

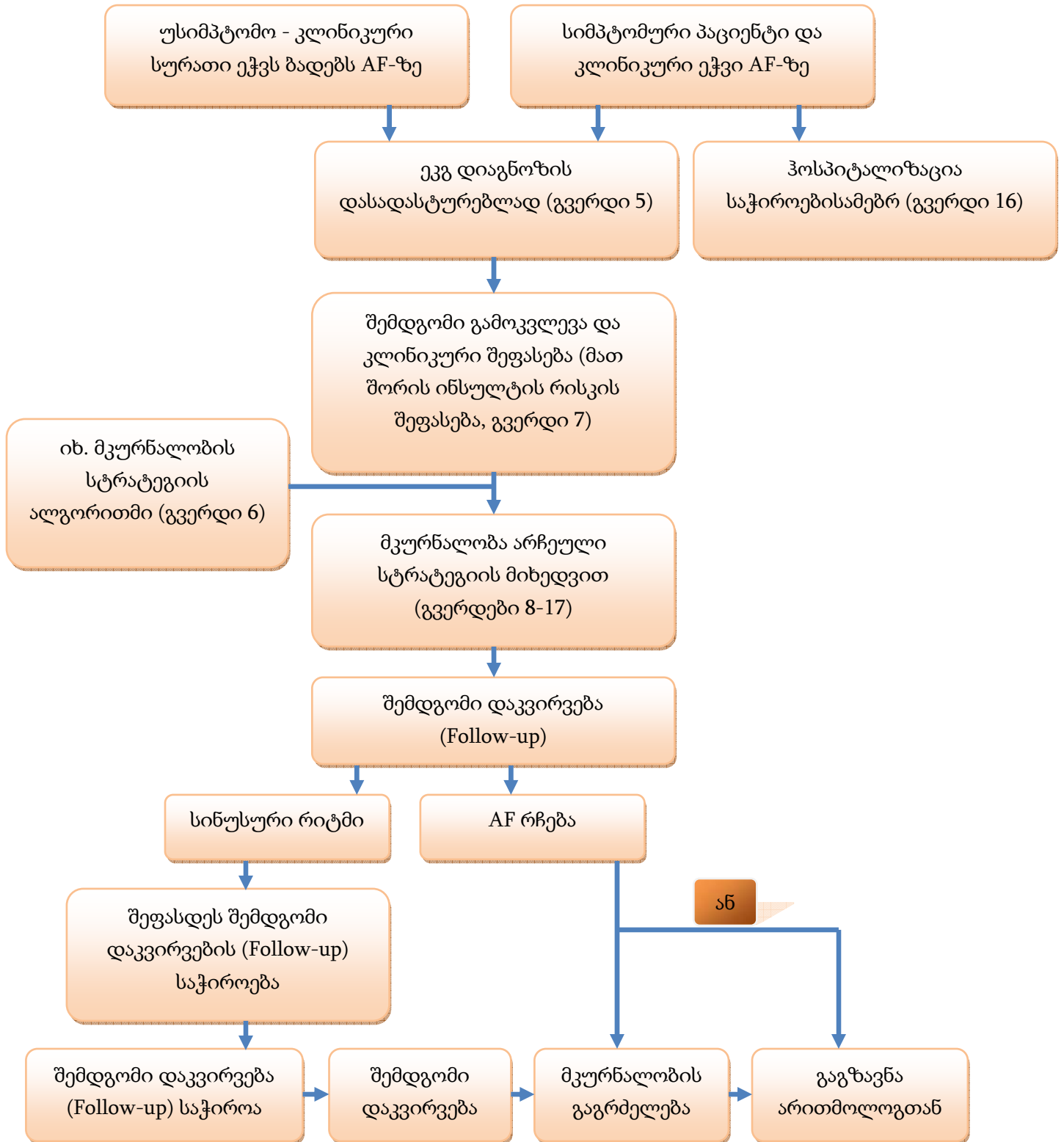
წინაგულთა ფიბრილაცია
დიაგნოსტიკა და მართვა

სარჩევი

წინაგულთა ფიბრილაციის (AF) მკურნალობის სქემა	4
პირველადი შეფასება და ეკგ დიაგნოსტიკა.....	5
ექოკარდიოგრაფია	5
მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევის ალგორითმი	6
ინსულტის რისკის სტრატეფიკაცია და თრომბოპროფილაქტიკა.....	7
თრომბოემბოლიის პროფილაქტიკა	8
ანტიკოაგულაციური თერაპია პერსისტული AF-ის დროს	8
ანტიკოაგულაციური თერაპია პერმანენტული AF-ის დროს	9
ანტიკოაგულაციური თერაპია პაროქსიზმული AF-ის დროს.....	9
ანტიკოაგულაციური თერაპია ახლად დაწყებული AF-ის დროს.....	9
ანტიკოაგულაციური თერაპია მწვავე ინსულტის/ტიმ (TIA)-ის დროს წინაგულთა ფიბრილაციის მქონე პაციენტებში.....	10
ანტიკოაგულაციური თერაპია ინსულტის/ტიმ (TIA)-ის შემდეგ AF-ის მქონე პაციენტებში	10
AF-ის მკურნალობა	11
რიტმის კონტროლი (კარდიოვერსიის ჩათვლით) პერსისტული AF-ის დროს	11
რიტმის კონტროლი	11
კარდიოვერსია	12
თრომბოემბოლიის პროფილაქტიკა	13
შემდგომი დაკვირვება (Follow-up) კარდიოვერსიის შემდეგ.....	13
სინშირის კონტროლი პერსისტული და პერმანენტული AF-ის დროს	14
რიტმის კონტროლი პაროქსიზმული AF-ის დროს	15
მკურნალობა.....	15
ჰემოდინამიკურად არასტაბილური და ახლად დაწყებული AF	16
ჰემოდინამიკურად არასტაბილური AF-ის გადაუდებელი მკურნალობა.....	16

ანტიკოაგულაცია ახლად დაწყებული AF-ის დროს	16
პოსტოპერაციული AF	17
ფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკა	17
მკურნალობა.....	17
გაგზავნა ინვაზიურ არითმოლოგთან	17

წინაგულთა ფიბრილაციის (AF) მკურნალობის სქემა



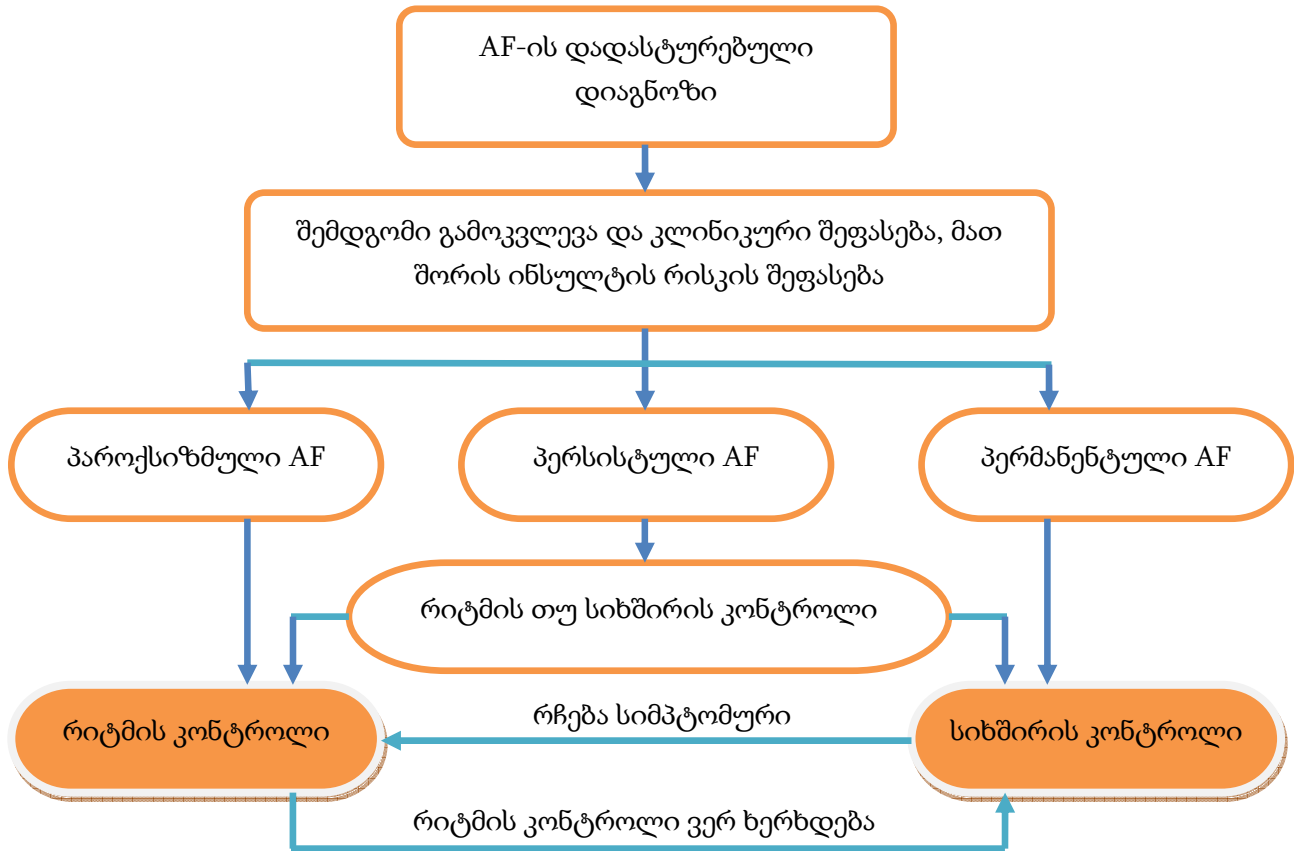
პირველადი შეფასება და ეკგ დიაგნოსტიკა

- ✓ პალპაციით შეაფასეთ პულსის რეგულარობა წინაგულთა ფიბრილაციაზე ექვის მისატანად ყველა პაციენტთან, ვისაც აღენიშნება ჰაერის უკმარისობა ან დისპნოე, გულის ფრიალი, სინკოპე ან ძილიანობა, დისკომფორტი გულმკერდის არეში, ინსულტი ან ტრანზიტორული იშემიური შეტევა (TIA).
- ✓ გადაუღეთ ეკგ ყველა პაციენტს, ვისაც აღენიშნება არარეგულარული პულსი და ექვია წინაგულთა ფიბრილაციაზე, მიუხედავად იმისა, პაციენტი სიმპტომურია თუ არა.
- ✓ თუ ექვი გაქვთ პაროქსიზმულ წინაგულთა ფიბრილაციაზე, რომელიც არ დასტურდება სტანდარტული ეკგ-ით:
 - ჩაატარეთ ჰოლტერის 24-საათიანი მონიტორინგი, როდესაც ექვი გაქვთ უსიმპტომო ეპიზოდებზე ან როდესაც ეპიზოდები ყოველდღიურია.
 - გამოიყენეთ გარეგანი ან იმპლანტირებადი მარყუჟოვანი ჩამწერი, როდესაც ეპიზოდები იშვიათია.

ექოკარდიოგრაფია

- ✓ ჩაატარეთ ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია (TTE):
 - როდესაც საწყისი (baseline) ექოკარდიოგრაფია მნიშვნელოვანია შემდგომი ხანგრძლივი მართვისთვის (მაგ. ახალგაზრდა პაციენტებში).
 - თუ მიმართავთ რიტმის კონტროლის სტრატეგიას, რაც გულისხმობს ფარმაკოლოგიურ ან ელექტრულ კარდიოვერსიას.
 - თუ ექვი გაქვთ გულის თანმხლებ სტრუქტურულ ან ფუნქციურ პათოლოგიაზე, რაც გავლენას მოახდენს მკურნალობაზე, მაგ. ანტიარიტმული წამლის შერჩევაზე.
 - როდესაც მას შეუძლია დაგვეხმაროს ინსულტის რისკის შეფასებაში მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის ან სარქლოვანი პათოლოგიის გამოვლენის გზით.
- ✓ ნუ გამოიყენებთ რუტინულად ტრანსთორაკალურ ექოკარდიოგრაფიას ინსულტის რისკის შესაფასებლად, როდესაც კლინიკურად უკვე დადასტურებული გაქვთ ანთითრომბოზული თერაპიის საჭიროება.
- ✓ ჩაატარეთ ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია (TEE):
 - თუ ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია ავლენს ისეთ დარღვევას, რომელსაც შემდგომი შეფასება ესაჭიროება.
 - როდესაც გულის სტრუქტურული დარღვევების გამოსავლენად ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია ტექნიკურად გამწვანებულია ან ცუდი ხარისხისაა.
 - თუ აპირებთ კარდიოვერსიის ჩატარებას ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფიის შედეგების მიხედვით.

მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევის ალგორითმი



სცადეთ ჯერ რიტმის კონტროლი პერსისტული AF-ის დროს, თუ:

- პაციენტი სიმპტომურია
- პაციენტი ახალგაზრდაა
- აღენიშნება “lone AF”-ის პირველი ეპიზოდი
- AF-ს კონკრეტული მაპროვოცირებელი ფაქტორი აქვს
- აღენიშნება გულის უკმარისობა

სცადეთ ჯერ სიხშირის კონტროლი პერსისტული AF-ის დროს, თუ:

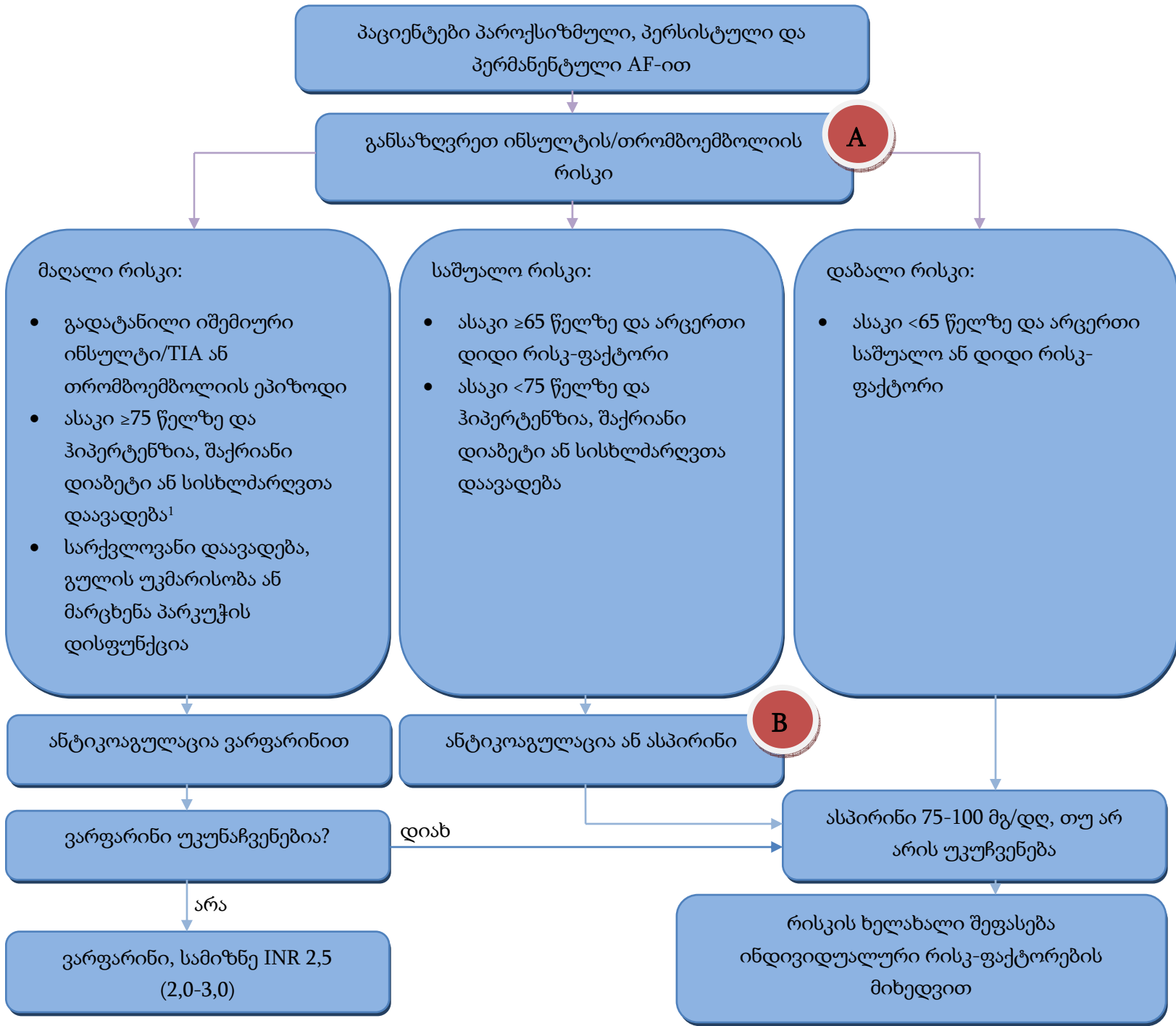
- პაციენტის ასაკი 65 წელზე მეტია
- აღენიშნება გულის კორონარული დაავადება
- ანტიარითმული საშუალებები უკუნაჩვენებია
- პაციენტი კარდიოვერსიისთვის არაშესაფერისია¹

ყველა შემთხვევაში:

- პაციენტს წინასწარ აუხსენით ამა თუ იმ სტრატეგიის უპირატესობა თუ ნაკლი
- სტრატეგიის ერჩევისას გაითვალისწინეთ თანმხლები დაავადებებიც
- სწორად შეარჩიეთ ანტიარითმული საშუალებები

1. კარდიოვერსიისთვის არაშესაფერის პაციენტებს ეკუთვნიან პაციენტები, ვისაც აღენიშნება უკუნაჩვენებ ანტიკოაგულაციისთვის, გულის სტრუქტურული დაავადება, რომელიც ხელს უშლის სინუსური რიტმის შენარჩუნებას (მკვეთრად დილატირებული მარცხენა წინაგული, სარქვლოვანი დაავადება), ხანდაზმული (როგორც წესი, 1 წელზე მეტი) AF, მრავალი წარუმატებელი კარდიოვერსიის ანამნეზი, შექცევადი მიზეზით გამოწვეული AF (მაგ. თირეოტოქსიკოზით).

ინსულტის რისკის სტრატეგიკაცია და თრომბოპროფილაქტიკა



A. გაითვალისწინეთ, რომ სხვადასხვა რისკ-ფაქტორი ერთმანეთს არ გამოირცხავს და ისინი ჯამურად განსაზღვრავენ კუმულატიურ რისკს. რადგან თირეოტოქსიკოზის დროს ინსულტის და თრომბოემბოლიის რისკი ისეთივეა, როგორც სხვა ეტიოლოგიის AF-ის დროს, ანტითრომბული თერაპია უნდა განისაზღვროს ჩვეულებრივ, მიღებული რისკ-ფაქტორების მიხედვით.

B. მყარი მტკიცებულებების ნაკლებობის გამო მკურნალობა უნდა განისაზღვროს ინდივიდუალურად, და ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს ვარფარინის თუ ასპირინის უპირატესობა. მაგ. ვარფარინი ჯობია დაინიშნოს ორი ან მეტი საშუალო რისკ-ფაქტორის არსებობისას.

1. გულის კორონარული დაავადება ან პერიფერიული არტერიების დაავადება

თრომბოემბოლიის პროფილაქტიკა

ყოველთვის:

- ✓ გამოიყენეთ ინსულტის რისკის შეფასების ალგორითმი, რათა შეაფასოთ ინსულტისა და თრომბოემბოლიის რისკი AF-ის მქონე პაციენტებში და შეარჩიოთ ადექვატური თრომბოპროფილაქტიკა.
- ✓ ხელახლა შეაფასეთ ინსულტის რისკი ცალკეული რისკ-ფაქტორების ცვლილების შემთხვევაში.
- ✓ თუ ახლად აღმოჩენილი AF-ის დროს რისკის შეფასების ალგორითმით ნაჩვენებია ანტიკოაგულაცია, დაიწყეთ ის მინიმალური დაყოვნებით თანმხლები დაავადებების ადექვატურ მართვასთან ერთად.
- ✓ აუხსენით პაციენტებს როგორც ხანგრძლივი ანტიკოაგულაციის მოსალოდნელი დადებითი შედეგი, ასევე სისხლდენის რისკი.
- ✓ ანტიკოაგულაციის დაწყებამდე ყოველთვის შეაფასეთ სისხლდენის რისკი.

განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ შემდეგ პაციენტებს:

- რომლებიც არიან 75 წელს ზევით
- იღებენ ანტიაგრეგანტებს (ასპირინს ან კლოპიდოგრელს) ან არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს
- იღებენ მრავალ სხვადასხვა წამალს
- აღენიშნებათ უკონტროლო ჰიპერტენზია
- აქვთ სისხლდენის ანანმეზი (პეპტიური წყლული ან ცერებრული ჰემორაგია)
- აქვთ ძნელად კონტროლირებული ანტიკოაგულაციური თერაპიის ანანმეზი

ანტიკოაგულაციური თერაპია პერსისტული AF-ის დროს

- ✓ კარდიოვერსიამდე, ჩაატარეთ ანტიკოაგულაციური თერაპია ვარფარინით (INR 2.5, 2.0-3.0) მინიმუმ 3 კვირის განმავლობაში.
- ✓ წარმატებული კარდიოვერსიის შემდეგ გააგრძელეთ ანტიკოაგულაცია ვარფარინით (INR 2.5, 2.0-3.0) მინიმუმ 4 კვირის განმავლობაში.
- ✓ თუ კარდიოვერსიის 3 კვირით გადადება შეუძლებელია:
 - კარდიოვერსიის წინ მიეცით ჰეპარინი.
 - მიეცით ვარფარინი კარდიოვერსიიდან მინიმუმ 4 კვირის განმავლობაში.
- ✓ კარდიოვერსიის შემდეგ, უფრო დიდი ხნით გააგრძელეთ ანტიკოაგულაცია იმ პაციენტებში, ვისაც აღენიშნება AF-ის რეციდივის მაღალი რისკი ან როდესაც ეს ნაჩვენებია ინსულტის რისკის შეფასების ალგორითმით (იხ. გვერდი 7). AF-ის რეციდივის მაღალი რისკის განმსაზღვრელ ფაქტორებს მიეკითვება:
 - წარუმატებელი კარდიოვერსიის ანანმეზი
 - მიტრალური სარქელის დაავადება, მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია ან მარცხენა წინაგულის დილატაცია
- ✓ ანტიკოაგულაცია არ არის საჭირო წარმატებული კარდიოვერსიის შემდეგ, თუ დანამდვილებით ცნობილია, რომ AF-ის ხანგრძლივობა არ აღემატება 48 სთ-ს.

- ✓ პაციენტებს წინაგულთა თრთოლვით ან უსიმპტომო წინაგულთა ფიბრილაციით ეკუთვნით ისეთივე ანტიკოაგულაცია, როგორც სიმპტომური AF-ის მქონე პაციენტებს.

ანტიკოაგულაციური თერაპია პერმანენტული AF-ის დროს

- ✓ ვიდრე გადაწყვეტდეთ ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყებას პერმანენტული AF-ის მქონე პაციენტებთან, პაციენტთან ერთად შეაფასეთ მკურნალობის რისკი და მოსალოდნელი დადებითი შედეგი.
- ✓ თუ გადაწყვეტთ ანტიკოაგულაციას:
 - ყველაზე ეფექტური თერაპია არის ანტიკოაგულაცია ვარფარინით (INR 2.5, 2.0-3.0)
 - როდესაც ვარფარინი უკუნაჩვენებია, დაიწყეთ ასპირინი (75-300 მგ/დღ)
 - ვარფარინით, მკურნალობისას, ნუ დაუმატებთ ასპირინს მხოლოდ თრომბოემბოლიის პროფილაქტიკის მიზნით, რადგანაც ამას დამატებითი დადებითი შედეგი არ აქვს.

ანტიკოაგულაციური თერაპია პაროქსიზმული AF-ის დროს

- ✓ ნუ განსაზღვრავთ ანტიკოაგულაციური თერაპიის საჭიროებას სიმპტომური თუ ასიმპტომური პაროქსიზმების სიხშირისა და ხანგრძლივობის მიხედვით. გამოიყენეთ რისკის შეფასების იგივე კრიტერიუმები, როგორც პერმანენტული AF-ის დროს (იხ. გვერდი 7).

ანტიკოაგულაციური თერაპია ახლად დაწყებული AF-ის დროს

- ✓ ახლად დაწყებული AF-ის დროს იმ პაციენტებში, რომლებიც არ იღებენ ანტიკოაგულაციას ან იმყოფებიან სუბთერაპიულ დოზაზე:
 - დაიწყეთ ჰეპარინი თავიდანვე, თუ უკუნაჩვენებია არ არის
 - განაგრძეთ ჰეპარინი ინსულტის რისკის საბოლოო შეფასებამდე და შესაბამისი თრომბოპროფილაქტიკის დაწყებამდე (იხ. გვერდი 7)
- ✓ პაციენტებში, სადაც დადასტურებულია ახლად დაწყებული AF (48 სთ-ზე ნაკლები ხანგრძლივობის), გამოიყენეთ პერორალური ანტიკოაგულაცია, თუ:
 - სტაბილური სინუსური რიტმი არ აღდგა AF-ის დაწყებიდან 48 სთ-ის განმავლობაში
 - არსებობს AF-ის რეციდივის სხვა რისკ-ფაქტორები¹
 - ეს რეკომენდირებულია ინსულტის რისკის შეფასების ალგორითმით
- ✓ როდესაც AF-ის დაწყებიდან გასული დროის დადგენა არ ხერხდება, გამოიყენეთ ანტიკოაგულაცია ისევე, როგორც პერსისტული AF-ის დროს (იხ. გვერდი 7).

- ✓ თუ პაციენტი ახლად დაწყებული AF-ით ჰემოდინამიკურად არასტაბილურია, დაუყოვნებლივ დაიწყეთ გადაუდებელი დახმარების სქემა. ნუ გადადებთ გადაუდებელ ღონისძიებებს ანტიკოაგულაციის დაწყებამდე.

1. რისკის ფაქტორებს მიეკუთვნება: წარუმატებელი კარდიოვერსიის ანანმეზი, გულის სტრუქტურული დაავადება (მიტრალური სარქველის დაავადება, მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია ან მარცხენა წინაგულის დილატაცია), ხანდაზმული AF (1 წელზე მეტი ხანგრძლივობის), AF-ის რეციდივი ანანმეზში.

ანტიკოაგულაციური თერაპია მწვავე ინსულტის/ტიმ (TIA)-ის დროს წინაგულთა ფიბრილაციის მქონე პაციენტებში

- ✓ მწვავე ინსულტის დროს AF-ის მქონე პაციენტებში:
 - ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყებამდე აუცილებელია უკონტროლო ჰიპერტენზიის მოწესრიგება
 - ჩაატარეთ CT ან MRI ინტრაცერებრული ჰემორაგიის გამოსარიცხად:
 - ჰემორაგიის შემთხვევაში არ დაიწყეთ ანტიკოაგულაცია
 - თუ ჰემორაგია არ არის, ანტიკოაგულაცია დაიწყეთ 2 კვირის შემდეგ
 - გადადეთ ანტიკოაგულაციის დაწყება დიდი ცერებრული ინფარქტის დროს
- ✓ მწვავე ტიმ (TIA)-ის დროს AF-ის მქონე პაციენტებში:
 - ჩაატარეთ CT ან MRI ახლადგადატანილი ცერებრული ინფარქტის ან ჰემორაგიის გამოსარიცხად
 - თუ არცერთი არ აღმოჩნდა, დაიწყეთ ანტიკოაგულაცია რაც შეიძლება სწრაფად

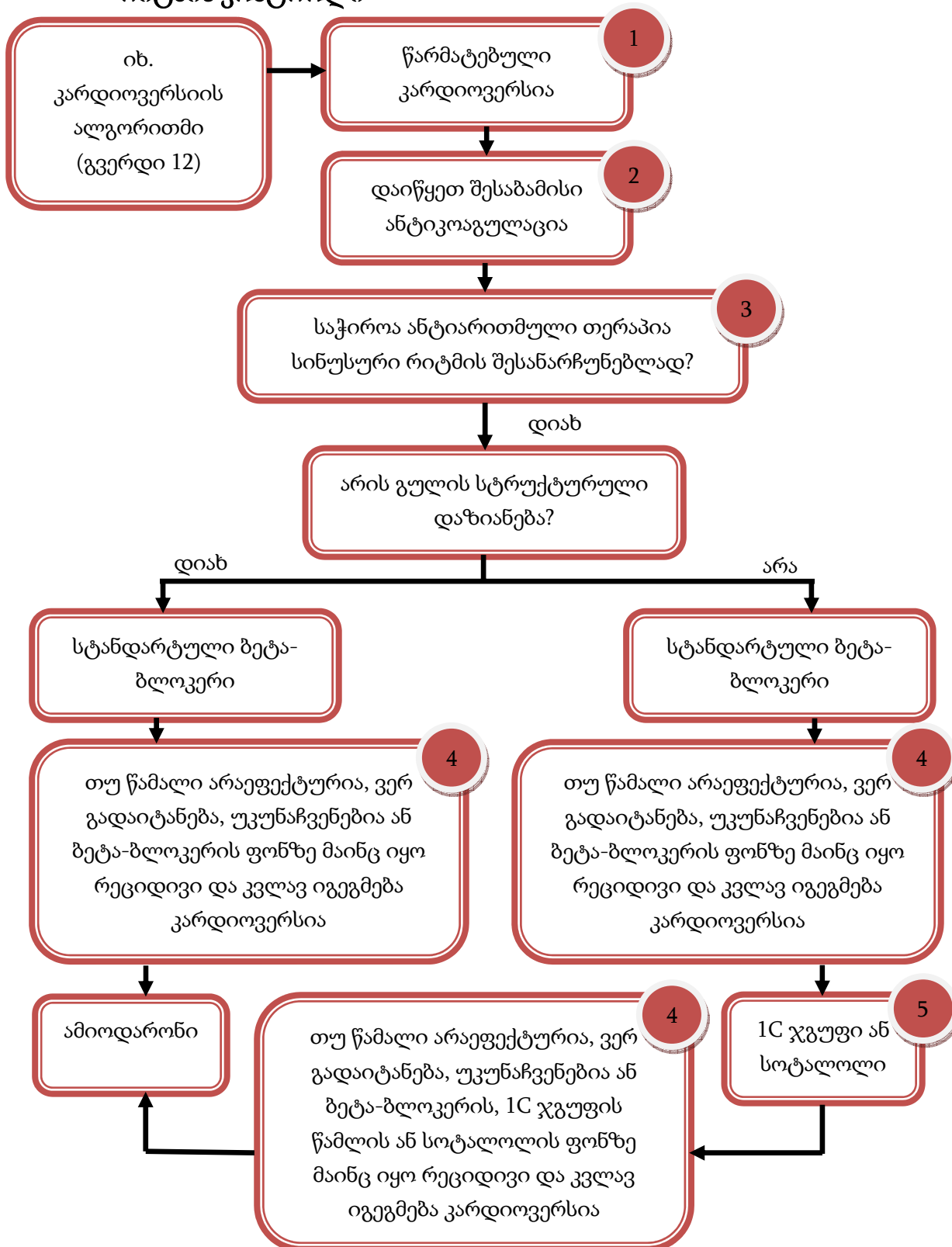
ანტიკოაგულაციური თერაპია ინსულტის/ტიმ (TIA)-ის შემდეგ AF-ის მქონე პაციენტებში

- ✓ დაიწყეთ ვარფარინი, როგორც თრომბოემბოლიის საპროფილაქტიკო ყველაზე ეფექტური საშუალება
- ✓ არ გამოიყენოთ ასპირინი ან დიპირიდამოლი თრომბოემბოლიის პროფილაქტიკისთვის, თუ თანმხლები სისხლმარღვოვანი ან სხვა დაავადების გამო არ არის საჭირო
- ✓ ვარფარინი დაიწყეთ მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მოაწესრიგებთ ჰიპერტენზიას და კარგად შეაფასებთ თერაპიის რისკსა და სარგებელს

AF-ის მკურნალობა

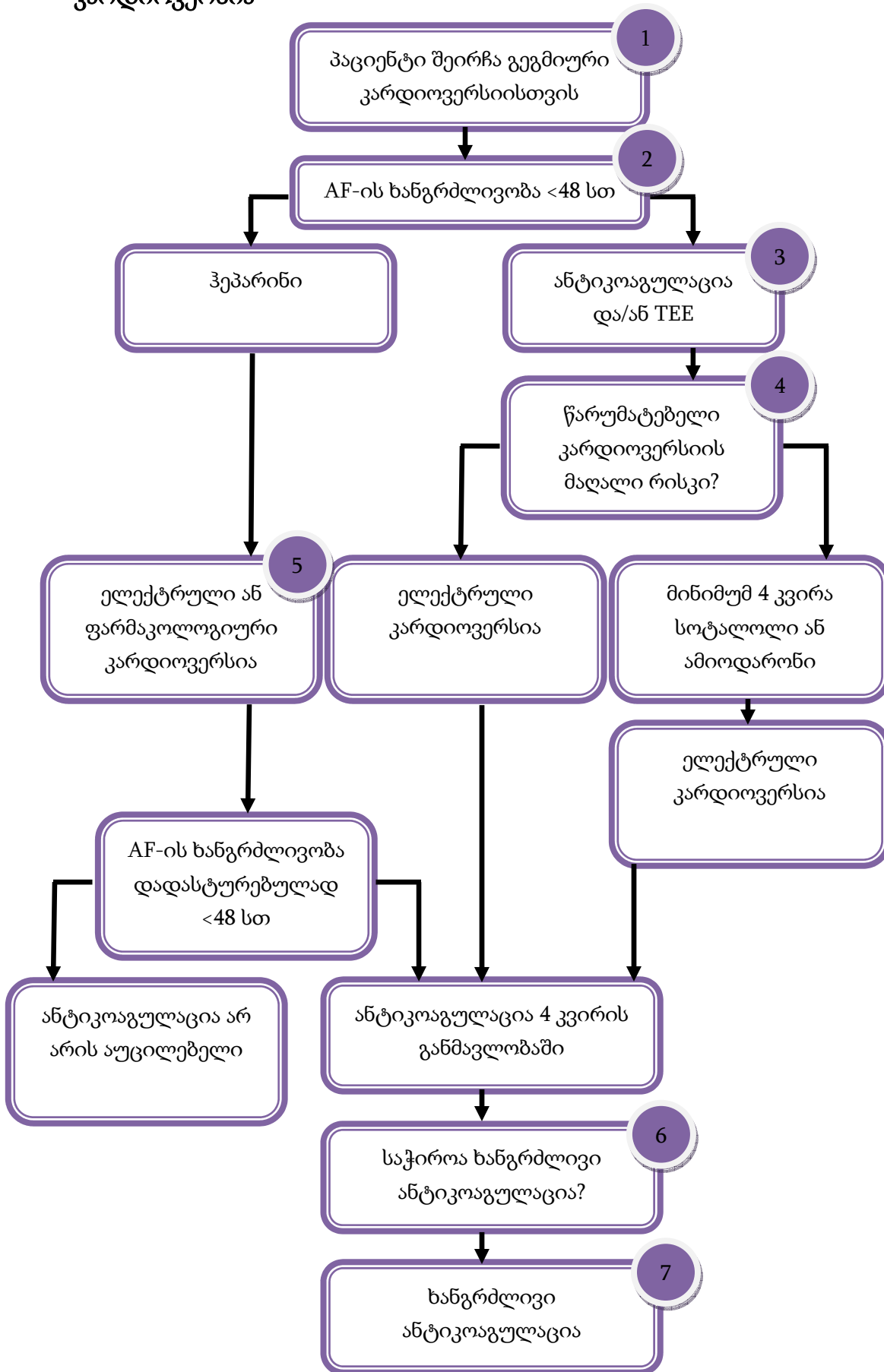
რიტმის კონტროლი (კარდიოვერსიის ჩათვლით) პერსისტული AF-ის დროს

რიტმის კონტროლი



1. რიტმის კონტროლის სტრატეგიისთვის შერჩეული პაციენტები პერსისტული AF-ით
2. ინსულტის რისკის შეფასებისა და კარდიოვერსიის ალგორითმებზე დაყრდნობით
3. ანტიარითმული თერაპია არ არის საჭირო, როდესაც AF-ის მაპროვოცირებელი ფაქტორი გამოსწორებულია (ინფექცია, ცხელება და ა.შ.) და კარდიოვერსია წარმატებული იყო
4. კარდიოვერსიიდან 1 და 6 თვის შემდეგ შემოწმება (follow-up), თუ პაციენტი კვლავ AF-შია, რევეალუაცია რიტმის ან სინუსირის კონტროლის სტრატეგიისთვის
5. 1C ჯგუფს მიეკუთვნება ფლეკაინიდი ან პროპაფენონი. სოტალოლი უნა გაიტყოს 80 მგ/ორჯერ-დან 240 მგ/ორჯერ-მდე

კარდიოვერსია



1. რიტმის კონტროლს და კარდიოვერსიის წინ ჩატარეთ ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია
2. გაითვალისწინეთ პაციენტის სურვილიც სტრატეგიის არჩევისას
3. კარდიოვერსიის წინ მინიმუმ 3 კვირა ანტიკოაგულაცია ან TEE
4. წინა წარუმატებელი კარდიოვერსიის ანანმეზი
5. ამიოდარონი არჩევის პრეპარატია გულის სტრუქტურული დაავადების დროს, ფლეკანიდი არჩევის პრეპარატია სტრუქტურული დაავადების არარსებობის დროს
6. ინსულტის რისკის შეფასების ალგორითმის ან AF-ის რეციდივის მაღალი რისკის მიხედვით. AF>12 თვეზე, მიტრალური სარქელის დაზიანება, მარცხენა წინაგულის დილატაცია, AF-ის რეციდივი ანანმეზში მიუთითებს რეციდივის მაღალ რისკს
7. სამიზნე INR 2,5 (2,0-3,0)

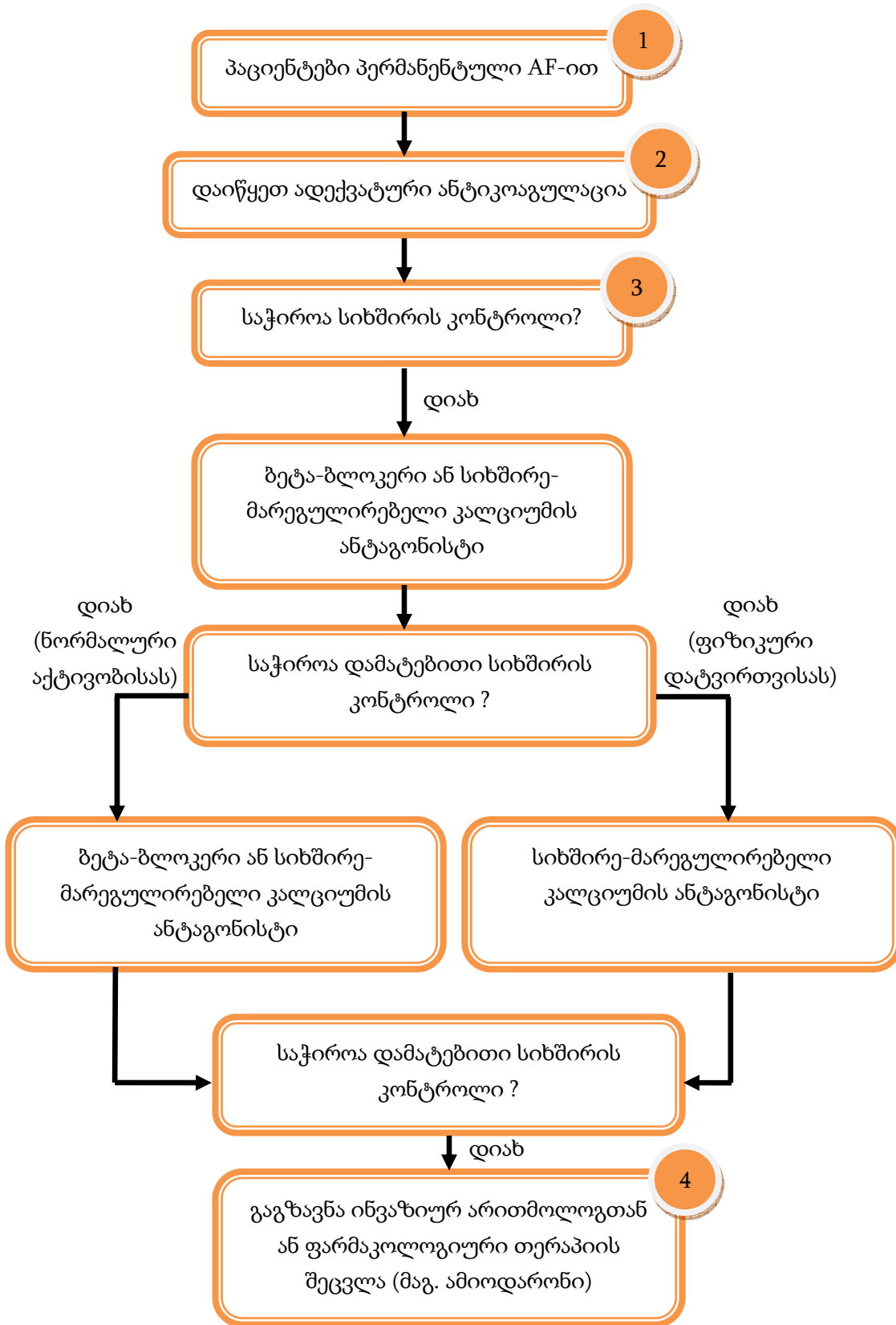
თრომბოემბოლიის პროფილაქტიკა

- ✓ რეკომენდაციებისთვის კარდიოვერსიამდე და კარდიოვერსიის შემდეგ თრომბოემბოლიის პროფილაქტიკის შესახებ იხ. ანტიკოაგულაციური თერაპია პერსისტული AF-ის დროს (გვერდი 8)

შემდგომი დაკვირვება (Follow-up) კარდიოვერსიის შემდეგ

- ✓ AF-ის წარმატებული კარდიოვერსიის შემდეგ შეაფასეთ სინუსური რიტმის არსებობა 1 და 6 თვის შემდეგ
- ✓ 1 თვის ვიზიტზე დაგეგმეთ შემდგომი ვიზიტების სიხშირე ინდივიდუალური პაციენტის შესაბამისად, მისი თანმხლები დაავადებებისა და ფარმაკოთერაპიის გათვალისწინებით
- ✓ თითოეული ვიზიტის დროს ხელახლა შეაფასეთ ანტიკოაგულაციის საჭიროება, რისკი და სარგებელი
- ✓ თუ პაციენტს აღენიშნა AF-ის რეციდივი, ხელახლა შეაფასეთ რიტმის თუ სიხშირის კონტროლის სტრატეგიის საჭიროება
- ✓ თუ 6 თვის შემდეგ სინუსური რიტმი შენარჩუნებულია, შეწყვიტეთ ჰოსპიტალური ვიზიტები (Follow-up) და შემდგომი ამბულატორიული მკურნალობა გაგრძელდეს ოჯახის ექიმის კონტროლით
- ✓ ურჩიეთ პაციენტს, მოგმართოთ, თუ AF-ის სიმპტომები კვლავ გაჩნდება

სიხშირის კონტროლი პერსისტული და პერმანენტული AF-ის დროს



1 პერმანენტული AF-ის ჯგუფში იგულისხმებიან პერსისტული AF-ის მქონე პაციენტებიც, რომლებიც შეირჩნენ სიხშირის კონტროლის სტრატეგიისთვის

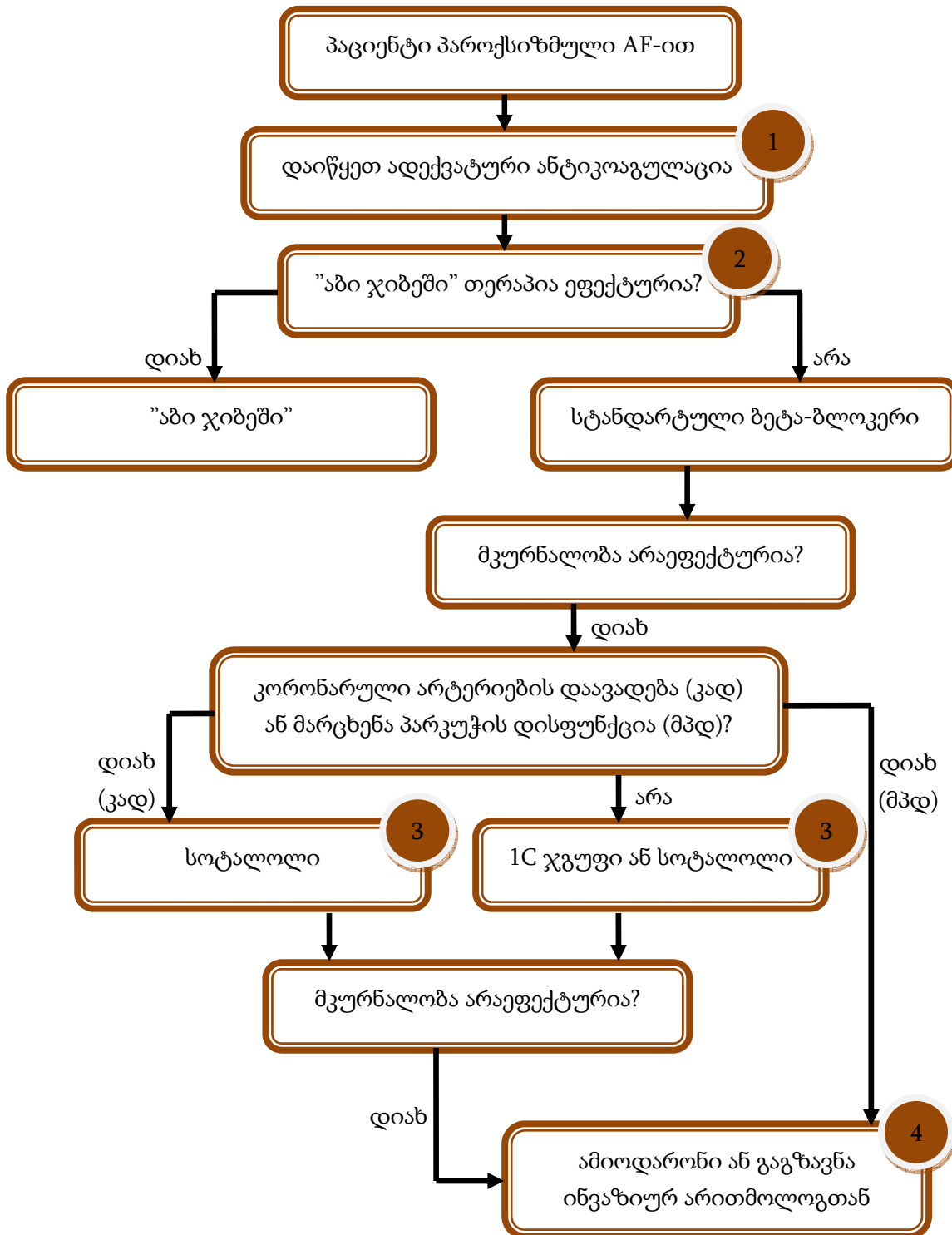
2 ინსულტის რისკის შეფასების ალგორითმის მიხედვით

3 გულის შეკუმშვათა სამიზნე სიხშირე მოსვენებისას 90/წთ (პაციენტებისთვის ახლად დაწყებული AF-ით 110/წთ). სამიზნე სიხშირე დატვირთვისას <110/წთ (არააქტიურ პაციენტებში), <200 მინუს ასაკი (აქტიურ პაციენტებში)

4 ინვაზიურ არითმოლოგთან გაგზავნა განსაკუთრებით მიზანშეწონილია "Lone AF"-ის მქონე პაციენტებში, იმ პაციენტებში, სადაც ეკვსხვა ელექტროფიზიოლოგიურ დარღვევაზე მიუთითებს (მაგ. WPW სინდრომი)ან როდესაც ფარმაკოლოგიური მკურნალობა წარუმატებელი გამოდგა

რიტმის კონტროლი პაროქსიზმული AF-ის დროს

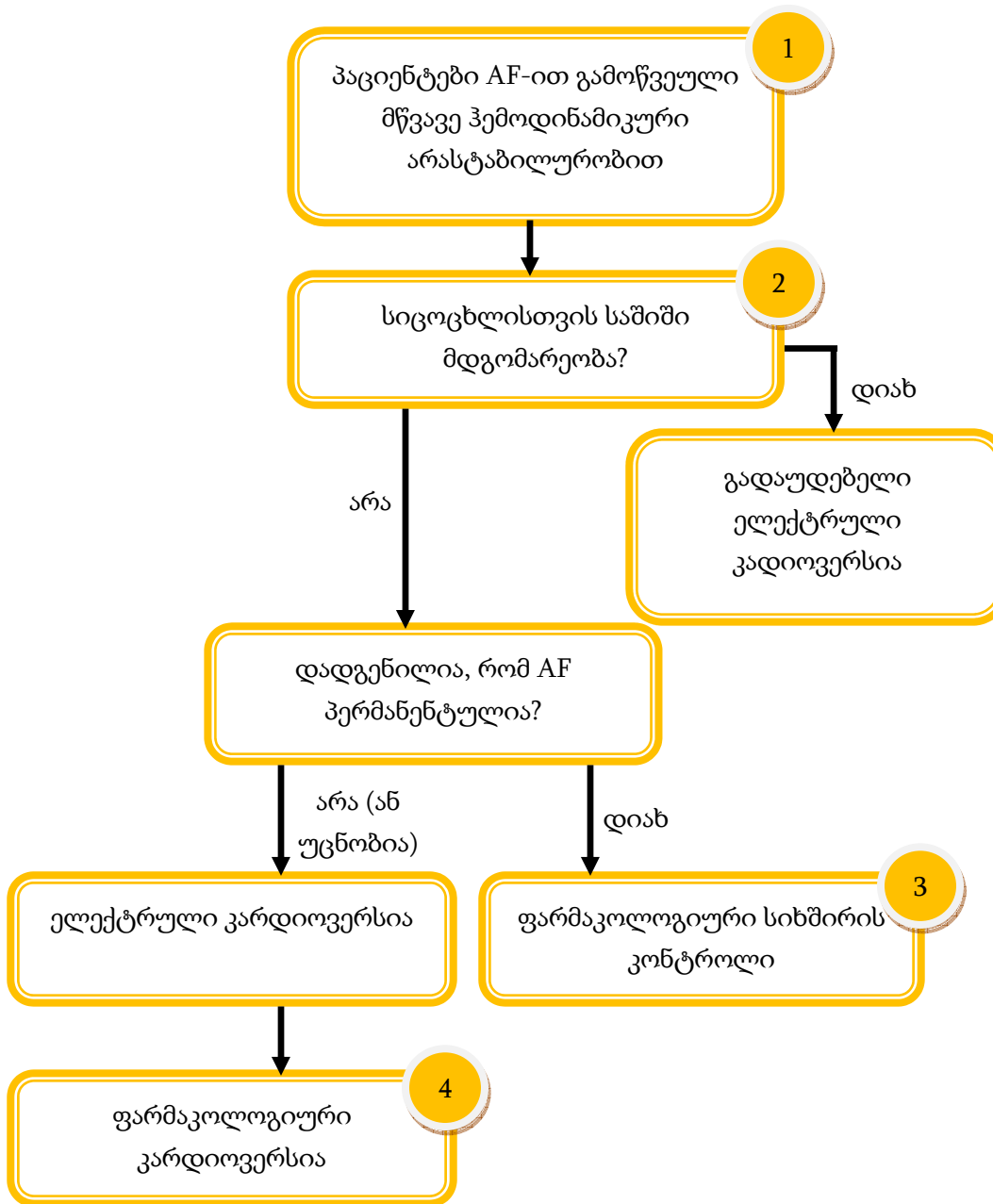
მკურნალობა



1. ინსულტის რისკის შეფასების ალგორითმის მიხედვით (იხ. გვერდი_)
2. "აბი ჯიბეში" თერაპია შეიძლება იმ პაციენტებისთვის, ვისაც: ა) არ აქვთ მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია, გულის სარქველვანი ან იშემიური დაავადება, ბ) აქვთ პაროქსიზმული სიმპტომური AF-ის იშვიათი ეპიზოდები, გ) აქვთ სისტოლური არტ. წნევა >100 mmHg და გულის შეკუმშვათა სიხშირე მოსვენებისას >70/წთ, დ) შეუძლიათ გაიგონ, როდის და როგორ მიიღონ წამალი
3. სოტალოლი უნა გაიტიტროს 80 მგ/ორჯერ-დან 240 მგ/ორჯერ-მდე
4. ინვაზიურ არითმოლოგთან გაგზავნა განსაკუთრებით მიზანშეწონილია "Lone AF"-ის მქონე პაციენტებში, იმ პაციენტებში, სადაც ეკვ სხვა ელექტროფიზიოლოგიურ დარღვევაზე მიუთითებს (მაგ. WPW სინდრომი)ან როდესაც ფარმაკოლოგიური მკურნალობა წარუმატებელი გამოდგა

ჰემოდინამიკურად არასტაბილური და ახლად დაწყებული AF

ჰემოდინამიკურად არასტაბილური AF-ის გადაუდებელი მკურნალობა



1. დიაგნოზი უნდა დადასტურდეს ეკგ-ით. განსაზღვრეთ ელექტროლიტები და შეაფასეთ გულმკერდის რენტგენი. სცადეთ, მიაგნოთ ჰემოდინამიკური არასტაბილურობის მიზეზს.
2. ნებისმიერი გადაუდებელი ღონისძიება უნდა გატარდეს დაუყოვნებლივ. ანტიკოაგულაციის დაწყებამ არ უნდა შეაფერხოს გადაუდებელი ღონისძიებები
3. სასწრაფო ფარმაკოლოგიური სიხშირის კონტროლისთვის გამოიყენეთ ინტრავენური:
 - ა) ბეტა-ბლოკერები ან სიხშირე-მარეგულირებელი კალციუმის ანტაგონისტები ან
 - ბ) ამიოდარონი, თუ ბეტა-ბლოკერები და კალციუმის ანტაგონისტები უკუნაჩვენებია ან არაეფექტურია
4. თუ ელექტრული კარდიოვერსია ფერხდება, გამოიყენეთ ინტრავენური ამიოდარონი. პაციენტებში დადგენილი WPW სინდრომით ფლუკანინდი ერთ-ერთი ალტერნატივაა (AV-მაბლოკირებელი საშუალებები, მაგ. დილთიაზემი, ვერაპამილი და დიგოქსინი არ გამოიყენოთ)

ანტიკოაგულაცია ახლად დაწყებული AF-ის დროს

იხ. ანტიკოაგულაციური თერაპია ახლად დაწყებული AF-ის დროს (გვერდი 9)

პოსტოპერაციული AF

ფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკა

- ✓ პაციენტებში, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეთ კარდიოქირურგიული ოპერაცია, პოსტოპერაციული AF-ის რისკის შესამცირებლად გამოიყენეთ ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი:
 - პოსტოპერაციული AF-ის რისკის შესამცირებლად გამოიყენეთ ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი:
 - ამიოდარონი
 - ბეტა-ბლოკერი
 - სოტალოლი
 - სიხშირე-მარეგულირებელი კალციუმის ანტაგონისტი
 - არ გამოიყენოთ დიგოქსინი
- ✓ პაციენტებმა, რომლებიც კარდიოქირურგიული ოპერაციის წინ უკვე იმყოფებიან ბეტა-ბლოკერზე, უნდა გააგრძელონ ეს თერაპია, თუ არ ვითარდება უკუჩვენება (მაგ. პოსტოპერაციული ზრადიკარდია ან ჰიპოტენზია)

მკურნალობა

- ✓ კარდიოქირურგიული ოპერაციის შემდეგ განვითარებული AF-ის სამკურნალოდ მიმართეთ რიტმის კონტროლის სტრატეგიას, თუ არ არის უკუჩვენება
- ✓ არა-კარდიოქირურგიული ოპერაციის შემდეგ განვითარებული პოსტოპერაციული AF მართეთ ისევე, როგორც ნებისმიერი სხვა მიზეზით გამოწვეული ახლად დაწყებული AF
- ✓ პოსტოპერაციული AF-ის მკურნალობისა და პრევენციისთვის ანტიკოაგულაცია გამოიყენეთ ჩვენების მიხედვით და სცადეთ გამოასწოროთ გამომწვევი ან ხელშემწყობი ფაქტორები, მაგ. ელექტროლიტური დისბალანსი ან ჰიპოქსია

გაგზავნა ინვაზიურ არითმოლოგთან

- ✓ გაგზავნეთ პაციენტი არითმოლოგთან ინვაზიური ჩარევის მიზნით (ფილტვის ვენების იზოლაცია, პეისმეკერის იმპლანტაცია, ანტიარითმული ქირურგია, AV-შენაერთის აბლაცია ან წინაგულოვანი დეფიბრილატორის იმპლანტაცია), როდესაც:
 - ფარმაკოლოგიური თერაპია წარუმატებელი გამოდგა
 - პაციენტს აღენიშნება "Lone AF"
 - ეკგ-ზე ჩანს სხვა ელექტროფიზიოლოგიური დარღვევაც, მაგ. WPW სინდრომი