ინსულტის დამოუკიდებელი რისკფაქტორია. კომპლექსური ათეროსკლეროზული ფოლაქი დასწვრივ აორტაზე, როგორც მნიშვნელოვანი სისხლძარღვოვანი დაავადების ინდიკატორი, აგრეთვე წარმოადგენს იშემიური ინსულტის მძლავრ რისკფაქტორს.
A	ასაკი 65-74 წელი	1	იხილეთ ზემოთ. აზიური წარმომავლობის პირებზე ჩატარებული უახლესი კვლევის მონაცემების საფუძველზე სავარაუდოა, რომ ინსულტის რისკის მატება შეიძლება დაიწყოს 50 - 55 წლიდან და ამდენად, ამ პოპულაციაში საჭირო გახდეს მოდიფიცირებული CHA ₂ DS ₂ -VASc კალკულატორის გამოყენება.
Sc	სქესის კატეგორია (მდედრობითი)	1	ინსულტის რისკის მოდიფიკატორი და არა რისკფაქტორი
	მაქსიმალური ქულა	9	

ცხრილი 5. სისხლდენის რისკფაქტორები პერორალური ანტიკოაგულაციური და ანტიაგრეგანტული თერაპიის დროს

არამოდიფიცირებადი	პოტენციურად მოდიფიცირებადი	მოდიფიცირებადი	ბიომარკერები
<ul style="list-style-type: none"> ასაკი >65 წელზე წარსულში მნიშვნელოვანი სისხლდენა თირკმლის მძიმე დაავადება (დიალიზი ან თირკმლის ტრანსპლანტაცია) ღვიძლის მძიმე დისფუნქცია (ციროზი) ავთვისებიანი სიმსივნე გენეტიკური ფაქტორები (მაგ.: CYP 2C9 პოლიმორფიზმი) ანამნეზში ინსულტი, მცირე სისხლძარღვების დაავადება და ა.შ. შაქრიანი დიაბეტი კოგნიტური დარღვევა/დემენცია 	<ul style="list-style-type: none"> უკიდურის დაუძლურება ± დაცემის მომატებული რისკი (a) ანემია თრომბოციტების შემცირებული რაოდენობა ან დაქვეითებული ფუნქცია თირკმლის დაავადება, თუ CrCl <60 მლ/წთ ვკა მართვის სტრატეგია (b) 	<ul style="list-style-type: none"> ჰიპერტენზია/მომატებული საწ პარალელურად ასაპ/ანტიაგრეგანტების მიღება ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება ოაკ-ის მიმართ დამყოლობის არარსებობა საფრთხის შემცველი ჰობი/სამუშაო ჰეპარინით ე.წ. „ბრიჯინგ“-თერაპია INR-ის კონტროლი (სამიზნე 2.0 - 3.0), სამიზნე TTR >70% (c) ოაკ-ის ადეკვატური შერჩევა და სწორი დოზირება (d) 	<ul style="list-style-type: none"> GDF-15 ცისტატინ C/CKD-EPI cTnT-hs ფონ ვილბრანდის ფაქტორი (+ კოაგულაციის სხვა მარკერები)

CKD-EPI= Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (თირკმლის ქრონიკული დაავადების ეპიდემიოლოგიის კოლაბორაცია); CrCl = კრეატინინის კლირენსი; cTnT-hs = მაღალმგრძობიარე ტროპონინი T; CYP = ციტოქრომ P; GDF-15 = growth differentiation factor-15 (ზრდის დიფერენციალური ფაქტორი-15); INR = საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდება; ასაპ = ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები; ოაკ = პერორალური ანტიკოაგულანტი; საწ = სისტოლური არტერიული წნევა; TTR =time in therapeutic range (თერაპიული დიაპაზონის დრო); ვკა = K ვიტამინის ანტაგონისტი.

- (a) სიარულში დამხმარე საშუალებები; ადეკვატური ფეხსაცმელი; ბინის პირობების შეფასება სიარულისთვის საფრთხეების მოსაცილებლად; საჭიროებისას ნევროლოგიური შეფასება
- (b) INR-ის მონიტორინგის ინტენსივობის გაზრდა, პერორალურ ანტიკოაგულაციაზე სპეციალისტის კონსულტაცია, თვითმონიტორინგი/თვითმართვა, საგანმანათლებლო/ქვევითი ჩარევები.
- (c) პაციენტებისთვის, რომლებიც იტარებენ მკურნალობას K ვიტამინის ანტაგონისტებით.
- (d) დოზის კორექცია პაციენტის ასაკის, სხეულის წონის და შრატში კრეატინინის დონის მიხედვით.

ცხრილი 6. სისხლდენის რისკის შეფასების HAS-BLED ქულათა სისტემის კრიტიკული რისკფაქტორები

რიკფაქტორები და განმარტება	ქულა
H არაკონტროლირებული ჰიპერტენზია საწ >160 მმ ვწყ სვ	1
A თირკმლის და/ან ღვიძლის ფუნქციების დარღვევა დიალიზი, ტრანსპლანტაცია, შრატში კრეატინინი >200 მმოლ/ლ, ციროზი, ბილირუბინი ≥ 2-ჯერ ნორმის ზედა ზღვარზე, AST/ALT/ALP >3-ჯერ ნორმის ზედა ზღვარზე	1 ქულა თითოეულზე
S ინსულტი გადატანილი იშემიური ან ჰემორაგიული (a) ინსულტი	1
B სისხლდენის ანამნეზი ან სისხლდენისკენ მიდრეკილება გადატანილი მნიშვნელოვანი ჰემორაგია ან ანემია ან მძიმე თრომბოციტოპენია	1
L ლაბილური INR (b) TTR <60% პაციენტებში, რომლებიც დებულობენ K ვიტამინის ანტაგონისტებს	1
E ხანდაზმული ასაკი ასაკი >65 წელზე ან უკიდურესი დაუძლურება	1
D მედიკამენტების ან ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება ანტიაგრეგანტების ან ასაპ-ის პარალელური გამოყენება; და/ან ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება (c) კვირის განმავლობაში	1 ქულა თითოეულზე
მაქსიმალური ქულა	9

ALP = ტუტე ფოსფატაზა; **ALT** = ალანიამინოტრანსფერაზა; **AST** = ასპარტამინოტრანსფერაზა; **საწ** = სისტოლური არტერიული წნევა; **INR** = საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდება; ასაპ = ანთების საწინააღმდეგო არას; **TTR** = თერაპიული დიაპაზონის დრო.

(a) ჰემორაგიულ ინსულტს 1 ქულა დამატებით ენიჭება „B“ კრიტერიუმშიც.

(b) გამოიყენება მხოლოდ მაშინ, როცა პაციენტი მკურნალობას იტარებს K ვიტამინის ანტაგონისტებით.

(c) ალკოჰოლის ჭარბად ან საზიანოდ მოხმარებად მიიჩნევა გადაჭარბებული დაღვევა (მაგ. >14 ერთეულზე კვირაში)², სადაც კლინიცისტის შეფასებით არსებობს ჯანმრთელობასა ან სისხლდენის რისკზე არასასურველი ზემოქმედების რისკი.

ცხრილი 7. არა-ვიტამინ K-ს ანტაგონისტი პერორალური ანტიკოაგულანტების დოზის შერჩევის კრიტერიუმები

	დაბიგატრანი	რივაროქსაზანი	აპიქსაზანი	ედოქსაზანი
სტანდარტული დოზა	150მგ დღეში ორჯერ	20მგ ერთხელ დღეში	5მგ დღეში ორჯერ	60მგ დღეში ორჯერ
დაბალი დოზა	110მგ დღეში ორჯერ			
შემცირებული დოზა		15მგ ერთხელ დღეში	2.5მგ დღეში ორჯერ	30მგ დღეში ორჯერ
დოზის შემცირების კრიტერიუმები	დაბიგატრანი 110მგ დღეში ორჯერ შემდეგ პაციენტებში: <ul style="list-style-type: none"> ასაკი≥80 წელზე ერთდროულად ვერაპამილის გამოყენება სისხლდენის მომატებული რისკი 	CrCl 15 – 49 მლ/წთ	სულ მცირე, 2 ან 3 კრიტერიუმი ჩამოთვლილიდან: <ul style="list-style-type: none"> ასაკი≥80 წელზე წონა ≤60კგ ან შრატში კრეატინინი ≥1.5მგ/დლ (133მკმოლ/ლ) 	ჩამოთვლილიდან რომელიმე: <ul style="list-style-type: none"> CrCl 15 – 50 მლ/წთ, წონა ≤60კგ, ერთდროულად დრონედარონის, ციკლოსპორინის, ერთრომიცინის ან კეტოკონაზოლის გამოყენება

ცხრილი 8. მედიკამენტები სიხშირის კონტროლისთვის წინაგულთა ფიბრილაციის დროს (a)

ინტრავენური შეყვანა		რეგულარული პერორალური შემანარჩუნებელი დოზა	უკუჩვენება
ბეტა-ბლოკერები (b)			
მეტოპროლოლ ტარტრატი	2.5 - 5 მგ ი/ვ ბოლუსით; 4 დოზამდე	25 - 100 მგ დღეში ორჯერ.	ასთმის შემთხვევაში გამოიყენებთ ბეტა-1 ბლოკერები უკუნაჩვენებია გულის მწვავე უკმარისობისა და ანამნეზში მძიმე ბრონქოსპაზმის შემთხვევაში
მეტოპროლოლ XL სუქცინატი	N/A	50 - 400 მგ დღეში ერთხელ	
ბისოპროლოლი	N/A	1.25 - 20 მგ დღეში ერთხელ	
ატენოლოლი (c)	N/A	25 - 100 მგ დღეში ერთხელ	
ესმოლოლი	500 მგ/კგ ი/ვ ბოლუსით 1 წთ-ის მანძილზე; შემდეგ 50 - 300 მგ/კგ/წთ	N/A	
ლანდიოლოლი	100 მგ/კგ ი/ვ ბოლუსით 1 წთ-ის მანძილზე; შემდეგ 10 - 40 მგ/კგ/წთ; პაციენტებში გულის დისფუნქციით: 1 - 10 მგ/კგ/წთ	N/A	
ნებივოლოლი	N/A	2.5 - 10 მგ დღეში ერთხელ	
კარვედილოლი	N/A	3.125 - 50 მგ დღეში ორჯერ	
არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერები			
ვერაპამილი	2.5 - 10 მგ ი/ვ ბოლუსით 5 წთ-ის მანძილზე	40 მგ-დან დღეში ორჯერ 480 მგ-მდე (ხანგრძლივი	უკუნაჩვენებია HFrEF-ის დროს

² ალკოჰოლის 1 ერთეული ექვივალენტურია 25მლ 40%-იანი სპირტიანი სასმელის

		გამოთავისუფლების) დღეში ერთხელ	საჭიროა დოზის ადაპტირება ღვიძლის და თირკმლის ფუნქციების დარღვევისას
დილითაზემი	0.25 მგ/კგ ი/ვ ბოლუსით 5 წთ-ის მანძილზე, შემდეგ 5 - 15 მგ/სთ	60 მგ-დან დღეში სამჯერ 360 მგ-მდე (ხანგრძლივი გამოთავისუფლების) დღეში ერთხელ	
საგულე გლიკოზიდები			
დიგოქსინი	0.5 მგ ი/ვ ბოლუსით (0.75 - 1.5 მგ 24 საათის განმავლობაში დანაწევრებულ დოზებად)	0.0625 - 0.25 მგ დღეში ერთხელ	პლაზმაში მაღალი კონცენტრაცია ასოცირებულია სიკვდილიანობის მატებასთან დანიშნულზე აუცილებელია თირკმლის ფუნქციის განსაზღვრა და დოზის ადაპტირება პაციენტებში თქვით
დიგიტოქსინი	0.4 - 0.6 მგ	0.05 - 0.1 მგ დღეში ერთხელ	პლაზმაში მაღალი კონცენტრაცია ასოცირებულია სიკვდილიანობის მატებასთან
სხვა მედიკამენტები			
ამიოდარონი	300 მგ ი/ვ გახსნილი 250 მლ 5%-იან დექსტროზაში, 30-60 წთ-ის მანძილზე (უპირატესია ცენტრალური ვენური კანულის მეშვეობით), შემდეგ 900 - 1200 მგ ი/ვ 24 საათში, გახსნილი 500 - 1000 მლ-ში, ცენტრალური ვენური კანულის საშუალებით	დღეში 3X200 მგ 4 კვირიანი დამტვირთავი მკურნალობის დანიშნვის შემდეგ 200 მგ დღეში ერთხელ, (d) (საჭიროა სიხშირის მაკონტროლებელი სხვა მედიკამენტების დოზის შემცირება, გულისცემის სიხშირის მიხედვით)	ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების შემთხვევაში გამოიყენება მხოლოდ მაშინ, როდესაც სხვა ალტერნატივა არ არსებობს

თქვ-თირკმლის ქრონიკული დაავადება; HFrEF = გულის უკმარისობა შემცირებული განდევნის ფრაქციით; ი/ვ = ინტრავენური; N/A = არ არის ხელმისაწვდომი.

- (a) სიხშირის მაკონტროლებელი ყველა მედიკამენტი, ასევე ი/ვ ამიოდარონი უკუნაჩვენებია ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომის დროს
- (b) არსებობს სხვა ბეტა-ბლოკერებიც, მაგრამ ისინი არ არის რეკომენდებული სიხშირის სპეციფიკური კონტროლის მიზნით პაციენტებში მოციმციმე არითმიით და ამდენად, არ არის მოხსენიებული ცხრილში (მაგალითად, პროპრანოლოლი და ლაბეტალოლი).
- (c) ატენოლოლთან დაკავშირებით მონაცემები არ მოიპოვება. არ უნდა იქნას გამოყენებული პაციენტებში HFrEF-ით.
- (d) დატვირთვის სქემა შეიძლება ცვალებადობდეს; აუცილებელია ი/ვ დოზის გათვალისწინება, ჯამური დატვირთვის გაანგარიშების დროს.

ცხრილი 9. მეთვალყურეობის მიზნები წინაგულთა ფიბრილაციის კარდიოვერსიის შემდეგ

მიზნები
წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივის ადრეული ამოცნობა კარდიოვერსიის შემდეგ ეკვ-გადაღებით
რიტმის კონტროლის ეფექტურობის შეფასება სიმპტომების საფუძველზე
პროარითმიის რისკის მონიტორინგი PR, QRS, და QT ინტერვალების რეგულარული შემოწმებით, პაციენტებში I ან III კლასის ანტიარითმიულ მედიკამენტურ მკურნალობაზე
ბალანსის შეფასება სიმპტომებსა და თერაპიის გვერდით ეფექტებს შორის, სიცოცხლის ხარისხისა და სიმპტომების გათვალისწინებით.
წინაგულთა ფიბრილაციასთან დაკავშირებული ავადობისა და ანტიარითმიული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შეფასება თანამხლებ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებსა და მარცხენა პარკუჭის ფუნქციასთან მიმართებაში.
სინუსური რიტმის შენარჩუნებისთვის პირობების ოპტიმიზაცია, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის მართვის ჩათვლით (აწ კონტროლი, გულის უკმარისობის მკურნალობა, კარდიო-რესპირაციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და ა. შ.)

ცხრილი 10. ძირითადი საკითხები წინაგულთა ფიბრილაციის კატეტერული აბლაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტებზე	
გართულებების ამოცნობა და მართვა	
<ul style="list-style-type: none"> პაციენტს უნდა მიეწოდოს სრულყოფილი ინფორმაცია აბლაციასთან დაკავშირებული იშვიათი, მაგრამ პოტენციურად საშიში გართულებების სიმპტომებსა და ნიშნებზე, რომლებიც შეიძლება განვითარდეს ჰოსპიტლიდან გაწერის შემდეგ (მაგ.: წინაგულ-საყლაპავის ფისტულა, ფილტვის ვენის სტენოზი) 	
მონიტორინგი:	
<p>სასარგებლოა პროცედურის წარმატების შეფასებისა და სიმპტომების სტატუსის გულის რითმთან კორელაციის დასადგენად; რეციდივი აბლაციის შემდეგ 1 თვეში, ზოგადად მოგვიანებითი რეციდივების პროგნოზული მაჩვენებელია, თუმცა მორეციდივე სიმპტომები შეიძლება უკავშირდებოდეს ექტოპიურ რითმს ან სხვა არამდგრად არითმიას. აღწერილია ასიმპტომური წინაგულთა ფიბრილაცია აბლაციის შემდეგ.</p> <p>მონიტორინგი შესაძლებელია განხორციელდეს ელექტროკარდიოგრაფიით, ჰოლტერით, წებვადი ჩამწერებით, გარეგანი ან იმპლანტირებადი რითმის ჩამწერით ან სმარტფონის მონიტორით (თუმცა, ეს უკანასკნელი არ არის ვალიდური ამ მიზნით გამოყენებისთვის). პირველი მეთვალყურეობა უნდა განხორციელდეს სულ მცირე, აბლაციიდან 3 თვეში, ხოლო შემდეგ ყოველწლიურად.</p>	
ანტიარითმიული მედიკამენტების მართვა და წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივების მკურნალობა	
<p>a. ანტიარითმიული მედიკამენტური მკურნალობის გაგრძელებით 6 კვირიდან 3 თვემდე, შესაძლებელია წინაგულთა ფიბრილაციის ადრეული რეციდივების, რეჰოსპიტალიზაციისა და კარდიოვერსიის სიხშირის შემცირება ამ პერიოდის განმავლობაში. კლინიკური პრაქტიკა ანტიარითმიულ მედიკამენტურ მკურნალობასთან დაკავშირებით აბლაციის შემდეგ, განსხვავებულია და მტკიცებულებები ამგვარი მკურნალობის რუტინული საჭიროების შესახებ არათანმიმდევრულია.</p> <p>b. შესაბამისად, ანტიარითმიული მედიკამენტური მკურნალობა შესაძლებელია გადაიდოს, შეწყდეს ან გაგრძელდეს, სიმპტომებისა და რითმის სტატუსის საფუძველზე.</p>	
ანტიკოაგულაციური თერაპიის მართვა	
<p>a. ზოგადად, პერორალური ანტიკოაგულაციური თერაპია გრძელდება აბლაციის შემდეგ 2 თვის მანძილზე ყველა პაციენტთან. ამ პერიოდის შემდეგ, გადაწყვეტილება პერორალური ანტიკოაგულაციის გაგრძელების შესახებ, ძირითადად მიიღება CHA₂DS₂-VASc ქულათა სისტემით ინსულტის რისკფაქტორების არსებობის და არა რითმის სტატუსის საფუძველზე.</p>	

ცხრილი 11. არა-ანტიარითმიული მედიკამენტები არითმიის საწინააღმდეგო თვისებებით

მედიკამენტი	შენიშვნა
აფგ-ინჰიბიტორები, არბ	<p>წინაგულთა ფიბრილაციის დროს გააქტიურებული რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემა მოქმედებს ე.წ. მზარდი რეგულაციის პრინციპით. პრეკლინიკურ კვლევებში აფგ-ი და არბ დამამიძღვრებელ შედეგებს აჩვენებენ მოციმციმე არითმიის პრევენციის კუთხით.</p> <p>იმ კვლევებში, სადაც მოციმციმე არითმია წარმოადგენდა მეორეულ საბოლოო წერტილს, აფგ-ი/არბ ხასიათდებოდა ახლად განვითარებული წინაგულთა ფიბრილაციის პრევენციის შესაძლებლობით პაციენტებში მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიით ან ჰიპერტენზიით.</p> <p>საწყისი მკურნალობის სახით, როგორც ჩანს აფგ-ი და არბ უპირატესია სხვა ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებთან შედარებით, თუმცა არბ არ ამცირებს წინაგულთა ფიბრილაციის ტვირთს პაციენტებში გულის სტრუქტურული დაზიანების გარეშე. აფგ-ი ან არბ-ს როლი კარდიოვერსიის შემდგომ მოციმციმე არითმიის პრევენციის კუთხით დადასტურებული არ არის.</p>
მინერალ კორტიკოიდების რეცეპტორების ანტაგონისტები (მრა)	<p>ალდოსტერონი ასრულებს გარკვეულ როლს მოციმციმე არითმიის ინდუცირებასა და შენარჩუნებაში. რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების შედეგებმა აჩვენა, რომ მრა ამცირებს ახლად განვითარებული მოციმციმე არითმიის სიხშირეს პაციენტებში HFpEF-ით, სხვა კარდიოვასკულური გამოსავლების გაუმჯობესების პარალელურად.</p> <p>უახლეს კვლევებში მრა-ს დადებითი ეფექტი დადგინდა პაციენტებში HFpEF-ითაც, მოციმციმე არითმიის საწყისი სტატუსის მიუხედავად. იმის გამო, რომ მოციმციმე არითმია გულის უკმარისობით დაავადებულ პაციენტებში უკმარისობის სიმძიმის მარკერია, მრა-ს ანტიარითმიული ეფექტი განპირობებულია არაპირდაპირი მოქმედებით, გულის უკმარისობის სტატუსის გაუმჯობესების ხარჯზე. უახლეს მეტა-ანალიზში დადგინდა, რომ</p>

	მრა მნიშვნელოვნად ამცირებს ახლად განვითარებული და მორეციდივე მოციმციმე არითმიის, მაგრამ არა პოსტოპერაციული წინაგულთა ფიბრილაციის სიხშირეს.
ბეტა-ბლოკერები	რამდენიმე მცირე კვლევაში გამოვლინდა წინაგულთა ფიბრილაციის რეციდივების ნაკლები სიხშირე ბეტა-ბლოკერების ფონზე, რომლის ეფექტურობაც შედარებადია სოტალოლთან. თუმცა, მტკიცებულებების უმრავლესობა არ მეტყველებს ბეტა-ბლოკერების მნიშვნელოვან როლზე მოციმციმე არითმიის პრევენციაში. გამოხატული სასარგებლო ეფექტი შეიძლება წარმოადგენდეს კლინიკურად მანიფესტირებული წინაგულთა ფიბრილაციის „ჩუმ“ არითმიაში ტრანსფორმაციის შედეგს, რასაც ადგილი აქვს ბეტა-ბლოკერებით სიხშირის კონტროლის ფონზე..
სტატინები	სტატინები „აღმავალი თერაპიის“ მიმზიდველი კანდიდატებია, რადგანაც ანთების როლი კარგად არის შესწავლილი მოციმციმე არითმიის დროს. პაციენტთა სპეციფიკური ჯგუფები, რომელთა შემთხვევაშიც სტატინებს შეუძლიათ რემოდელირების უკუგანვითარება, ჯერ არ არის დადგენილი, თუმცა CARAF კვლევის შედეგების საფუძველზე სავარაუდოა, რომ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რომლებიც უკვე იმყოფებიან ბეტა-ბლოკერებით თერაპიაზე, შეიძლება სასარგებლო იყოს სტატინებით მკურნალობა. პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავების გამოყენებამ არ აჩვენა სარგებელი მოციმციმე არითმიის პრევენციის კუთხით.

ცხრილი 12. ანტიარითმიული მედიკამენტები სინსური რითმის აღდგენისთვის (ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსია)					
მედიკამენტი	მიღების გზა	საწყისი დოზა კარდიოვერსიისთვის	შემდგომი დოზირება კარდიოვერსიისთვის	სწრაფი წარმატების სიხშირე და სინუსური რითმის აღდგენის მოსალოდნელი დრო	უკუჩვენება/სიფრთხილის ზომები/შენიშვნა
ფლეკანიდი (a)	პერორალური (b) ი/ვ	200-300მგ 2მგ/კგ 10 წთ-ის განმავლობაში	-	მთლიანობაში 59-78% (51% 3სთ-ში, 72% 8 სთ-ში)	<ul style="list-style-type: none"> არ უნდა იქნას გამოყენებული გულის იშემიური დაავადების და გულის მნიშვნელოვანი სტრუქტურული დაავადების დროს შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოტენზია, წინაგულთა თრთოლვა 1:1 გატარებით (პაციენტთა 3.5 - 5.0%-ში) ფლეკანიდი შეიძლება გამოიწვიოს QRS კომპლექსის მცირედი გაფართოება არ გამოიყენეთ ფარმაკოლოგიური კარდიოვერსიისთვის წინაგულთა თრთოლვის დროს
პროპაფენონი (a)	პერორალური (b) ი/ვ	450-600მგ 1.5-2მგ/კგ 10წთ-ის განმავლობაში	-	პერორალური: 45-55% 3სთ-ში, 69-78% 8სთ-ში; ი/ვ.: 43-89% 6სთ-ში	<ul style="list-style-type: none"> არ უნდა იქნას გამოყენებული პაციენტებში ჰიპოტენზიით (საწ <100 მმ ვწყ სვ), მწვავე კორონარული სინდრომით ზოლო 1 თვეში, NYHA III ან IV გუ-ით, გახანგრძლივებული QT ინტერვალთ, ან აორტის მძიმე სტენოზით შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოტენზია, QT გახანგრძლივება, QRS კომპლექსის გაფართოება, ან არამდგრადი პარკუჭოვანი ტაქიკარდია
ვერნაკალანტი (c)	ი/ვ	3მგ/კგ 10წთ-ის განმავლობაში	2მგ/კგ 10წთ-ის განმავლობაში (საწყისი დოზიდან 10-15წთ-ში)	<1 სთ (50%-ში კონვერსია ხდება 10წთ-ში)	<ul style="list-style-type: none"> არ უნდა იქნას გამოყენებული პაციენტებში ჰიპოტენზიით (საწ <100 მმ ვწყ სვ), მწვავე კორონარული სინდრომით ზოლო 1 თვეში, NYHA III ან IV გუ-ით, გახანგრძლივებული QT ინტერვალთ, ან აორტის მძიმე სტენოზით შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოტენზია, QT გახანგრძლივება, QRS კომპლექსის გაფართოება, ან არამდგრადი პარკუჭოვანი ტაქიკარდია
ამიოდარონი (a)	ი/ვ	5-7მგ/კგ 1-2 სთ-ის განმავლობაში	50მგ/სთ (მაქსიმუმ 1.2გ 24 საათში)	44% (8-12 სთ-დან რამდენიმე დღემდე)	<ul style="list-style-type: none"> შეიძლება გამოიწვიოს ფლემბიტი (გამოიყენეთ დიდი პერიფერიული ვენა, მოერიდეთ ი/ვ შეყვანას >24 სთ-

					<p>ის განმავლობაში და უპირატესად გამოიყენეთ ვოლუმეტრული ტუმბო)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოტენზია, ბრადიკარდია/ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა, QT-ს გახანგრძლივება ▪ პაციენტებში ჰიპერთირეოზით, გამოიყენება მხოლოდ სხვა ალტერნატივების არარსებობისას (თირეოტოქსიკოზის რისკი)
იბუტილიდი (c)	ი/ვ	1მგ 10წთ-ის განმავლობაში 0.01მგ/კგ თუ სხეულის წონა<60კგ	1მგ 10წთ-ის განმავლობაში (საწყისი დოზიდან 10-20 წთ-ში)	31-51% (წინაგულთა ფიბრილაციისას) 63-73% (წინაგულთა თრთოლვისას) ≈1სთ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ეფექტურია წინაგულთა თრთოლვის კონვერსიის მიზნით ▪ არ უნდა გამოიყენოთ პაციენტებში გახანგრძლივებული QT ინტერვალთ, მარცხენა პარკუჭის მძიმე ჰიპერტროფიით ან მარცხენა პარკუჭის დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით ▪ გამოყენებული უნდა იქნას კარდიოლოგიური სპეციალიზებული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში, რადგანაც შეიძლება გამოიწვიოს QT-ს გახანგრძლივება, პოლიმორფული პარკუჭოვანი ტაქიკარდია (torsades de pointes) ▪ აუცილებელია ეკგ მონიტორინგი, სულ მცირე, 4 საათის მანძილზე შეყვანის შემდეგ, არითმოგენული მოვლენის აღმოჩენის მიზნით.

a-ყველაზე ხშირად გამოიყენება წინაგულთა ფიბრილაციის კარდიოვერსიისთვის, ხელმისაწვდომია ქვეყნების უმრავლესობაში
b-შესაძლებელია თვით-ადმინისტრირება შერჩეულ ამბულატორიულ პაციენტებში „აბი ჯიბეში“ სტრატეგიის სახით.
c-არ არის ხელმისაწვდომი ზოგიერთ ქვეყანაში

ცხრილი 13. რუტინული მეთვალყურეობის საკითხების სია პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით
საკითხების ჩამონათვალი
პაციენტის განათლება - ფორმალური და არაფორმალური
გულის სტრუქტურული პათოლოგიის შეფასება
მაგალად, ფიზიკური გასინჯვით, ექოკარდიოგრაფიით
ინსულტის რისკის შეფასება და მკურნალობა
ინსულტის რისკის შეფასება CHA2DS2-VASc ქულათა სისტემით
გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღება რისკის შესაბამისი ანტითრომბოზული თერაპიის ინიცირების ან გაგრძელების შესახებ
სისხლდენის რისკის შეფასება
სიმპტომების კონტროლი
პაროქსიზმული წინაგულთა ფიბრილაციის ტრიგერების დადგენა და მართვა
სიხშირის კონტროლის ადეკვატურობის შეფასება
რიტმის კონტროლის სტრატეგიების განხილვა

ცხრილი 13. რუტინული მეთვალყურეობის საკითხების სია პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით
საკითხების ჩამონათვალი
მორეციდივე ან არაკონტროლირებული სიმპტომების შემთხვევაში სამოქმედო გეგმის შემუშავება
მოციმციმე არითმიის რისკფაქტორების დადგენა და მართვა
ჰიპერტენზია
სიმსუქნე
შაქრიანი დიაბეტი
ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება
ფიზიკური არააქტიურობა (ან უფრო იშვიათად, გადაჭარბებული აქტიურობა)
ძილის ობსტრუქციული აპნოე
ჰიპერთირეოზი

ცხრილი 14. ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე განსახილველი საკითხების ჩამონათვალი³
* ჰოსპიტალიზაციის განმხორციელებელი დაწესებულება და გაწერის დოკუმენტაცია (ფორმა NIV-100/ა)
* ძირითადი პრობლემა, რის გამოც განხორციელდა ჰოსპიტალიზაცია
* ჰოსპიტალში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები
* ძირითადი და თანმხლები დიაგნოზები
* ჰოსპიტალური მკურნალობის მიმოხილვა
* კლინიკური სტატუსი გაწერისას, ფუნქციური და კოგნიტური სტატუსის ჩათვლით
* მეთვალყურეობის რეკომენდაციები
გაწერისას დანიშნული მედიკამენტები:
* მედიკამენტების მიღების სქემა
* შედარება ჰოსპიტალიზაციამდელ დანიშნულებასთან (ახალი მედიკამენტი, დოზირების/სიხშირის ცვლილება და ა. შ.)
* ჩასატარებელი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩამონათვალი
* რომელიმე ვიწრო სპეციალისტის კონსულტაციის საჭიროება
* პაციენტის განათლება მოსალოდნელი პრობლემებისა და შესაბამისი ქმედების შესახებ

³ ადაპტირებულია: Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients: Development of a discharge checklist for hospitalists. J Hosp Med 2006; 1:354.

* საკონტაქტო პირი, ვისაც შეიძლება დაუკავშირდეს საჭიროების შემთხვევაში

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 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#

⁴ Confirmed AF management pathway, NHS 2021: [https://clinical-](https://clinical-pathways.org.uk/sites/default/files/guidance/Cardiology/confirmed-af-management-pathway-v6.pdf)

[pathways.org.uk/sites/default/files/guidance/Cardiology/confirmed-af-management-pathway-v6.pdf](https://clinical-pathways.org.uk/sites/default/files/guidance/Cardiology/confirmed-af-management-pathway-v6.pdf)

⁵ Atrial fibrillation Primary Care Pathway, Alberta Health Services & Primary Care Network, 2022:

https://www.specialistlink.ca/assets/pdf/Cardiology_AFIB_Pathway.pdf

⁶ 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)

⁷ 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>

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>