

ESC Pocket Guidelines

2020 ESC qulaqcıq fibrilyasiyasının diaqnostikası və idarə olunmasına dair rəhbər tövsiyə*

Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin (ESC) qulaqcıq fibrilyasiyasının diaqnoz və idarə edilməsi
İşçi Qrupu

Avropa Kardio-Torakal Cərrahiyyə Assosiasiyasının (EACTS) və Avropa Ürək Ritm
Assosiasiyasının (EHRA) xüsusi əməkdaşlığı ilə hazırlanmışdır

Sədrilər

Gerhard Hindricks

Klinik Kardiologiya Universiteti
Leypsi Ürək Mərkəzi
Kardiologiya və Elektrofiziologiya şöbəsi
Leypsi Ürək İnstitutu
Strümpell küç. 39
04289 Leypsi, Almaniya
Tel: +49 3418651410
Fax: +49 3418651460
E-mail: gerhard.hindricks@helios-gesundheit.de

Tatjana Potpara

Tibb Məktəbi, Belqrad Universiteti
dr Subotica 8
11000 Belgrade, Serbiya
Kardiologiya Klinikası, Serbiya Klinik Mərkəzi
Visegradska 26
11000 Belgrade, Serbiya
Tel: +38 1113616319
E-mail: tatjana.potpara@med.bg.ac.rs

İşçi qrupu üzvləri: Nikolaos Dagres (Almaniya), Elena Arbelo (İspaniya), Jeroen J. Bax (Niderland), Carina Blomström-Lundqvist (İsveç), Giuseppe Boriani (İtaliya), Manuel Castella1 (İspaniya), Gheorghe-Andrei Dan (Rumuniya), Polychronis E. Dilaveris (Yunanistan), Laurent Fauchier (Fransa), Gerasimos Filippatos (Yunanistan), Jonathan M. Kalman (Australiya), Mark La Meir1 (Belçika), Deirdre A. Lane (Birləşmiş Krallıq), Jean-Pierre Lebeau (Fransa), Maddalena Lettino (İtaliya), Gregory Y. H. Lip (Birləşmiş Krallıq), Fausto J. Pinto (Portuqaliya), G. Neil Thomas (Birləşmiş Krallıq), Marco Valgimigli (İsveçrə), Isabelle C. Van Gelder (Niderland), Bart P. Van Putte1 (Niderland), Caroline L. Watkins (Birləşmiş Krallıq).
Avropa Kardio-Torakal Cərrahiyyə (AKTCD-EACTS) Dərnəyini təmsil edir

Bu sənədin yaradılmasında iştirak edən ESC qurumları:

Assosiasiyalar: Association for Acute CardioVascular Care-ACVC, Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions-ACNAP, European Association of Cardiovascular Imaging-EACVI, European Association of Preventive Cardiology-EAPC, European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions-EAPCI, European Heart Rhythm Association - EHRA, Heart Failure Association-HFA.

Şuralar: Insult şurası, Ürək qapaq xəstəlikləri şurası.

İşçi qrupları: Ürək Hüceyrəsi Elektrofiziologiyası, Ürəkdamar farmakoterapiyası, Ürək-damar cərrahiyyəsi, e-Kardiologiya, Trombozis.

ESC heyəti:

Veronica Dean, Erika Matuizaitė, Catherine Després (Sophia Antipolis, Fransa), Matthieu Depuydt (Brüssel, Belçika).

Təhffələrinə görə İain Simpsona təşəkkür edirik.

**Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin 2020 AKC qulaqcıq fibrilyasiyası diaqnozu və idarə edilməsi rəhbər tövsiyəsinə uyğunlaşdırılmışdır (*European Heart Journal*; 2020 - doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612).

Mündəricat

ESC tövsiyə sinifləri və sübut səviyyələri.....	Ön səhifənin içərisində
1. Giriş.....	3
2. Qulaqcıq fibrilyasiyasının tərfi və diaqnostikası.....	3
3. Epidemiologiya	7
4. Qulaqcıq fibrilyasiyanın klinik xüsusiyyətləri.....	8
5. Qulaqcıq fibrilyasiyasının tipləri, yükü və inkişafı	10
6. QF skriningi.....	12
7. Qulaqcıq fibrilyasiyasının diaqnostik dəyərləndirilməsi.....	13
8. Qulaqcıq fibrilyasiyası xəstələrinə ətraflı yanaşma	15
9. Xəstə idarə edilməsi - ətraflı ABC yolu.....	15
9.1. 'A' - Antikoagulyasiya/insultun qarşısının alınması.....	16
9.2. 'B' - Daha yaxşı simptom kontrolu	24
9.3. 'C' - Ürək-damar risk faktorları və yanaşı xəstəliklər-aşkarlanması və idarə olunması.....	52
10. ABC yolu ilə xüsusi klinik hallar/vəziyyətlər/xəstə populyasiyası	54
10.1. Hemodinamik qeyri stabil qulaqcıq fibrilyasiyası.....	54
10.2. Kəskin koronar sindrom, perkutan koronar müdaxilə və xroniki koronar sindrom qulaqcıq fibrilyasiyası ilə	54
10.3. Kəskin insult və ya İKH xəstələri qulaqcıq fibrilyasiyası ilə	56
10.4. Antikoagulyasiya terapiyasına bağlı aktiv qanaxma-idarə olunması və aradan qaldıran vasitələr	58
10.5. Qulaqcıq fibrilyasiyası və qapaq xəstəlikləri	60
10.6. Qulaqcıq fibrilyasiyası və anadangəlmə ürək qüsurları.....	60
10.7. Hamiləlik zamanı qulaqcıq fibrilyasiyası	61
10.8. Postoperativ qulaqcıq fibrilyasiyası.....	62
11. Keyfiyyət ölçümləri və qulaqcıq fibrilyasiyası idarə olunmasında klinik performans göstəriciləri	63
12. Epidemiologiya, klinik təsirlər və yüksək sürətli qulaqcıq epizodu/subklinik qulaqcıq fibrilyasiyasının idarə olunması.....	64

1. Giriş

Qulaqcıq fibrilyasiyası (QF) xəstələr, həkimlər və səhiyyə sistemi üçün əhəmiyyətli yük yaradır. QF-nın müəkkəbliyi çoxşaxəli, hərtərəfli, çoxprofilli yanaşma tələb edir. Son illərdə QF-nın aşkarlanması və onun idarə edilməsində əhəmiyyətli irəliləyişlər əldə edilmişdir və bu yeni sübutlar Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin (ESC) QF rəhbər tövsiyyələrinin 3-cü nəşrində öz əksini tapmışdır. QF xəstələrinin idarə edilməsi və yeni sübutların şərhində çoxprofilli yanaşmanı təmin edən İşçi Qrupa müxtəlif alt ixtisaslara malik kardioloqlar, kardiocərrahlar, metodistlər, mütəxəssis tibb bacıları daxildir.

2. Qulaqcıqların fibrilyasiyasının tərfi və diaqnozu

Qulaqcıq fibrilyasiyası tərfi üçün elektrokardiogramma (EKQ) ilə QF-nı göstərən ritm dokumentasiya olunmalıdır. Müxtəlif implantasiya olunmuş cihazlar və geyinilə bilən monitorlar yüksək sürətli qulaqcıq epizodlarını/subklinik QF-nı aşkarlamağa imkan verir. Bu cihazların əlçatanlığının artması ilə anlaşılmaqların, yanlış təsnifatların və uyğunsuz idarə edilmənin qarşısını almaq üçün xüsusi terminlərin uyğun şəkildə istifadəsi çox önəmlidir.

Cədvəl 1 Qulaqcıq fibrilyasiyasının tərfi

	Tərif
QF	Koordinasiya olunmamış qulaqcıq elektrik aktivliyi və nəticədə effektiv qulaqcıq yığılması ilə təzahür edən mədəciküstü taxiaritmiya. <i>QF-nın elektrokardiografik xüsusiyyətlərinə daxildir:</i> • Qeyri-müntəzəm RR intervalları (qulaqcıq-mədəcik keçiriciliyi pozulmadıqda) • Aşkar təkrarlanan P dalğalarının olmaması və • Qeyri-müntəzəm qulaqcıq aktivliyi.
	Hazırda istifadə olunan terminlər
Klinik QF	Səthi EKQ ilə dokumentasiya olunmuş simptomatik və ya asimptomatik QF Klinik QF diaqnozunun qoyulması üçün tələb olunan QF-ın EKQ aparmasında ən az 30 san davam etməsi və ya tam 12 aparmalı EKQ olmasıdır.

Cədvəl 1 Qulaqcıq fibrilyasiyasının tərfi (davamı)

	Hazırda istifadə olunan terminlər (davamı)
YSQE subklinik QF	QF ilə əlaqəli simptomları olmayan, əvvəllər klinik QF aşkarlanmayan şəxslər aiddir (səthi EKQ-də QF yoxdur). YSQE – qulaqcıq ritminin və dalğalarının davamlı olaraq izlənilməsinə, yaddaş qeydiyyatına imkan verən qulaqcıq elektrodları olan KİEC-lər spesifik kriteriyalar və ya proqramlar vasitəsilə YSQE- nın aşkarlanmasına imkan verir. KİEC qeydiyyatına alınan YSQE-ı vizual olaraq təkrar dəyərləndirilməlidir, çünki elektrik artefaktları və ya yanlış pozitiv ola bilər. Subklinik QF-na İmplantə edilə bilən kardiak monitorlar/geyiniyə bilən monitorlar tərəfindən aşkarlanan və QF, QTı, QT olduğu təstiq edilən , həmçinin vizual olaraq gözdən keçirilən ürək daxili elektroqram və ya qeydə alınmış EKQ ilə təsdiqlənmiş YSQE daxildir.

YSQE üçün cihaz tərəfindən proqramlaşdırılmış sürət meyarı ≥ 175 v/dəq, halbuki subklinik QF üçün müəyyən edilmiş sürət meyarı yoxdur.

YSQE davam etmə müddəti adətən ≥ 5 dəq təyin edilir (artefaktların daxil edilməsini azaltmaq üçün). Halbuki subklinik QF-nın tromboembolizmlə əlaqəsini göstərən müxtəlif çalışmalarda daha geniş aralıqlar (10-20 saniyədən >24 saat qədər) göstərilmişdir. Bildirilən müddət ya ən uzun davam etmiş tək epizoda aid edilmişdir və ya daha çox bütün monitorizasiya müddəti izlənmiş olan YSQE /subklinik QF-nın ümumi davam etmə müddəti olmuşdur.

Tam eyni olmasa da YSQE və subklinik QF terminləri bir-birinin yerinə tez-tez istifadə edilir (bu sənəddə praktiklik baxımından YSQE və subklinik QF termini birləşdirilmişdir).

QF xəstələrinin idarə edilməsini müəyyən edən RKT-dan əldə edilən önəmli sübutların böyük hissəsi yalnızca "klinik" QF ilə (yəni, QF-nın EKQ ilə dokumentasiya edilməsi bu xəstələri RKT-a daxil etmək üçün məcburi kriteriyadır) əlaqəli ikən, YSQE -nin və subklinik QF-nın optimal idarə edilməsinə dair bilgiler əksikdir. Bu səbəblə YSQE / subklinik QF-nın idarə edilməsinə dair davam edən bir neçə RKT-ın nəticələri mövcud olana qədər QF dedikdə ya "klinik" və ya YSQE /"subklinik" QF nəzərdə tutulacaqdır.

YSQE(AHR-atrial high rate episode) = yüksək sürətli qulaqcıq epizodu; QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; EKQ = elektrokardiogramma

QTı = qulaqcıq titrəməsi; QT = qulaqcıq taxikardiyası; v/dəq = vuruq/dəq ; KİEC(CIED-cardiac implantable electronic device) = kardiak implantasiya olunan elektron cihazlar, EKQ = elektrokardiogramma; RKT=randomizasiya kontrollu tədqiqat

QF diaqnozu üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
QF diaqnozunu qoymaq üçün EKQ dokumentasiyası olmalıdır. • Standart 12 apamalı EKQ və ya ≥ 30san davam edən ürək ritmini göstərən tək EKQ aparmasında aydın təkrarlanan P dalğalarının olmaması və qeyri-müntəzəm RR intervalının olması (qulaqcıq-məddəcik keçiriciliyi pozulmadıqda) klinik QF üçün diaqnostikdir.	I	B

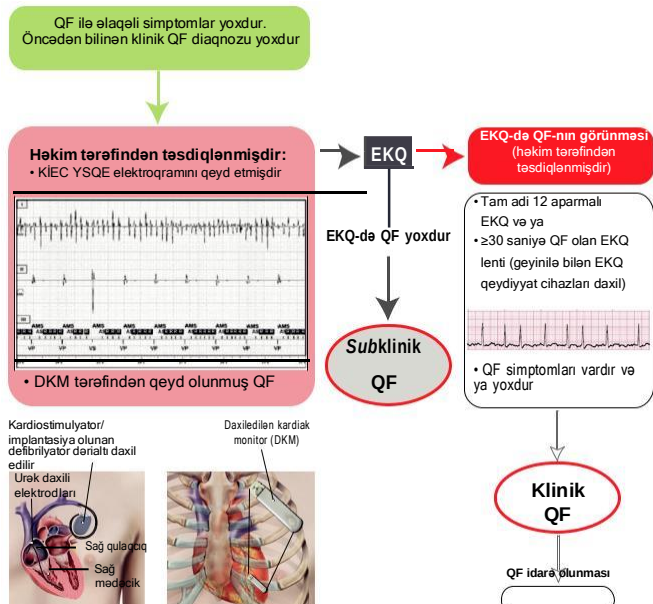
© ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; EKQ = elektrokardiogramma

^aTövsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

Şəkil 1 YSQE/subklinik qulaqcıq fibrilyasiyası diaqnozu



QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; YSQE = yüksək sürətli qulaqcıq epizodu; KIEC = kardiak implantasiya olunan elektron cihazlar; EKQ = elektrokardiogramma; İKM (İCM-omplantabel cardiac monitor) = İmplant edilən kardiak monitorlar.

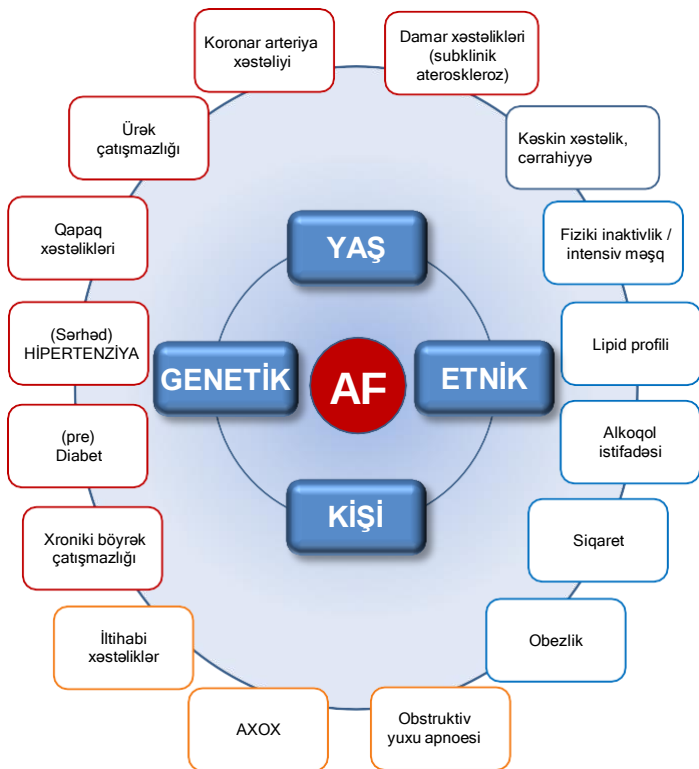
KIEC qulaqcıq elektrodu vasitəsilə qulaqcıq ritmini izləyir və yaddaşa yazır. İKM-nin ürək daxili elektrodları yoxdur, lakin xüsusi alqoritm vasitəsilə tək elektrodlu bipolyar səthi EKQ-ni qeyd edib analiz edərək ürəyin elektrik aktivliyini daimi olaraq izləyir.

Sol alt şəkil : kardiostimulyatorun sağ qulaqcıq elektrodu və sağ mədəcik apeksində mədəcik elektrodu. Hər iki bölgədə stimulyasiyaya (pace) əlavə olaraq bu elektrodlar aid olduğu ürək boşluğundakı elektrik aktivliyi həm də tanıma (sense) qabiliyyətinə malikdir. Cihaz həmçinin YSQE kimi əvvəldən proqramlaşdırılmış hadisələri də aşkar edə bilir.

Sağ alt şəkil: dərialtı DKM: bu cihazların ürək elektrodları yoxdur və adətən YSQE və ya QF-nin aşkarlanması üçün daxili alqoritmləri vasitəsilə tək, bipolyar, səthi EKQ-ni qeyd edir.

3. Epidemiologiya

Şəkil 2 QF hadisələrinin risk faktorlarının ümumiləşdirilməsi

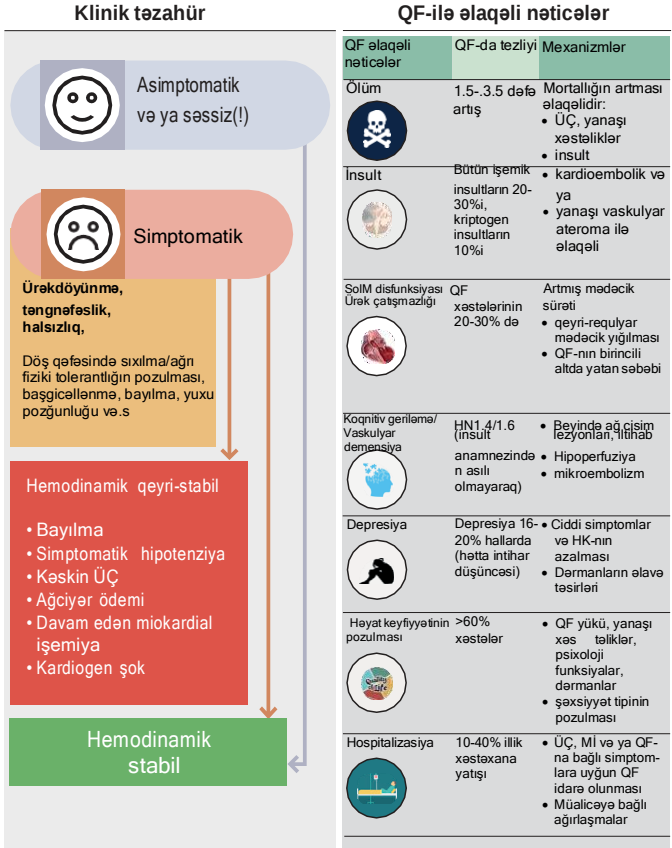


QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; AXOX = ağciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəliyi

©ESC

4. Qulaqcıq fibrilyasiyasının klinik xüsusiyyətləri

Şəkil 3 Qulaqcıq fibrilyasiyasının klinik təzahürləri



Fibrilyasiya və QF ilə əlaqəli nəticələr

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; ÜÇ = ürək çatışmazlığı; HR = Hazard nisbəti; SolM = sol mədəcik; MI= miokard infarktı; HK = heyat keyfiyyəti.

QF-lı xəstələrin müxtəlif simptomları olur, lakin xəstələrin 50-87%-i başlanğıcda asimptomatik olur, hansı ki, proqnoz baxımından daha əlverişsizdir. İlk dəfə başlayan QF simptomları daha az aşındırılmışdır, belə ki bu müalicə ilə dəyişə bilər. Adətən QF təkrarlanmaları asimptomatik olur.

İnsult/sistolik embolizm: QF xəstələrində QF-na bağlı illik insult riski yanaşı xəstəliklərin olmasından asılıdır. QF ilə əlaqəli kardioembolik insultlar adətən ciddidir, yüksək təkrarlanma riskinə malikdir, adətən ölümcüldür və əksər hallarda qalıcı əlilliyə səbəb olur. Populyasiya əsaslı reyestrlərdə yeni başlayan QF olan xəstələrdə sistemik embolizm riskinin artdığı görülmüşdür.

Sol mədəcik (SolM) disfunksiyası və ÜÇ: QF ilə əlaqəli bir çox mexanizmlər/miokardial dəyişikliklər sol mədəcik disfunksiyasına və ÜÇ-na səbəb olur, bu da QF xəstələri arasında ÜÇ yayılmasının və sıxlığının artmasına gətirib çıxarır. Ortaq risk faktorları olan QF və ÜÇ əksər hallarda bir arada rast gəlinir və ya biri digərini sürətləndirir/kəskinləşdirir, bu da iki xəstəliyin ayrılıqdakı mortallığından daha çox mortallığın artmasına səbəb olur.

Xəstəxana yatışı: QF xəstələrinin təxminən 30%-nin ən azı ildə bir dəfə, 10%-nin isə ildə >2 xəstəxana yatışı olur, bu da yaş və cins nəzərə alınmadan QF olmayan xəstələrə görə 2 dəfə yüksək xəstəxana yatışı deməkdir (müvafiq olaraq 37.5% və 17.5%). Ölkədaxili bir kohortda xəstəxana yatışlarının 14%-də ilkin müraciət səbəbi QF olmuşdur, lakin xəstəxanadaxili mortallıq <1% olmuşdur. QF xəstələrinin xəstəxana yatışlarının əsas səbəbləri ürək-damar xəstəlikləri (49%), Qeyri-ürək-damar səbəblər (43%) və qanaxma(8%) olmuşdur.

Həyat keyfiyyəti (HK) və funksional status: QF xəstələrinin >60% əhəmiyyətli dərəcədə HK/fiziki aktivlik toleransı pozulur, lakin yalnız 17% -də mədudlaşdırıcı simptomlar yaranır. HK qadınlarda, gənc şəxslərdə və yanaşı xəstəlikləri çox olanlarda ciddi dərəcədə azalır. QF yükü də HK -nə təsir edir, lakin yalnız psixoloji funksiya simptomları və HK barədə öncədən xəbərdar edə bilər. QF xəstələrində əksər hallarda narahatlıq, həyəcanlılıq yaranır, artmış depressiya simptomları olur və bu HK pozulmuş sıxıntılı şəxs tipinin (TipD) yaranmasına səbəb olur. Əsas simptom və HK yönləndiriciləri QF-nin optimal müalicəsinin müəyyənləşdirilməsinə imkan verir. Simptomların QF ilə əlaqəli olmasını təsdiqləmək önəmlidir və ya simptomlar yoxdursa, fiziki aktivlikdə yaranan təngnəfəslik, yorğunluq halının şüurlu olmasını inkar etmək və kardioversiya sonrası yaranan mümkün yaxşılaşmaları qeyd etmək lazımdır.

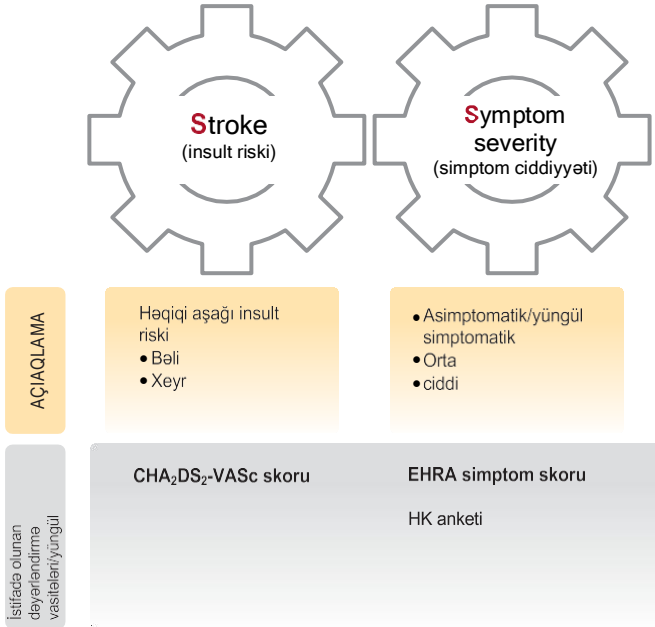
Kognitiv pozulma/demensiya: QF klinik olaraq aşkar/səssiz insult və ya yetərinə aşındırılmayan insultdan əlaqəsiz yollar vasitəsilə kognitiv funksiyasının yüngül pozğunluğundan ciddi demensiya qədər ağırlaşmalara səbəb olur. Maqnit rezonans görüntüləmə (MRG) çalışmaları QF-nin səssiz beyin isemiyasını 2 dəfə artırdığı göstərilmişdir. Son mütəxəssis konsensusunda bu məlumatlar ümumiləşdirilmişdir.

Mortallıq: QF müstəqil olaraq qadınlarda bütün səbəbli mortallığı 2 dəfə, kişilərdə 1.5 dəfə, ümumi mortallıq riskini isə 3.5 dəfə artırır. Bunun açıqlaması çoxərfəli olsa da yanaşı xəstəliklər burada ən əhəmiyyətli rol oynayır. Son çalışmalarda QF xəstələrində ən çox rast gəlinən ölüm səbəbləri ÜÇ (14.5%), maliqniyasiya (23.1%), and infeksiya/sepsis (17.3%) olduğu halda, insult ilə əlaqəli mortallıq yalnız 6.5% olmuşdur. Bu və digər son məlumatlar QF.

5. Qulaqcıq fibrilyasiyası subtipləri, yükü və progressiyası

Təzahür formasına, davamətmə müddətinə və özbaşına sonlanmasına görə QF-nın 5 növü vardır. Praktiki olmasına baxmayaraq bu klassifikasiyanın əhəmiyyətli məhdudiyyətləri vardır və QF idarə edilməsinə dair tövsiyələr yalnız müvəqqəti QF paternlərinə aid deyildir. QF xəstələrinin müxtəlif səhiyyə xidmətləri çərçivəsində dəyərləndirilməsini asanlaşdıran və QF-nın optimal idarə edilməsini.

Şəkil 4 4S-QF sxemi nümunəsi



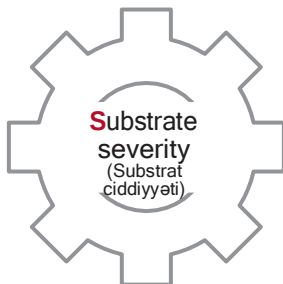
QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; CHA₂DS₂ VASc = Congestive heart failure (durğunluq ürək çatışmazlığı), Hypertension (hipertenziya), Age (yaş) ≥75 years, Diabetes mellitus (şəkərli diabet), Stroke(insult), Vascular disease (damar xəstəlikləri), Age (yaş)65-74 il, Sex(cinsiyət)

təmin etmək məqsədilə 2020 ESC QF rəhbər tövsiyələri insult riskini, simptomların ciddiyətini, QF yükünün ciddiyətini və substratın ciddiyətini nəzərə alan 4S QF sxemini irəli sürmüşdür.

QFnın struktural xarakterizasiyası



- Spontan sonlandırma
- QF davam etmə müddəti və vahid zamandakı sayları



- Yanaşı xəstəliklər/ kardiovaskulyar risk faktorları
- Qulaqcıq kardiomiopatiyası (qulaqcıq böyüməsi / disfunksiyası / fibroz)

- **Müvəqqəti QF paternləri** (Paroksizmal, Persistent, uzun müddətli persistent, qalıcı)
- **Total QF yükü** (müşahidə müddətində QFnın tam müddəti, ən uzun epizod, epizodların sayı və s.)

- **Klinik dəyərləndirmə** QF hadisəsinin risk skoru, QF proqresiyası risk skoru
- **Görüntüləmə** (TTE, TEE, KT, kardiak MRG), biomarkerlər

MRG = maqnit rezonans görüntüləmə; HK = həyat keyfiyyəti; TEE = transezofageal exokardiografiya; TTE = transtorakal exokardiografiya

6. QF skrininqi

QF-nın skrininq vasitələrinin əlçatanlığı artmaqdadır və bu səbəblə skrininqin faydalı olacağı düşünülen populyasiyanın müəyyən edilməsi də əhəmiyyət daşıyır. Əsas istifadə olunan QF skrininqi tip və strategiyalarına müəyyən yaşın üzərində olanlarda (adətən 65 yaşdan böyük) və ya insult riski yüksək şəxslərdə aparılan sistemativ və ya opportunistik skrininq daxil edilir. Bu zaman 2 həftə müddətində fasiləli təkli və ya 30 san-lik təkrarlanan EKQ yazıları istifadə edilir. Ağıllı telefonların və saatların istifadə olunması uyğun monitorizasiya sıxlığını artırmışdır. Skrininq metodu ilə öncədən diaqnoz qoyulmamış QF nin aşkar olunmasının potensial üstünlükləri və mənfi tərəfləri vardır. Geyinilə bilən texnologiyalar QF aşkarlanmasında və QF yükünün dəyərləndirilməsində gələcəkdə daha ucuz və praktik yanaşmaya imkan verəcəkdir.

QF aşkarlanmasında skrininq tövsiyələri		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
≥65yaş xəstələrdə nəbz ölçülməsi və ya EKQ ritm dəyərləndirilməsi ilə QF-nın opportunistik skrininqi aparılması tövsiyə olunur.	I	B
Kardiostimulyatorlarda və implantasiya olunan kardioverter defibrilyatorlarda YSQE ^c aşkarlanması baxımından rəqulyar izləmə tövsiyə olunur.	I	B
QF skrininqi aparıldıqda aşağıdakılar tövsiyə edilir: - Skrininq olunan şəxslərin QF-nın aşkarlanmasının əhəmiyyəti və bunun müalicəyə tövhəsi haqqında məlumatlandırılmalıdır. - Skrininqi pozitiv xəstələrdə QF diaqnozunu təsdiqlənməsi və optimal idarə olunması üçün strukturlaşdırılmış müraciət platformasının təşkili. - Skrininq pozitiv QF halı yalnız həkim tək aparmalı EKQ-də ≥30san davam edən və ya 12 aparmalı EKQ-nin QF-nı göstərdiyini təsdiqlədikdən sonra mümkündür.	I	B
≥75 yaş və yüksək insult riski daşıyan şəxslərdə QF aşkarlanması baxımından sistemativ EKQ skrininqinin tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	Ila	B

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; YSQE-yüksək sürətli qulaqcıq epizodu, EKG = elektrokardiogramma. aTövsiyə sinfi – bsbüt səviyyəsi. c Bölmə 2 də QF və YSQE diaqnostik kriteriyalarına bax və bölmə 12 də YSQE xəstələrinin idarə olunmasına bax.

7. Qulaqcıq fibrilyasiyasında diaqnostik dəyərləndirmə

QF daha çox ürək-damar risk faktorları olan/və ya yanaşı xəstəlikləri olan xəstələrdə meydana çıxır və diaqnozu qoyulmamış vəziyyətlərin bəzən ilkin göstəricisi ola bilər. Bu səbəblə bütün QF xəstələri üçün ətrafı ürək-damar dəyərləndirilməsi faydalıdır. Bu dəyərləndirmənin genişliyi xəstənin xüsusiyyətlərindən də asılıdır. Vacib məqam QF ilə əlaqəli simptomların doğru bir şəkildə dəyərləndirilməsidir.

Cədvəl 2 EHRA (AÜRA) simptom klasifikasiyası

Bal	Simptomlar	Açıqlama
1	Yoxdur	QF heç bir simptomla səbəb olmur
2a	Yüngül	QF ilə əlaqəli simptomlar günlük həyat fəaliyyətinə təsir etmir.
2b	Orta	QF ilə əlaqəli simptomlar günlük həyat fəaliyyətinə təsir etmir, lakin xəstə simptomların varlığından narahatdır
3	Ciddi	Simptomlar günlük həyat fəaliyyətinə təsir edir.
4	Kəskin	Günlük həyat fəaliyyətini icra edə bilmir.

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; EHRA (AÜRA)= European Heart Rhythm Association (Avropa Ürək Ritm Assosiasiyası).

QF xəstələrinin diaqnostik dəyərləndirilməsinə aid tövsiyələr

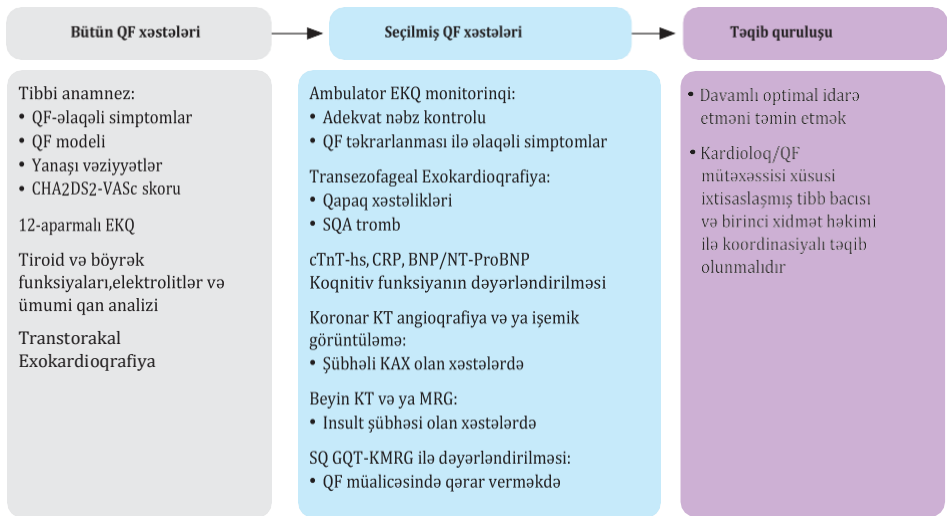
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
QF xəstələri üçün tövsiyə olunur: - QF ilə əlaqəli simptomları (halsızlıq, yorğunluq, fiziki aktivlikdə təngnəfəslik, ürəkdöyünmə, döş qəfəsində ağrı) dəyərləndirin və müalicədən əvvəl və sonra EHRA təsnifatını istifadə edərək xəstənin simptom statusunu müəyyən edin. - Davamlı QF da kardioversiya ilə ritm kontrolu müalicəsi qərarının verilməsindən əvvəl və sonra QF ilə əlaqəli simptomları dəyərləndirin	I	C

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; EHRA (AÜRA)= European Heart Rhythm Association (Avropa Ürək Ritm Assosiasiyası).

^aTövsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi

Şəkil 5 QF xəstələrində diaqnostik işləmlər və təqib



QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; BNP = B-type natriuretic peptide; CHA2DS2 VASc = Congestive heart failure (durgunluq ürək çatışmazlığı), Hypertension (hipertenziya), Age (yaş) ≥75 years, Diabetes mellitus (şəkərli diabet), Stroke (insult), Vascular disease (damar xəstəlikləri), Age (yaş) 65–74 il, Sex (cins) category (female-qadın); KAX = koronar arteriya xəstəliyi;

CRP = C-reactive protein;

KT = komputer tomoqrafiya; KTA = komputer tomoqrafik angiografiya; cTnT-hs = high-sensitivity cardiac troponin T;

EKQ = elektrokardiogramma; SQA = sol qulaqcıq appendiksi; GQT-KMRG = gec qadolinium tutulumlu kardiak maqnit rezonans görüntüləmə; MRG = maqnit rezonans görüntüləmə; NT-ProBNP = N-terminal (NT)-prohormone B-type natriuretic peptide.

8. Qulaqcıq fibrilyasiyası xəstələrinin integrasiya olunmuş idarə edilməsi

QF-dan əziyyət çəkən xəstələrin integrasiya olunmuş idarə edilməsi, QF-nin optimal müalicəsini asanlaşdırmaq və xəstəliyin nəticələrini yaxşılaşdırmaq üçün xəstə, həkim və səhiyyə sistemi ilə bağlı vacib nüansları birləşdirir.

İntegrasiya edilmiş QF-ın idarə olunması ilə bağlı tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Nəzərə alınan spesifik QF müalicə variant(lar)ı ilə bağlı optimal ortaq qərar qəbul etmək üçün həkimlərə tövsiyə olunur: - Xəstəni nəzərdən keçirilən müalicə variantları ilə bağlı üstünlüklər/məhdudiyyətlər və fayda/risklər haqqında məlumatlandırmaq; və - Müalicənin potensial imkanlarını xəstə ilə müzakirə etmək və xəstənin bu barədə fikirlərini də müalicənin qərarına daxil etmək.	I	C
Müalicənin müvəffəqiyyətini dəyərləndirmək və xəstəyə qarşı diqqətli olmaq üçün mütəmadi olaraq PBN-lərinin də nəzərə alınması tövsiyə olunur.	I	C
Klinik nəticələri yaxşılaşdırmaq üçün bütün QF xəstələrində tibb işçiləri, xəstələr və onların ailəsi/baxıcıları daxil olmaqla birgə multidisiplinar yanaşma ilə integrasiya olunmuş idarəetmə tətbiq etmək məqsəduyğundur.	Ila	B

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; PBN = pasient (xəstə) tərəfindən bildirilən nəticə.

^aTövsiyə sinfi

^bSübut səviyyəsi.

9. Xəstəliyin idarə olunması - integrasiya olunmuş ABC

Qulaqcıq fibrilyasiyasından əziyyət çəkən xəstələrdə xəstəliyin idarə olunması və onlara olan diqqət ən yaxşı halda ABC (Antikoagulyasiya-insultdan qorunmaq məqsədilə; B (better) - simptomların daha yaxşı idarə olunması; C-ürəkdamar sisteminin və yanaşı xəstəliklərin optimallaşdırılması) yolu ilə aparılır. Sadə yanaşma tərzilə müqayisədə ABC yolunun seçilməsinin aşağı riskli klinik nəticələrlə əlaqəli olduğu bildirilmişdir.

9. 1. 'A' – Antikoagulyasiya/insuldan qorunmaq

9.1.1. İnsult riskinin dəyərləndirilməsi

Spesifik insult risk faktorlarının/dəyişdiricilərinin mövcudluğundan asılı olaraq QF ilə bağlı insult riskləri eyni deyil. Ümumi insult risk faktorları, klinik risk faktorlarına əsaslanan CHA2DS2-VASc risk hesablanmasında birləşdirilmişdir. İnsult riskini dəyərləndirmək üçün verilən ballar sadə və praktik olmalıdır. Mövcud klinik risk faktorlarına əsaslanan CHA2DS2-VASc hesablanması yüksək riskli xəstələrin proqnozlaşdırılmasında kifayət qədər yetərlidir. Bu hesablanmaya əsasən aşağı risk qrupu kimi dəyərləndirilən xəstələrin işemik insult keçirmək ehtimalı və ya ölüm faizi də aşağı olur və onlar hər hansı bir insuldan profilaktik qorunma müalicəsinə ehtiyac duymurlar.

Cədvəl 3 CHA2DS2-VASc risk hesablanması

Risk faktorları		Verilən ballar
C	Durğunluq ürək çatışmazlığı Klinik ürək çatışmazlığı və ya diaqnostik olaraq təsdiqlənmiş orta və ya ciddi SolM disfunksiyası və ya Hipertrofik kardiomiopatiya	1
H	Hipertoniya xəstəliyi və ya antihipertenziv müalicə qəbulu	1
A	Yaş 75 və ya daha çox	2
D	Şəkərli diabet və oral hipoqlikemik dərman və/və ya insulin qəbulu və ya acqarına qanda qlükoza >125 mq/dL (7 mmol/L) olması	1
S	İşemik insult daha əvvəl keçirilmiş insult, TİH və ya tromboemboliya	2
V	Damar xəstəlikləri ciddi KAX, daha əvvəl keçirilmiş Mİ, PAX və ya aortal plak	1
A	Yaşın 65-74 arası olması	1
Sc	Cinsiyyət (qadın cinsi)	1
Maksimum bal		9

KAX = koronar arteriya xəstəliyi; SolM = sol mədəcik; Mİ = miokard infarktı; PAX = periferik arteriya xəstəliyi; TİH = tranzitor işemik həmlə.

9.1.2. Qanaxma riskinin dəyərləndirilməsi

Antitrombotik terapiyaya başlayarkən qanaxma üçün potensial risklər dəyərləndirilməlidir. Dəyişdirilə bilməyən və qismən dəyişdirilə bilən qanaxma risk faktorları, dəyişdirilə bilən faktorlarla bərabər qanaxma hadisələrində mühüm amillərdir. Qanaxma riskinin qiymətləndirilməsi dəyişdirilə bilən qanaxma risk faktorlarına təkrar baxış, qanaxma riski yüksək olan xəstələrin erkən və daha tez-tez klinik müayinə və təqibi üçün aparılır, lakin bunlar OAK-lara əks göstərişi olan xəstələr istisna olmaqla digər hallarda oral antikoagulyasiya müalicəsinin (OAK) dayandırılması üçün səbəb olmamalıdır.

Cədvəl 4 .OAK və antiaqreqant müalicə zamanı qanaxma üçün risk faktorları

Dəyişdirilə bilməyən	
Yaş >65 Daha əvvəl keçirilmiş ağır qanaxma Ciddi böyrək çatışmazlığı (dializ alan və ya böyrək transplantasiyası olunan xəstələr) Ciddi qaraciyər disfunksiyası(sirroz) Bədxassəli şiş	Genetik faktorlar (məsələn, CYP 2C9 polimorfizmləri) Daha əvvəl keçirilmiş insult, xırda damar xəstəliyi və s. Şəkərli diabet Koqnitiv pozğunluq/demensiya
Potensial olaraq dəyişdirilə bilən	
Həddindən artıq zəiflik ± həddən çox tez yıxılma ehtimalı ^a Anemiya Trombositlərin sayı və ya funksiyasının azalması	KK<60 ml/dəq olduğu böyrək çatışmazlığı VKA ilə idarəetmə strategiyası ^b
Dəyişdirilə bilən	
Hipertoniya xəst./yüksək SQT Paralel antiaqreqant/QSIƏD qəbulu Həddindən artıq spirtli içki qəbulu,OAK qəbuluna riayət edilməməsi Təhlükəli hobbilər / peşələr	Heparinlə körpü müalicəsi INR kontrolu (hədəf 2.0-3.0), hədəf TTR >70% ^c Uyğun OAK seçimi və düzgün dozalanma ^d
Biomarkerlər	
GDF-15 Sistatin C / CKD-EPI cTnT-hs DF-15	von Willebrand faktoru (+ digər koagulyasiya markerləri)

CKD-EPI = Xroniki Böyrək Xəstəlikləri Epidemiologiyası ilə Əməkdaşlıq; KK = kreatinin klirensi; cTnT-hs = yüksək həssaslıqlı troponin T; CYP = sitoxrom P; GDF-15 = artım fərqləndirmə faktoru-15; INR = beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət; QSIƏD = qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman;OAK = oral antikoagulyant; SQT = sistolik qan təzyiqi; TTR = terapeutik diapazonda vaxt; VKA = K vitamini antaqonisti. a-Gəzinti vasitələri;uyğun ayaqqabı;uzaq yol təhlükələrini aradan qaldırmaq üçün ümumi baxış; müvafiq hallarda nevroloji qiymətləndirmə. b- Artan INR monitorinqi, xüsusi OAK qəbulu, özünə nəzarət/özünüidarəetmə,təhsil/davranış müdaxilələri. c-VKA müalicəsi alan xəstələr üçün. d- Xəstənin.

Cədvəl 5 HAS-BLED hesablanmasında klinik risk faktorları

Risk faktorları		Verilən ballar
H	İdarə oluna bilməyən təzyiq Sistolik QT >160 mmHg nəzarətsiz hipertenziya	1
A	Anormal böyrək və/və ya qaraciyər funksiyası Dializ, transplantasiya, serum kreatinin >200 µmol/L, siroz, bilirubin > x2 ULN, AST/ALT/ALP > x3 ULN	Hər biri üçün 1 bal
S	İnsult Daha əvvəl keçirilmiş ishemik və ya hemorragik insult	1
B	Qanaxma anamnezi və ya qanaxmaya meyilli olmaq Anamnezində ciddi hemorragiya və ya anemiya , kəskin trombositopeniya	1
L	Dəyişkən INR^b VKA qəbul edən xəstədə TTR <60% olması	1
E	Yaşlı Yaş>65 olması və ya həddən artıq zəiflik	1
D	Narkotik və ya həddən çox spirtli içki qəbulu Paralel olaraq antiagreqant və ya QSIƏD qəbulu və/və ya həftə ərzində həddən çox spirtli içki qəbulu ^c	Hər biri üçün 1 bal
Maksimum bal		9

ALP = alkalın fosfataza; ALT = alanin aminotransferaza; AST = aspartat aminotransferaza; QT = qan təzyiqi; INR = beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət ; TTR =terapevtik diapozondakı vaxt ; ULN-normanın yuxarı sərhədi; VKA = vitamin K antaqonisti.

^aHemorragik insult 'B' meyarına uyğun olaraq 1 bal verir.

^bYalnız xəstənin VKA qəbul etdiyi hallarda keçərlidir.

^cHəddən çox spirtli içki istifadəsi (məs.həftədə >14 vahid) halları və bu vəziyyətin həkim tərəfindən sağlamlığa və ya qanaxma riskinə mənfi təsirinin olmasının bildirilməsi.

Cədvəl 6 Sol qulaqcıq appendiksindən sonra antitrombotik müalicə

Cihaz/xəstə	Aspirin	OAK	Klopidogrel	Şərhlər
Watchman/ aşağı qanaxma riskli	75-325 mq/sutka Qeyri- müəyyən müddətə	Prosedurdan sonra 45 gün və ya SQA-in tam qapanmasının TEE ilə təsdiqlənməsinə qədər varfarin qəbulu (hədəf INR 2-3). YOAK alternativ variantdır.	OAK dayandırıldıqdan sonra 75 mq/sutka ilə başlamaq və prosedurdan sonra 6 ay davam etmək	Bəzi mərkəzlər prosedur zamanı OAK istifadəsindən imtina etmirlər(bunu təsdiqləyən/inkar edən məlumat yoxdur)
Watchman/ yüksək qanaxma riskli	75-325 mq/sutka qeyri- müəyyən müddətə	Yoxdur	1-6 ay 75 mq/sutka davam etmək və SQA-in qapanmasından əmin olmaq ^a	Risk yüksək olduğu hallarda klopidogrel qısa müddət verilir. Klopidogrel yaxşı tolərə edilən hallarda uzunmüddətli aspirin qəbulu ilə əvəz edilir
AKQC/Amulet	75-325 mq/sutka Qeyri-müəyyən müddətə	Yoxdur	1-6 ay 75 mq/sutka davam etmək və SQA-in qapanmasından əmin olmaq ^a	

AKQC = AmplatzerTM kardiak qapayıcı cihaz; INR = beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət; SQA =sol qulaqcıq appendiksi; YOAK = qeyri vitamin K antaqonisti olan oral antikoagulant; OAK = oral antikoagulant qəbulu; TEE = transezofageal exokardiografiya.

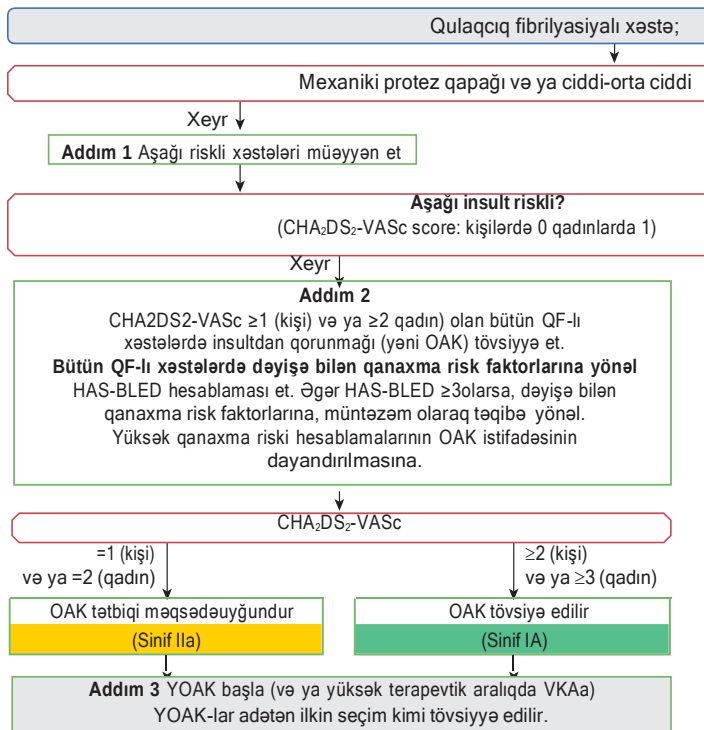
Qeyd: Müalicə qəbul olunmayıbsa prosedurdan əvvəl aspirin və ya klopidogrel yüklə. Bütün xəstələrdə transseptal punksiyalardan əvvəl və ya dərhal sonra aktivləşdirilmiş laxtalanma vaxtı>250 san olan heparin, varfarin tələb olunduğu hallarda aşağı-molekul çəkili heparinlə əvəz edilir.

^a5 mm-dən az sızıntı.

9.1.1. İnsultdan qorunma yolları

İnsult risk faktorları olan xəstələrdə OAK-lar insult və ölüm riskini azaldır. Buna görə də, OAK-lar QF xəstələrinin idarə olunmasında ən əsas dərman qrupudur. İnsult riskini dəyərləndirmək üçün risk faktorlarına əsaslanan CHA₂DS₂ - VASc hesablanmasından istifadə olunması tövsiyyə edilir. Bu zaman "aşağı insult riskli" xəstələri müəyyən etmək mümkün olur və bu qrup xəstələrdə antitrombotik müalicəyə ehtiyac yoxdur.

Şəkil 6 'A' - Antikoagulyasiya/İnsultdan qorunmaq: 'QF 3-cü mərhələ' yolu



OAK qəbulu üçün uyğun olan əksər xəstələrdə (mexaniki ürək qapağı, ciddi-orta dərəcəli ciddi mitral darlığı olan xəstələr istisna olmaqla) YOAK-lar vitamin K antoqonistlərinə nəzərən daha üstünlük təşkil edir.

Oral antikoagulyasiya üçün uyğundur

dərəcəli mitral darlığı olan QF-lı xəstələr?

↓ Bəli

Yüksək terapevtik aralıqda VKA istifadə
(hədəf INR qapaq lezyonundan və ya protezdən asılıdır)

↓ Bəli

Antitrombotik müalicə vermə

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; CHA2DS2 -VASc = Durğunluq ürək çatışmazlığı, Hipertoniya, Yaş ≥ 75 , Şəkərli diabet, İnsult, Damar xəstəlikləri, Yaşın 65-74 aralığında olması, Cinsiyyət (qadın); HAS-BLED = Hipertoniya, Anormal böyrək/qaraciyər funksiyaları, İnsult, Anamnezdə qanaxma və ya qanaxmaya meyillik olması, Dəyişkən INR, Yaş (>65), Paralel olaraq narkotik/spirtli içki istifadəsi; INR = beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət; YOAK = qeyri vitamin K antaqonisti olan oral antikoagulant; OAK = oral antikoagulant; SAmE-TT2R2 = cinsiyyət (qadın), Yaş (<60 olması), mövcud anamnez, Müalicə (qarşılıqlı təsir göstərən dərman(lar)), Tütün istifadəsi, İrəq (qeyri-Qafqaz) (hesablama); TTR = terapevtik aralıqdakı vaxt; VKA = vitamin K antaqonisti.
^aVKA tövsiyyə edilərsə SAmE-TT2R2 hesabla: 0-2 arası bal olarsa, VKA tövsiyyə edə bilərik (məs. varfarin) və ya YOAK; əgər >2 bal olarsa, rəqulyar olaraq yenidən baxış/sıx INR təqibi/ yaxşı antikoagulyasiya üçün VKA istifadəçilərindən məsləhət almaq və ya bunun əvəzinə YOAK qəbulunu tövsiyyə etmək; TTR ideal olaraq $>70\%$.

Qulaqcıq fibrilyasiyası zamanı tromboembolik hadisələrdən qorunmaq üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif^a	Səviyyə^b
İnsultdan qorunmaq üçün OAK istifadəyə uyğun olan xəstələrdə, YOAK istifadəsinə üstünlük verilməsi tövsiyə olunur (Mexaniki ürək qapağı və ya orta-ciddi dərəcəli mitral darlığı olan xəstələr istisna olmaqla).	I	A
İnsult riskini dəyərləndirmək üçün risk faktorlarına əsaslanan yanaşma tərzii tövsiyə olunur. Xəstələrin "aşağı insult risk qrupu"-da olmasını (CHA2DS2-VASc=0 kişilərdə və ya qadınlar üçün 1 olması) müəyyənləşdirmək üçün CHA2DS2-VASc klinik risk hesablamasından istifadə edilir. Bu xəstələrdə antitrombotik müalicə təklif olunmur.	I	A
CHA2DS2 -VASc ≥ 2 kişilərdə və ya ≥ 3 qadınlarda olduğu halda insultdan qorunmaq üçün OAK tövsiyə olunur.	I	A
QF xəstələrində CHA2DS2-VASc kişilərdə 1 və ya qadınlarda 2 olduğu halda insultdan qorunmaq üçün OAK qəbulu məqsəddəuyğundur. Müalicə dəqiq kliniki faydalara və xəstələrin ümumi dəyərlərinə əsaslanaraq individuallaşdırılmalıdır.	IIa	B
QF xəstələrində qanaxma riskinin dəyərləndirilməsi zamanı dəyişdirilə bilən və bilməyən risk faktorlarını aydınlaşdırmaq üçün qanaxma risk hesablanması tövsiyə olunur. Bu həmçinin yüksək riskli xəstələri müəyyənləşdirməyə və onların erkən, daha sıx kliniki təqibinə şərait yaradır.	I	B
Qanaxma riskini dəyərləndirməsinə əsaslanan HAS-BLED hesablanması dəyişdirilə bilən risk faktorlarının, həmçinin yüksək riskli (HAS-BLED ≥ 3) xəstələrin müəyyənləşdirilməsinə və onların erkən, daha sıx kliniki təqibinə şərait yaradır.	IIa	B
Bəzi risk faktorları potensial olaraq dəyişdirilə bildiyindən müalicənin gedişatı üçün insult və qanaxma riskinin mütəmadi olaraq təkrari dəyərləndirilməsi tövsiyyə olunur (məs. aşağı riskli xəstələrdə uzun müddət OAK istifadə etməmək). ^c	I	B
İlkin olaraq aşağı risk qrupu kimi dəyərləndirilən QF xəstələrində təkrari risk dəyərləndirilməsinin 4-6 ay sonra tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
VKA istifadə edilsə, hədəf INR 2.0-3.0, individual TTR $\geq 70\%$ olması tövsiyə edilir.	I	B

Qulaqcıq fibrilyasiyası zamanı tromboembolik hadisələrdən qorunmaq üçün tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
İNR-si terapeutik aralıqda və TTR-si aşağı olan VKA qəbul edən xəstələrə (məs. TTR <70%), edilən tövsiyə seçimləri: - YOAK-lara keçiş. Lakin bu zaman terapeutik müalicənin qənaətbəxş olduğundan əmin olmaq lazımdır; və ya - TTR-ı yaxşılaşdırmaq üçün cəhdlər (məs. Təhsil/məsləhət və daha sıx İNR təqibi).	I	B
QF xəstələrdə insultdan qorunmaq üçün təkbaşına antiaqreqant müalicə (monoterapiya və ya aspirin və klopidoqrel kombinasiyası) tövsiyə olunmur.	III	A
OAK-lar üçün mütləq əks göstəriş yoxdursa, güman edilən qanaxma riski, insultdan qorunmaq üçün müalicədə OAK istifadəsi qərarının çıxarılmasına istiqamət verməməlidir.	III	A
QF-in klinik mənzərəsi (yeni ilk dəfə aşkarlanan, paroksizmal, persistent, uzun müddətli persistent, permanent) tromboprofilaktikaya göstərişi şərtləndirməməlidir.	III	A

SQA-in bağlanması və ya çıxarılması üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
SQA-in bağlanmasını, uzun-müddətli antikoagulant müalicəyə əks göstəriş olan xəstələrdə insultdan qorunmaq üçün təbiiq etmək olar (məs. geri dönməyən kəllədaxili qanaxma).	IIb	B
SQA-in cərrahi yolla qapadılması və ya çıxarılması ürək əməliyyatı icra edilən xəstələrdə insultdan qorunmaq üçün təbiiq edilə bilər.	IIb	C

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; QT = qan təzyiqi; CHA2DS2 -VASc = Durğunluq ürək çatışmazlığı, Hipertoniya, Yaş ≥ 75, Şəkərli diabet, İnsult, Damar xəstəlikləri, Yaş 65-74 aralığı, Cinsiyyət (qadın); INR = Beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət; HAS-BLED = Hipertoniya, Anormal böyrək/qaraciyər funksiyası, İnsult, Anamnezində qanaxma və ya qanaxmaya meyillik olması, Dəyişkən INR, Yaş (>65), Paralel Narkotik/spirtli içki; INR = Beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət;; SQA = sol qulaqcıq appendiksi; YOAK = qeyri vitamin K antaqonisti olan antikoagulant; QSIƏD = qeyri steroid iltihab əleyhinə dərman; OAK = oral antikoagulant müalicə; SAME-TT2R2 = cinsiyyət(qadın), Yaş (<60) Xəstəlik tarixi, Müalicə, Siqaret, İrqi (qeyri Qafqaz); TTR = terapeutik interval vaxtı; VKA = vitamin K antaqonisti.

^aTövsiyyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi- ^cKontrolsuz QT; dəyişkən INRlər (VKA qəbul edən xəstə); həddən çox spirtli içki; Antikoagulyasiya olunmuş xəstədə yanaşı olaraq QSIƏDlər, aspirin qəbulu; Qanaxma tendensiyası və ona meyillilik (məs. mədə xorası müalicəsi, böyrək və qaraciyər funksiyasının optimallaşdırılması və s.)

Cədvəl 7 YOAK-lar üçün dozalanma kriteriyaları

	Dabiqatran	Rivaroksaban	Apiksaban	Edoksaban
Standard doaz	150 mq g.i.d.	20 mq g.b.d.	5 mq g.i.d.	60 mq g.b.d.
Aşağı doza	110 mq g.i.d.			
Azaldılmış doza		15 mq g.b.d	2.5 mq g.i.d	30 mq g.b.d
Dozanın azaldılması üçün kriteriyalar	Dabiqatran 110 mq g.i.d. verilən xəstələr: Yaş ≥80 • Yanaşı olaraq verapamil, və ya • Artmış qanaxma riski	KK 15-49 mL/min	Bu 3 kriteriyadan ən az 2-in olması: • Yaş ≥80, • Bədən çəkisi ≤60 kq, və ya • Serum kreatinin ≥1.5 mq/dL (133 µmol/L)	Aşağıdakılardan hər hansı birinin olması: • KK 15-50 mL/min, • Bədən çəkisi ≥60 kg, • Yanaşı olaraq dronedaron, siklosporin, eritromisin, və ya ketokonazol

© ESC

g.i.d. = gündə 2 dəfə; KK = kreatinin klirensi; g.b.d. = gündə 1 dəfə.

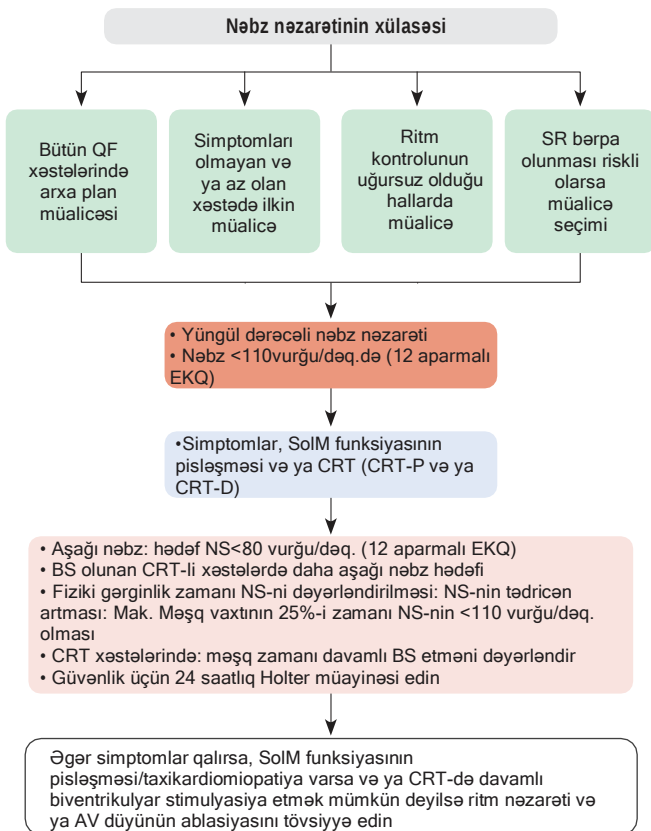
9.2. 'B' – Simptomların daha yaxşı halda nəzarət olunması

Simptomların daha yaxşı halda nəzarət olunması ABC yolunun 2-ci bəndidir və xəstənin idarə olunması üçün çox vacibdir. Simptomlara nəzarət xəstənin simptomlarından asılı olaraq antiaritmik dərmanlar, kardioversiya və ya invaziv müdaxilə vasitəsilə həm sürət, həm də ritm kontrolu daxil olmaqla müxtəlif müalicə strategiyalarının birləşməsindən ibarətdir.

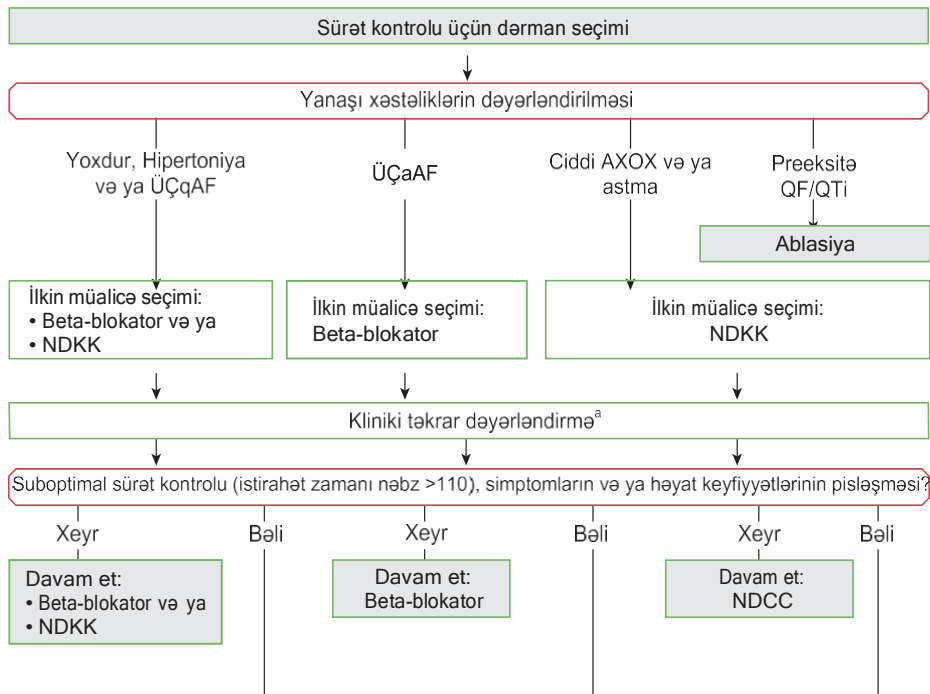
9.2.1 Nəbz nəzarəti

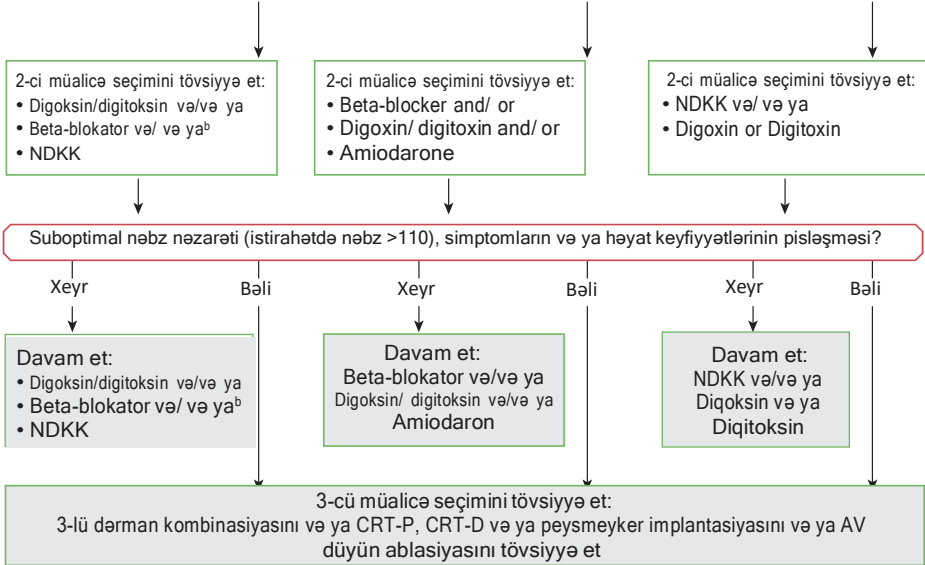
Farmakoloji nəbz nəzarəti müxtəlif dərmanlar vasitəsilə əldə edilə bilər. Optimal nəbz sayı hələ də qeyri-müəyyəndir. Hər xəstə qrupunda dərman seçimi yanaşı mövcud olan xəstəliklərdən asılıdır. Atrioventrikulyar düyünün ablasiyası dərman müalicəsinə cavab verməyən və ya bunu tolerə etməyən xəstə qruplarında effektiv nəbz nəzarətinə imkan verir.

Cədvəl 7 Nəbz nəzarətinin xülasəsi



QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; AVD = atriaventrikulyar düyün; vurğu /dəq. = 1 dəqiqədə nəbz sayı; BS = biventrikulyar stimulyasiya; CRT = ürək resinsinxronizasiya cihazı; CRT-D=ürək resinsinxronizasiya-defibrilyasiya cihazı; CRT-P = ürək resinsinxronizasiya cihazı-peysmeyker; EKQ -elektrokardiqramma; SolM = sol mədəcik; SR = sinus ritmi; NS = nəbz sürəti

Cədvəl 8 Nəbz nəzarəti üçün dərman seçimi



QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; QTİ = qulaqcıq titrəməsi; AXOX = xroniki obstruktiv ağciyər xəstəliyi; CRT-D=ürək resinxronizasiya-defibrilyasiya cihazı; CRT-P = ürək resinxronizasiya cihazı-peysmerker; ÜÇqAF = qorunmuş atım fraksiyalı ürək çatışmazlığı; ÜÇaAF = aşağı atım fraksiyalı ürək çatışmazlığı; NDKK = Non-dihidropiridin kalsium kanal blokatorları.

^aTəkrari klinik dəyərləndirmə, istirahətdə nəbz sürətinin, QF/QTİ ilə bağlı simptomların və həyat keyfiyyətlərin qiymətləndirilməsinə əsaslanmalıdır. Suboptimal sürət kontrolu (istirahətdə nəbz >110), simptomların və ya həyat keyfiyyətlərinin pisləşməsi olarsa 2-ci müalicə seçimini və əgər ehtiyac olarsa 3-cü müalicə seçimini tövsiyyə et

^bBeta-blokator və NDKK istifadəsində ehtiyatlı ol, 24 saatlıq Holterlə bradikardiyanın olub-olmamasını təqib et

Qulaqcıq fibrilyasiyası olan xəstələrdə nəbz nəzarəti üçün tövsiyələr^a

Tövsiyələr	Sinif ^b	Səviyyə ^c
Sol mədəcik AF $\geq$ 40% olan QF xəstələrində nəbz nəzarəti üçün ilk seçim dərman kimi beta-blokatorlar, diltiazem və ya verapamil tövsiyə olunur.	I	B
Sol mədəcik AF<40 % olan QF xəstələrində nəbz nəzarəti üçün beta -blokatorlar və /və ya diqoksin tövsiyə olunur.	I	B
Əgər tək dərmanla hədəf nəbz əldə edilə bilmirsə, nəbz nəzarəti üçün nəzərdə tutulan dərmanların birgə istifadəsinin ^d tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Nəbz nəzarəti strategiyası zamanı ilkin hədəf nəbz olaraq sakitlikdə ürək vurğularının sayı <110 v /dəq nəzərdə tutulması nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
İntensiv nəbz və ritm nəzarəti müalicəsinə cavab verməyən və ya sol qulaqcıq ablasiyası ilə ritm nəzarəti əldə olunmasına uyğun olmayan xəstələrdə kardiostimulyator asılılığını qəbul etdiyi təqdirdə nəbz nəzarəti məqsədilə atrioventrikulyar düyün ablasiyasının tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Hemodinamik qeyri/stabil və ya ciddi sol mədəcik sistolik disfunksiyası olan xəstələrdə kəskin nəbz nəzarəti məqsədilə venadaxili amiodaron istifadə edilə bilər.	IIb	B

QF-qulaqcıq fibrilyasiyası; Ekq = elektrokardioqram; SolQ-sol qulaqcıq; AF-atım fraksiyası
^aMüxtəlif QF populyasiyaları və yanaşı xəstəliklər zamanı nəbz nəzarəti üçün 10-cu bölməyə bax.

^bTövsiyə sinfi.

^cSübut səviyyəsi.

^dBeta -blokatorların verapamil və ya diltiazemlə birgə istifadəsi zamanı bradikardiyanı aşkar etmək məqsədilə 24 saatlıq holter monitorizasiyası aparılmalıdır.

9.2.2. Ritm nəzarəti

Ritm nəzarəti strategiyasına sinus ritmini bərpa etmək və saxlamaq cəhdləri aid olub, özündə kardioversiya, antiaritmik dərman və kateter ablasiyası ilə bərabər uyğun nəbz nəzarəti, antikoagulyasiya və kardiovaskulyar profilaktik müalicəni birləşdirir. Ritm nəzarəti üçün birincili göstəriş QF əlaqəli simptomları azaltmaq və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaqdır.

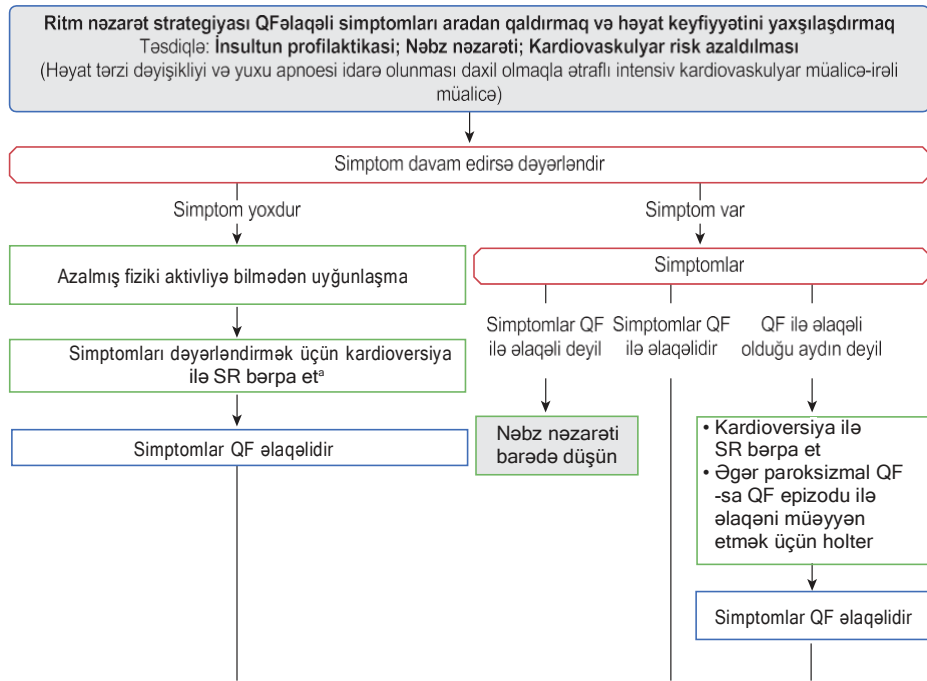
Ritm nəzarəti üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Ritm nəzarəti simptomatik QF xəstələrində simptomları aradan qaldırmaq və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq məqsədilə tövsiyə olunur.	I	A

QF-qulaqcıq fibrillyasiyası

^aTövsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

Şəkil 9 Ritm nəzarəti strategiyası



Nəbz nəzarətini dəstəkləyən faktorları dəyərləndir:

- Gənc yaş
- 1-ci QF epizodu və ya yeni hadisə
- Taxikardiya ilə bağlı kardiomiopatiya
- SQHI/ qulaqcıqdaxili ötürüclük ləngiməsi-Normal və ya mülayim artım (məhdud qulaqcıq remodelinqi)
- Yanaşı xəstəliklər/ürək xəstəlikləri azlığı və ya olmaması
- Nəbzə nəzarət çətin olduqda
- Müvəqqəti səbəblərə bağlı yaranmış QF (kəskin xəstəlik)
- Xəstə seçimi

Dəstəkləməyən faktorların üstünlüyü

- Dəyişdiriləbilən faktorların varlığını dəyərləndir
- EF mütəxəssisinə yönləndirməyi nəzərə al

Risk faktorlarını təkrar dəyərləndir

Dəstəkləyən faktorların üstünlüyü

Ritm nəzarəti:

**AAD
PVi**

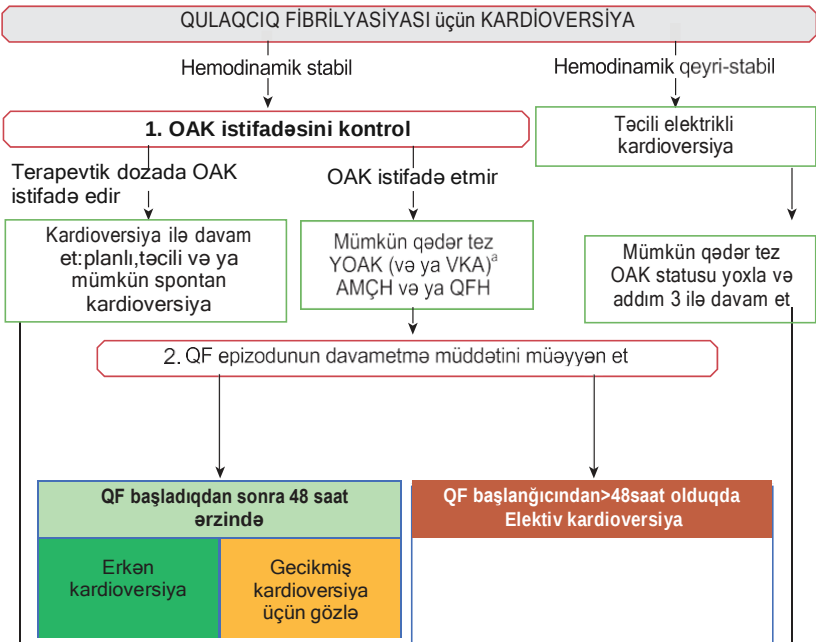
Seçilməmiş xəstələr:
Cərrahi ablasiya və ya torakoskopik
ablasiya

AAD = antiaritmik dərman; QF = qulaqcıq fibrilliyası; SQHI = sol qulaqcıq həcm indeksi; PVi = pulmonar vena isolayasiyası; SR = sinus ritim

^aSimptom yoxluğunun xəstənin şüursuz olaraq azalmış fiziki aktivliyə adaptasiyası və /və ya əqli qabiliyyəti ilə əlaqəli olduğunu təsdiq etmək məqsədilə kardioversiyani nəzərə al

Hemodinamik q/stabil QF olan xəstələrdə, təcili KV ilə kəskin ritm nəzarəti əldə etmək olar və elektrikli kardioversiya bu vəziyyətdə əsas seçimdir. Stabil xəstələrdə isə ya farmakoloji, ya da elektrikli kardioversiya istifadə edilə bilər.

Şəkil 10 Qulaqcıq fibrilyasiyasının klinik təzahürü, başlanma vaxtı, oral antikoagulyant istifadəsi, və insultun risk faktorlarına əsaslanan qulaqcıq fibrilyasiyası üçün kardioversiyaya qərar vermə qrafiki



Farmakoloji kardioversiya az effektiv olsa, sedasiya ehtiyacı yoxdur. Trombembolik ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədilə kardioversiyadan əvvəl və sonra uyğun antikoagulyasiya halli edicidir.

Farmakoloji kardioversiya, elektrikli kardioversiya

- Antikoaqulyasion müalicə başladıqdan sonra erkən kardioversiya

İdeal namizəd:

- QF başlanğıcından <12saat+keçirilmiş TE olmadıqda
- QF başlanğıcından 12-48 saat + $CHA_2DS_2-VASc \leq 1_k$ və ya $\leq 2_q$

Farmakoloji kardioversiya, elektrikli kardioversiya

- Döyüntü başladıqdan sonra 48 saat ərzində spontan kardioversiyanı gözlə (və ya kardioveriyasa et)

İdeal namizəd:

- QF başlanğıcından <12saat+keçirilmiş TE olmadıqda
- QF başlanğıcından ≤ 24 saat + $CHA_2DS_2-VASc \leq 1_k$ və ya $\leq 2_q$

Farmakoloji kardioversiya, elektrikli kardioversiya

- <3həftə terapevtik OAK zamanı əgər TEE ilə SolQ/SolQA tromb inkar edilərsə
- Və ya >3 həftə terapevtik OAK

İdeal namizəd:

- QF >48saat və ya naməlum müddət
- QF 12-48 saat + $CHA_2DS_2-VASc \geq 2_k$ və ya $\geq 3_q$
- QF +əvvəllər keçirilmiş TE və ya mitral stenoz(orta ciddi) və ya Protez mexaniki qapaq

3. Kardioversiyadan sonra OAK istifadəsinə davam edilməsi qərarı

- Qısa müddəti postkardioversion OAK(4 həftə) əgər $CHA_2DS_2-VASc=0_k$ və ya 1_q (əgər QF davam etmə müddəti <24 saatdırsa məcbur deyil)
- $CHA_2DS_2-VASc \geq 1_k$ or $\geq 2_q$ olduqda uzun müddətli OAK istifadəsi

QF = qulaqcıq fibrillasiyası; CHA_2DS_2-VASc = (C) durğunluq ürək çatışmazlığı, (H)hipertoniya, (A) yaş ≥ 75 , (D) şəkərli diabet, (S) insult, (V) damar xəstəliyi, (A)yaş 65-74, (S) cinsiyyət (qadın); SolQ = sol qulaqcıq; SolQA = sol qulaqcıq apendiksi; AMÇH = aşağı molekullu heparin; YOAK = Yeni oral antikoaqulant; OAK = oral antikoaqulant; TE = tromboemboliya; TEE = transezofageal ekokardiografiya; QFH = Qeyri-fraction heparin; VKA = vitamin K antagonist.

*Müalicəvi antikoaqulyant effekt əldə edilməsinə sərf edilən zaman nəzər alınmaqla, alternativ olaraq VKA istifadə edilə bilər.

Cədvəl 8. Sinus ritmini bərpa etmək üçün istifadə edilən antiaritmik dərmanlar

Dərman	Təyinat yolu	Kardioversiya üçün başlanğıc doza	Kardioveriysa üçün sonrakı doza
Flekainid ^a	Oral ^b i.v.	200-300 mq 2 mq/kq 10 dəq ərzində	-
Propafenon ^a	Oral ^b i.v.	450-600 mq 1.5-2 mq/kq 10 dəq ərzində	-
Vernakalant ^c	i.v.	3 mq/kq 10 dəq ərzində	2 mq/kq 10 dəq ərzində (ilkin dozadan 10-15 dəq sonra)
Amiodaron ^a	i.v.	5-7 mq/kq 1-2 saat ərzində	50 mq/saat (maksimum 1.2q 24 saat ərzində)
İbutilid ^c	i.v.	1 mq 10 dəq ərzində 0.01 mq/kq əgər bədən çəkisi <60 kq	1 mq 10 dəq ərzində(10- 20 dəq ilkin dozadan sonra)

HKM = hipertrofik kardiomiopatiya; ÜÇ = ürək çatışmazlığı; v.d = venadaxili; Sol M=Sol mədəcik; Sol mədəcik AF=Sol mədəcik atım fraksiyası; Sol MH = Sol mədəcik hipertrofiyası; NYHA = New York Heart Association; QRS = QRS intervalı; QT = QT intervalı; SA = sinoatrial; SAT = sistolik arterial təzyiq; VKA = vitamin K antaqonisti.

^aQF zamanı kardioversiya məqsədilə sıx istifadə edilir, çox ölkələrdə əlçatandır.

Kəskin uğur dərəcəsi və sinus ritminin bərpası üçün gözlənilən müddət	Əks-göstərişlər/Ehtiyat tədbirləri/rəylər
Ümumi : 59-78% (51% -3 s, 72% -8 s)	• Ürəyin işemik xəstəliyi və üzvi ürək xəstəlikləri zamanı istifadə etmək olmaz. • Hipotenziya, 1:1 keçiricikli qulaqcıq titrəməsi (3.5-5.0% xəstələrdə) • Flekainid səbəbilə mülayim QRS kompleks genişlənməsi • Qulaqcıqların titrəməsi zamanı kardioversiya məqsədilə istifadə etmə
Oral: 45-55% -3 s, 69-78% - 8 s; v.d: 43-89% 6 s-a qədər	
<1 saat (50% hallarda 10 dəq ərzində bərpa)	• Arterial hipotenziya (SAT <100 mm.c.st), yeni KKS (1 ay ərzində), NYHA III və ya IV ÜÇ, uzun QT intervalı, və ya ciddi aort stenozu zamanı istifadəsi əks-göstərişdir. • Arterial hipotenziya, QT intervalının uzanması, QRS genişlənməsi, və ya davamsız mədəcik taxikardiyasına səbəb ola bilər.
44% 8-12 saat - bir neçə gün	• Flebit(geniş periferik venaları istifadə et, >24 v.d istifadədən çəkin, həcm pompası istifadə et) • Hipotenziya, bradikardiya/atRIOventrikulyar blok, QT uzanması • Hipertiroidizm zamanı əgər başqa seçim yoxdursa (tireotoksikoz riski)
31-51% (QF) 63-73% (QT) ≈ 1 saat	• QT zamanı effektivdir • Uzun QT,ciddi SMH, və ya aşağı Sol mədəcik AF olan xəstələrdə istifadə olunmamalıdır. • Qt uzanması ,polimorf mədəcik taxikardiyası(torsades de pointes) səbəb ola bildiyi üçün kardioloji xidmət bölməsində istifadə edilməlidir. • Proaritmik hadisəni aşkar etmək məqsədilə təyin edildikdən sonra ən azı 4 saat Ekq monitoring aparılmalıdır

^bCibdə dərman 'müalicə strategiyasında olduğu kimi seçilmiş xəstələr özləri istifadə edə bilər.

^cBəzi ölkələrdə mövcud deyil.

Dərman maddələrin farmakodinamika və farmakokinetik xüsusiyyətləri barədə daha ətraflı məlumat üçün EHRA antiaritmik dərmanların (AAD) klinik istifadəsi və klinik qərar verilməsi: konsensus sənədinə bax.

9.2.2.2.1. Kardioversiya sonrası təqib

Kardioversiya üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Yeni başlamış QF zamanı farmakoloji kardioversiya məqsədilə, v.d. vernakalant (KKS və ciddi ÜÇ olan xəstələr istisnadır) və ya flekainid və ya propafenon (ciddi üzvi ürək xəstəliyi olan xəstələr istisnadır) tövsiyə olunur.	I	A
ÜÇ və ya üzvi ürək xəstəliyi olan xəstələrdə QF zamanı əgər xəstənin klinik vəziyyəti gecikmiş kardioversiya üçün uyğundursa, kardioversiya məqsədilə venadaxili amiodaron tövsiyə olunur.	I	A
Davamlı QF olan simptomatik xəstələrdə ritm nəzarəti müalicəsi kimi kardioversiya tövsiyə olunur(elektriki və ya farmakoloji).	I	B
Trombembolik risk dəyərləndirildikdən sonra hemodinamik stabil QF olan xəstələrdə farmakoloji kardioversiya tövsiyə olunur.	I	B
Elektriki kardioversiyanın uğurlu olma ehtimalını artırmaq məqsədilə ilkin olaraq amiodaron, flekainid, ibutilid və ya propafenon istifadəsi nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Aşağı intensivlikli və ya yeni başlamış QF olan, üzvi ürək xəstəliyi və ya ürəyin işemik xəstəliyi olmayan seçilmiş xəstələrdə tək oral doza flekainid və ya propafenon ("cibdə dərman" yanaşması) istifadəsi nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Xəstə sinus sindromu, atriointrikulyar keçiricilik qüsuru və ya uzanmış QTc(>500 ms) intervalı olan xəstələrdə proaritmiya və bradikardiya riski nəzərə alınmadıqda farmakoloji kardioversiya tövsiyə edilmir.	III	C

©ESC

KKS = kəskin koronar sindrom; QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; ÜÇ= ürək çatışmazlığı; ms = millisaniyə; v.d. = venadaxili; QTc = korreksiya olunmuş QT intervalı.

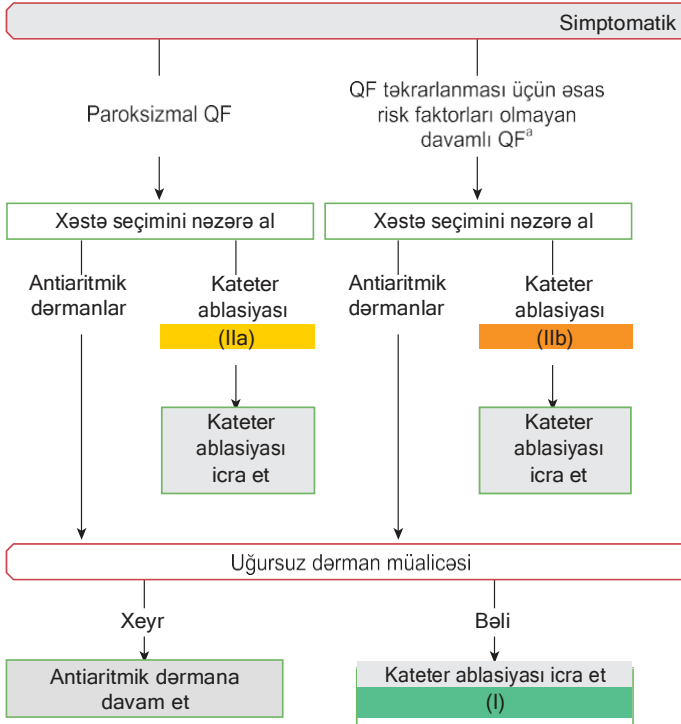
^aTövsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

9.2.2.2. QF kateter ablasiası

QF təkrarlamalarının qarşısının alınması məqsədilə kateter ablasia üstün müalicə hesab edilir. Sinus ritmini bərpa etmək və simptomları azaltmaq məqsədilə müvafiq təlimli operator tərəfindən icra edilən QF kateter ablasiası AAD istifadəsindən daha üstün və təhlükəsiz hesab edilir. QF kateter ablasiasının ən üstün cəhəti aritmiya əlaqəli simptomları aradan qaldırmaqdır. QF kateter ablasiası ilə bütün hadisələrə bağlı ölüm, insult və ya böyük qanaxma sayında (ürək çatışmazlığı və azalmış sol mədəcik atım fraksiyası olan xəstələr istisnaqlı təşkil edir) əhəmiyyətli azalmanı sübut edən randomizə tədqiqatlar hələ mövcud olmadığı üçün, prosedur üçün göstəriş simptom azad edilməsindən kənara çıxmır və kateter ablasiası asimptomatik xəstələrdə göstəriş deyil. Kateter ablasianın əsasını antrum boyunca pulmonar venaların xətti lezyonlarla tam izolyasiyası, və ya nöqtə-nöqtə radiofrekans ablasia və ya tək-atış ablasia sistemləri təşkil edir.

Şəkil 11 Simptomatik qulaqcıq fibrilasiyasının kateter ablasiyası üçün göstərişlər



AAD = antiaritmik dərman; QF = qulaqcıq fibrilasiyası; AF = atım fraksiyası; SolQ = sol qulaqcıq.

^aƏhəmiyyətli genişlənmiş sol qulaqcıq, irəli yaş, uzunmüddətli QF, böyrək çatışmazlığı və başqaları.

QF

QF rekurrensi üçün major risk faktorları olan davamlı

QF^a

ÜÇ və ya azalmış atım fraksiyası ilə yanaşı paroksizmal və ya davamlı QF

Xəstə seçimini nəzərə al

Xəstə seçimini nəzərə al

Antiaritmik dərman

Kateter ablasiya^b

Antiaritmik dərman

Kateter ablasiya

(I)^c

Kateter ablasiyası icra et

Kateter ablasiyası icra et

Uğursuz dərman müalicəsi

Xeyr

Bəli

Antiaritmik dərmana davam et

Kateter ablasiyası icra et (IIa)^d

^aNadir hallarda ,fərdi olaraq kateter ablasiyası ilk seçim müalicə üsulu kimi seçilə bilər

^cTaxikardiomiopatiya ehtimalı yüksək olduqda Sol M funksiyasını bərpa etmək məqsədilə tövsiyə edilir.

^dSağqalmanı artırmaq ,hospitalizasiyanı azaltmaq.

Cədvəl 12 Ritm nəzarət strategiyası üçün pis nəticələrə səbəb olan anormal substrat yaranmasına zəmin yaradan səyirici aritmiya risk faktorları



QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; BKİ= bədən kütlə indeksi; CPAP = davamlı müsbət hava təzyiqi, HbA1c = = hemoglobin A1c; OYA= obstruktiv yuxu apnoesi; Müxtəlif risk faktorları SolQda substratın emələ gəlməsinə səbəb olmaqla, QF ablasiası nəticəsinə və yüksək təkrarlama ehtimalına səbəb ola bilər. Dəyişdirilə bilən risk faktorlarına ciddi nəzarət təkrarlama nisbətini azalda bilər.

9.2.2.2.1 QF ablasiasından sonrakı təqib

Cədvəl 9 Qulaqcıq fibrilyasiyası kateter ablasiasından sonrakı təqibdə əsas məsələlər

QF ablasiasından sonrakı təqibdə əsas məsələlər

Ağırlaşmaların başa düşülməsi və idarə olunması

- Xəstə evə yazıldıqdan sonra nadir də olsa baş verə biləcək, lakin həyati təhlükəli ablasiya-əlaqəli ağırlaşmalar (atrio-ezofageal fistula, pulmonar vena stenozu), onların əlamət və simptomları barədə tam məlumatlandırılmalıdır).

Təqib monitorinqi:

- Prosedurun müvəffəqiyyətini dəyərləndirmək, simptomları ritmlə əlaqələndirmək üçün faydalıdır. Ablasiya sonrası ilk ayda təkrarlama, adətən gec rekurrens prediktivdir, lakin simptomlar ektopik vurğu və ya davamsız aritmiyalara bağlı ola bilər; əksinə, ablasiya sonrası asimptomatik qulaqcıq fibrilyasiyası yaxşı qiymətləndirilir.
- Monitorinq fasiləli EKG, Holter, patch qeydi, xarici və ya implantedilən loop recorder və ya ağıllı telefon monitorları ilə icra edilə bilər(lakin sonuncu bu məqsədlə istifadəsi təsdiq olunmamışdır). Xəstə ilkin olaraq minimum 3 ay sonra müayinə olunmalı, sonrakı təqiblər illik icra edilməlidir.

Antiaritmik dərmanların təyin olunması və QF rekurrensinin müalicəsi

- a. AAD 6 həftədən-3 aya qədər istifadəsi erkən QF rekurrensini, təkrari hospitalizasiyanı və bu dövrdə mümkün kardioversiya ehtimalları azaldır. Klinik praktikada ablasiya sonrası rutin AAD istifadəsinə yanaşma fərqlidir, hər-hansı müalicənin digərinə görə daha üstün olması barədə sübut yoxdur.
- b. Nəticə olaraq, AAD dayandırılı, azaldıla və ya xəstənin ritmi və simptomlarından asılı olaraq davam etdirilə bilər

Antikoagulyasiya müalicəsinin idarə olunması

- a. Ümumilikdə, bütün xəstələrdə ablasiya sonrası OAK müalicəsi 2 ay davam etdirilməlidir. OAK istifadəsinin davam etdirilməsi qərarı ritm vəziyyətindən deyil, CHA₂DS₂-VASc insult risk faktorlarından asılıdır.

AAD = antiaritmik dərman; QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; CHA₂DS₂ VASc = C-Durğunluq ürək çatışmazlığı, H-Hipertenziya, A-Yaş≥75 yaş, D-Şəkərli diabet, S-İnsult, Vasc-Damar xəstəlikləri, A-Yaş- 65-74 yaş, S-cins (qadın); EKG = elektrokardiogram; OAK = oral antikoagulyant müalicə.

QF-nin ritm nəzarəti/kateter ablasiasına dair tövsiyələr

Tövsiyələr

Sinif^a

Səviyyə^b

Ümumi tövsiyələr

QF-nin kateter ablasiası qərarından öncə, prosedurun ola biləcək risklərini, QF təkrarlanmasına şərait yaradacaq böyük risk faktorlarını nəzərə almaq və onları pasientlə müzakirə etmək tövsiyə olunur.

I

B

Təkrarı PVI prosedurunun QF təkarlamış, ilkin PVI prosedurundan sonra simptomları yaxşılaşmış pasiyentlərdə nəzərə alınmalıdır.

IIa

B

Uğursuz dərman müalicəsi sonrası QF kateter ablasiası

Ritm nəzarəti səbəbi ilə PVI üçün kateter ablasiası proseduru bir uğursuz və ya intolerant sinif I və III AAD müalicəsi sonrası, QF təkrarlanmasının simptomlarını yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə aşağıdakı qrup pasiyentlərdə tövsiyə olunur:

- Paroksizmal QF-İl və ya:
- QF təkrarlanması üçün böyük risk faktorları olmayan persistent QF-İl
- QF təkrarlanması üçün böyük risk faktorları olmayan Persistent QF-İl.

I

A

A

B

Ritm nəzarəti məqsədi ilə PVI üçün kateter ablasiası proseduru bir uğursuz və ya intolerant beta-blokator ilə müalicəsi sonrası, QF təkrarlanmalarının simptomlarını yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə paroksizmal və persistent QF-İl pasiyentlərdə nəzərə alınmalıdır.

IIa

B

Birinci sıra müalicə seçimi

Ritm nəzarəti məqsədi ilə PVI üçün kateter ablasiası proseduru birinci sıra müalicə seçimi olaraq aşağıdakı qrup simptomatik pasiyentlərdə faydanı, zərəri, pasiyentin seçimini nəzərə alaraq sinif I və AAD alternativini tətbiq etmək məqsəduyğundur/tətbiq oluna bilər:

- Paroksizmal QF epizodları olan pasiyentlərdə, və ya
- QF təkrarlanması üçün böyük risk faktorları olmayan Persistent QF-İl pasiyentlərdə.

IIa

B

IIb

C

QF-nın ritm nəzarəti/kateter ablasiasına dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
<i>Birinci sıra müalicə seçimi (davamı)</i>		
Kateter ablasiası: - Taxikardiya ilə bağlı kardiomiopatiya ehtimalı yüksək olan QF-lı pasientlərdə SolM disfunksiyasını aradan qaldırmaq məqsədi ilə xəstənin simptomatik olub-olmamasından asılı olmayaraq icra edilməsi tövsiyə olunmur. - Seçilmiş QF-lı və aşağı SolMAF-lı ÜÇ pasiyentlərində mortallığı və ÜÇ bağlı hospitalizasiyanı azaltmaq məqsədi ilə icra edilməsi nəzərə alınmalıdır.	I	B
	IIa	
PVİ üçün kateter ablasiası prosedurunun QF-na bağlı bradikardiyası olan və ya QF konversiyası sonrası simptomatik pre-avtomatizm pauzaları olan pasientlərdə kardiostimulyator implantasiyasından yayınmaq məqsədi ilə klinik situasiyaya bağlı bir strategiya olaraq tətbiq edilməsi nəzərə alınmalıdır.	IIa	C
<i>Texnikalar və texnologiyalar</i>		
Bütün QF kateter ablasia prosedurları zamanı pulmonar venlərin tam elektrik izolyasiyası tövsiyə olunur.	I	A
Əgər pasientin anamnezində KTİ-a bağlı QTİ olarsa və ya tipik QTİ QF ablasia proseduru zamanı KTİ ablasiası icrası nəzərə alın bilər.	IIb	B
PVİ-dan başqa əlavə ablasion lezyonların verilməsini (aşağı voltajlı sahələr, xətlər, fragmentə aktivliklər, ektopik ocaqlar, rotorlar və s.) nəzərə alın bilər.	IIb	B
<i>Ablasia nəticələrini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə həyat tərzini modifikasiyası və digər strategiyalar.</i>		
Artıq çəkili və QF-lı, xüsusən də QF kateter ablasiası üçün namizədlərdə çəki itirilməsi tövsiyə olunur.	I	B
Risk faktorlarına ciddi nəzarət və aritmiya provokasiya edici faktorların aradan qaldırılması ritm nəzarəti strategiyasının bir parçası olaraq tövsiyə olunur.	I	B

AAD = antiaritmik dərman, QF = qulaqcıq fibrilyasiyası, QTİ = qulaqcıq titrəməsi, KTİ = kavotrikuspid istmus, ÜÇ = ürək çatışmazlığı, SolM = sol mədəcik, SolMAF = sol mədəcik atım fraksiyası, PVİ = pulmonar vena izolyasiyası. ^aTövsiyə sinfi, ^bSübut səviyyəsi.

9.2.2.3 Qulaqcıqların fibrilyasiyası zamanı cərrahi müalicə

QF-nin cərrahi ablasiyasına dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Ürək cərrahiyyəsi nəzərdə tutulmuş pasientlərdə, atrial aritmiyasız qalmağın verəcəyi fayda ilə aritmiyanın təkrarlanması risk faktorları (sol qulaqcıq genişləməsi, QF-nin davam etmə müddəti, yaş, renal disfunksiya və digər kardiovaskulyar risk faktorlar) nəzərə alınaraq QF-nin eynizamanlı ablasiyasının icrası nəzərə alınmalıdır.	Ila	A
Torakoskopik - həmçinin hibrid cərrahi ablasiya daxil olmaqla - prosedurları AAD müalicəsinə refrakter və uğursuz perkutan ablasiya icra edilmiş və ya perkutan ablasiyanın uğursuz ola biləcəyinə dair risk faktorları olan simptomatik paroksizmal və ya davamlı QF-lı pasientlərdə tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	Ila	B
Torakoskopik - həmçinin hibrid cərrahi ablasiya daxil olmaqla - prosedurları QF-nin təkrarlanması risk faktorları olan, ən azı bir AAD müalicəsinə baxmayaraq simptomatik qalan və ritm nəzarəti terapiyasını seçən davamlı QF-lı pasientlərdə nəzərə alın bilər.	Ilb	C

AAD = antiaritmik dərman, QF = qulaqcıq fibrilyasiyası.

^aTövsiyə sinfi, ^bSübut səviyyəsi.

©ESC

9.2.2.4 Kardioversiya, kateter ablasiyası və ya cərrahi müalicə icra ediləcək QF-lı pasientlərdə OAK terapiyası və insult riskinin idarə edilməsi.

Kardioversiya müddətində insult riskinin idarə edilməsinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Kardioversiya icra ediləcək QF-lı pasientlərdə YOAQ istifadəsi tövsiyə edilir. Belə ki, onların effektivliyi və etibarlılığı ən azı varfarin qədərdir.	I	A
QF və QT _i zamanı kardioversiya icra ediləcək pasientlərdə ən azı 3 həftə əvvəldən effektiv antikoagulyasiya tövsiyə olunur.	I	B
Erkən kardioversiya planlanarsa kardiak trombu inkar etmək məqsədi ilə TEE 3 həftəlik antikoagulyant müalicəyə alternativ olaraq tövsiyə olunur.	I	B

Kardioverisiya müddətində insult riskinin idarə edilməsinə dair tövsiyələr (davamı).

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
İnsult riski yüksək olan pasientlərdə OAK müalicəsinin uzun müddətli antiokoaqulyasiya tövsiyələrinə uyğun olaraq kardioversiya sonrası uzun müddət davam etdirilməsi tövsiyə olunur. Bu zaman kardioversiya növü, sinus ritminin əldə edilib edilməməsi, QF-nın ilk epizod kimi xarakterizə edilməsi nəzərə alınır.	I	B
TEE zamanı tromb izlənərsə, antikoagulyant müalicənin kardioversiyadan öncə ən azı 3 həftə davam etdirilməsi tövsiyə olunur.	I	B
Pasientə kardioversiya öncəsi və sonrası YOAK qəbuluna riayət etmənin vacibliyinin ciddi vurğulanması tövsiyə olunur.	I	C
Hər QF və QTİ kardioversiyası öncəsi mümkün olduqca ən erkən müddətdə effektiv antikoagulyasiya müalicəsi Başlanılması nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Erkən kardioversiyayı QF-nın davam etmə müddəti <48saat olan pasiyentlərdə TEE olmadan tətbiq edilməsi nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
QF-nın davam etmə müddəti >24 saat olan və kardioversiya icra ediləcək pasiyentlərdə, sinus ritmi əldə edilsə belə antikoagulyant müalicənin prosedurdan sonra ən az 4 həftə davam etdirilməsi nəzərə alınmalıdır (4 həftədən uzun antiokoaqulyant müalicə qərarı insult risk faktorlarının olub olmaması ilə müəyyən edilir).	IIa	B
TEE zamanı tromb aşkarlanarsa kardioversiya öncəsi trombon yox olduğuna əmin olmaq üçün təkrari TEE icra edilməsi nəzərə alınmalıdır.	IIa	C
QF-nın davam etmə müddəti ≤24 saat olan və çox aşağı insult riskinə sahib pasiyentlərdə (CHA2DS2-VASc kişilərdə 0 və ya qadınlarda 1) 4 həftəlik postkardioversion antikoagulyasiya müalicəsi icra edilməyə bilər.	IIb	C

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası, QTİ = qulaqcıq titrəməsi, CHA2DS2-VASc = durğunluq ürək çatışmazlığı, hipertenziya, yaş ≥ 75, diabetes mellitus, insult, vaskulyar xəstəlik, yaş 65-74, cins, YOAK = yeni oral antikoagulyantlar, OAK = oral antikoagulyantlar, TEE = transezofageal exokardiografiya.

^aTövsiyə sinfi, ^bSübut səviyyəsi.

Kateter ablasiyası zamanı insult riskinin idarə edilməsinə dair tövsiyələr.

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
İnsult risk faktorları olan və OAK qəbul etməyən QF-lı xəstələrdə prosedur öncəsi antikoagulyasiyanın başlanması və həmçinin: • Terapevtik OAK müalicənin prosedurdan ən azı 3 həftə öncədən başlanması tövsiyə olunur və ya • Ablasiyadan öncə SolQ trombu inkar edilməsi üçün TEE həyata keçirilməsi nəzərə alınmalıdır.	I IIa	C
QF üçün ablasiya proseduru icra ediləcək və antikoagulyant olaraq varfarin və YOAK qəbul edən xəstələrdə prosedurun antikoagulyasiya kəsilmədən icra edilməsi tövsiyə olunur.	I	A
QF ablasiyası sonrası tövsiyə olunur ki: • Prosedur sonrası ən azı 2 ay müddətində varfarin və • YOAK ilə sistemik antikoagulyasiya davam etdirilsin və 2 ay üzərində uzunmüddətli antikoagulyasiya qərarı ablasiya prosedurunun uğurlu və ya uğursuz nəticələnməsinə yox, pasiyentin insult riskinə əsaslansın.	I	C

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; SolQ= sol qulaqcıq; YOAK = yeni oral antikoagulyant; OAK = oral antikoagulyant; TEE = transezofageal exokardioqrafiya. ^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

©ESC

QF cərrahiyyəsi sonrası postoperativ antikoagulyasiyaya dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
QF ablasiyası və appendiks bağlanması əməliyyatı sonrası uzun müddətli oral antikoagulyasiya CHA ₂ DS ₂ -VASc tromboembolik risk hesablanmasına əsaslanaraq tövsiyə olunur.	I	C

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası, SolQ = sol qulaqcıq, YOAK = yeni oral antikoagulyantlar, OAK = oral antikoagulyantlar, TEE = transezofageal exokardioqrafiya.

^aTövsiyə sinfi, ^bSübut səviyyəsi.

©ESC

9.2.2.5 Ritm nəzarəti üçün uzun müddətli antiaritmik dərman müalicəsi

Antiaritmik dərman müalicəsi QF-a aid simptomları yüngülləşdirməyə kömək edir. Uzun müddətli antiaritmik dərman müalicəsinə başlamaq qərarı simptom yükünə, dərman əlavə təsirinə və pasiyentin seçiminə əsaslanmalıdır. Hər bir pasiyentə individual olaraq istifadə ediləcək antiaritmik dərmanı seçərkən təhlükəsizlik dərman effektivliyindən üstün olmalı və pasiyentin yanaşı xəstəlikləri nəzərə alınmalıdır.

Cədvəl 10. Qulaqcıq fibrilyasiyası xəstələrində uzun müddətli antiaritmik dərman müalicəsinə başlama qaydaları

Mülahizə	Meyarlar
AAD göstərişi	• Pasient simptomatıkdir? • QF simptomları AAD başlanması üçün kifayət qədər ciddidir (EHRA sinfi)? • QF epizodlarının pis keçirilməsinə səbəb yanaşı vəziyyətlər var?
Nə zaman AAD başlamaq	• Adətən ilk epizodda istifadə edilmir. Lakin kardioversiyanın effektivliyini artırır bilər
Hansı AAD seçmək	• Proaritmik təsiri və orqan toksikliyini minimuma endirmək Nəyi qiymətləndir: • Bazal EKQ anormallıqları (QRS, PR, QTc davamiyyəti) və AAD ilə mümkün əlaqə • SolM funksiyasına təsiri • Önemli farmakokinetik və farmakodinamik qarşılıqlı əlaqə (məs. antitrombotik dərmanlarla) • Proaritmia üçün risk faktorları dinamik olub zamanla dəyişə bilər
Proaritmik riski necə azaltmalı	• Rəhbər tövsiyələrdə qeyd edildiyi kimi müalicə sonrası EKQ qiymətləndir • Periodik olaraq orqan toksikliyini qiymətləndir (amiodaron) • Seçilmiş hallarda Holter EKQ monitorinqi və fiziki yük sınağı • AAD kombinasiyalarından qaçın
Effektivliyi necə təyin etmək	• Müalicə zamanı QF yükünü təyin et (pasientdən epizodlar haqqında soruş) • Əgər pasientəvvəl AAD qəbul etmiş və o effektiv olmuşsa, lakin dözümsüzlük səbəbindən qəbulunu dayandırmışsa, yeni dərman təyin edərkən eyni sinfə üstünlük ver
Əlavə müdaxilə və hibrid terapiya	• Atrioventrikulyar düyün keçiricilik pozulması və sinus düyünü zəifliyi olan pasientlərdə AAD müalicəsi vacib bilinirsə, dərman öncəsi kardiostimulyator implantasiyası düşünülməlidir • Qısa müddətli AAD müalicəsi keteter ablasiyası sonrası erkən QF təkrarlanmalarının qarşısını ala bilər

AAD = antiaritmik dərman, QF = qulaqcıq fibrilyasiyası, EKQ = elektrokardiogram, EHRA = Avropa Ürək Ritm Assosiasiyası, SolM = sol mədəcik.

^aTövsiyə sinfi, ^bSübut səviyyəsi.

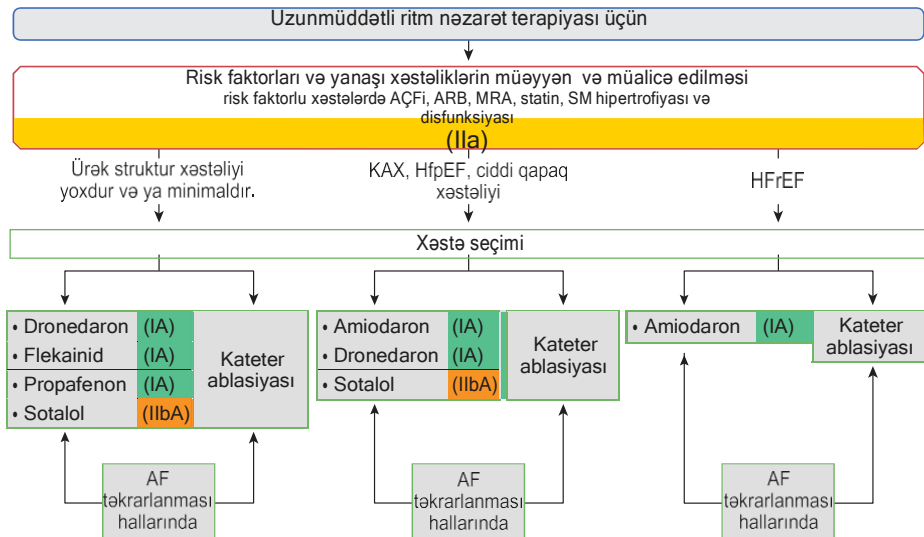
Cədvəl 11. Sinus ritminin qorunması məqsədi ilə QF zamanı istifadə edilən AAD**Sinus ritminin uzun müddətli qorunması məqsədi ilə istifadə edilən antiaritmik dərmanlar**

Dərman	Doza	Əsas əks göstərişləri və ehtiyat tədbirləri
Amiodaron	3x200mq 4 həftə müddətində, ardınca gündəlik 200mq	Digər QT uzadan dərmanlarla bərabər istifadəsi. VKA və digitalis təyin edərkən diqqət. Statinlərlə bərabər istifadəsi zamanı miopatiya riskinə diqqət. Qaraciyər, ağciyər və tiroid funksiyalarına yaxından təqib. Manifest hipertireoidizm zamanı əks göstərişdir
Dronedaron	400 mq <i>g.i.d.</i>	NYHA sinif III-IV və ya qeyri stabil ÜÇ zamanı, QT uzadan digər dərmanlarla və ya güclü CYP3A4 inhibitorları ilə (məs. verapamil, diltiazem) və əgər KrKl <30mL/dəq olarsa istifadə edilməməlidir. Dabigatran ilə bərabər istifadəsi əks göstərişdir. Digitalis və beta-blokatorlarla bərabər istifadə edilərsə doz azaldılmalıdır. Serum kreatinin səviyyəsində mülayim yüksəlmə gözləniləndir və o renal funksiyanı deyil, dərmana bağlı KrKl-nin azalmasını göstərir.
Flekainid	100–200 mq <i>g.i.d.</i>	Ciddi qaraciyər xəstəliyi və KrKl <35mL/dəq/1.783 olan pasientlərdə istifadə edilməməlidir. Sol mədəcik aşağı atım fraksiyalı və işemik xəstələrdə istifadəsi əks göstərişdir.
Flekainid SR	200 mq gündə 1 dəfə	SA/AV keçiricilik pozğunluqlarında diqqətli olunmalıdır. CYP2D6 inhibitorları konsentrasiyasını artırır.
Propafenon	150-300mq gündə 3 dəfə	Ciddi renal və qaraciyər xəstəlikləri olanlarda, işemik ürək xəstəliklərində, sol mədəcik sistolik disfunksiyasında və astma zamanı istifadə edilməməlidir.
Propafenon SR	225–425 mq <i>g.i.d.</i>	SA/AV keçiricilik pozğunluqlarında diqqətli olunmalıdır. Kombinasiya halında istifadə edildikdə varfarin/asenokumarin, diqoksin səviyyəsində yüksəlməyə səbəb olur.
Sotalol (d,l qarışığı)	80–160 mg <i>g.i.d.</i>	Diqqətli istifadə edilməlidir. Sol mədəcik sistolik disfunksiyasında, ciddi SolM hipertrofiyasında, QT uzamasında, astmada, hipokalemiyada, KrKl <30mL/dəq zamanı istifadə edilməməlidir. Kalium kanal blokadası effekti doza yüksəldikcə yüksəlir və nəticə olaraq proaritmia riski (TdP) artır.

Dizopiramid artmış mortalitə və çoxsaylı əlavə təsirləri səbəbi ilə QF zamanı ritm kontrolunda nadirən istifadə edilir. Atletlərdə yuxu zamanı sıx görülən vaqal QF zamanı istifadə edilə bilər. HKM xəstələrdə SolM çıxış yolu obstruksiyasına bağlı simptomları azaldır.

Dərman istifadəsini dayandırmağa yönəlik həyəcan signalları	AV nodal	EKG monitoring
Ciddi QT uzanması (>500ms)	Ventrikulyar sürəti (10-12v/d qədər) azaldır. ÜÇ pasiyentlərində etibarlıdır.	Başlanğıcda, 4 həftə sonra
Ciddi QT uzanması (>500ms və ya >60ms uzanma)	AV nodal yavaşlatma xüsusiyyətləri var	Başlanğıcda, 4 həftə sonra
Başlanğıca görə >25% QRS genişləməsi və LBBB və ya digər >120ms keçiricilik qüsuru olan pasiyentlər.	Qulaqcıq titrəməsi sikl uzunluğunu uzada bilər, beləliklə 1:1 AV keçiricilik nəticəsində ventrikulyar sürət artır	Başlanğıcda, 1-2 həftə sonra
Başlanğıca görə >25% QRS genişləməsi və LBBB və ya digər >120ms keçiricilik qüsuru olan pasiyentlər.	Zəif	Başlanğıcda, 1-2 həftə sonra
Ciddi QT uzanması (>500ms və ya >60ms uzanma) olarsa istifadəsi dayandırılmalıdır.	Yüksək doz beta-blokatorlara bənzər	Başlanğıcda, 1 gün sonra və 1-2 həftə sonra

Şəkil 13 Uzun müddətli ritm kontrol terapiyası



ACFi = angiotenzin çevirici ferment inhibitoru; QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; ARB = angiotenzin reseptor blokatoru; KAX = koronar arteriya xəstəliyi; HfpeEF = atım fraksiyası qorunmuş ürək çatışmazlığı; HFrEF = aşağı atım fraksiyalı ürək çatışmazlığı; SM = sol mədəcik; MRA = mineralokortikoid reseptor antaqonisti.

Antiaritmik dərmanların uzun müddətli istifadəsinə dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Flekainid və propafenon normal SolM funksiyalı, ciddi SolMH və miokardial işemiya daxil struktur ürək xəstəliyi olmayan QF-lı xəstələrdə ritm nəzarəti məqsədi ilə uzun müddətli istifadəsi tövsiyə olunur.	I	A
Dronedaron QF-lı xəstələrdə ritm nəzarəti məqsədli uzun müddətli istifadəsi aşağıdakı hallarda tövsiyə olunur: - Normal və ya mülayim pozulmuş (lakin stabil) SolM sistolik funksiyalı pasiyentlərdə və ya - AFaÜÇ, işemik və ürək qapaq xəstəliklərində.	I	A
Amiodaronun ritm nəzarəti məqsədi ilə AFaÜÇ daxil bütün QF-lı xəstələrdə uzun müddətli istifadəsi tövsiyə olunur. Buna baxmayaraq, onun ekstrakardiak toksikliyi nəzərə alınaraq digər AAD mümkün olduqca ilk seçim olaraq düşünüləlidir.	I	A
Sotalol ilə müalicə olunan QF-lı pasiyentlərdə QT uzunluğu, serum kalium səviyyəsi, kreatinin klirensi və digər proaritmik risk faktorlarının sıx nəzarətdə saxlanılmağı tövsiyə olunur.	I	B
Flekainid ilə uzun müddətli ritm nəzarəti məqsədli müalicə olunan QF-lı pasiyentlərdə paralel olaraq atrioventrikulyar düyün blokədi dərmanların (məs. beta-blokətorlar) istifadəsi nəzərə alınmalıdır.	IIa	C
Əgər QT uzunluğu, serum kalium səviyyəsi, kreatinin klirensi və digər proaritmik risk faktorlarının sıx monitorinqi mümkündürsə, sotalol uzun müddətli ritm nəzarəti məqsədli normal SolM funksiyası və ya üreyn işemik xəstəliyi olan QF-lı pasiyentlərdə istifadəsi nəzərə alın bilər.	IIb	A
AAD istifadəsi ritm nəzarəti altında olan daimi QF-lı pasiyentlərdə, həmçinin irəli dərəcədə keçiricilik pozğunluğu olan kardiostimulyatorsuz pasiyentlərdə istifadəsi tövsiyə edilmir.	III	C

AAD = antiaritmik dərman, QF = qulaqcıq fibrilyasiyası, HFpEF = atım fraksiyası qorunmuş ürək çatışmazlığı, HFrEF = aşağı atım fraksiyalı ürək çatışmazlığı, SolM = sol mədəcik, SolMH = sol mədəcik hipertrofiyası. ^aTövsiyə sinfi, ^bSübut səviyyəsi.

9.3 "C" – Kardiovaskulyar risk faktorlar və yanaşı xəstəliklər – təyini və idarə edilməsi

Həyat tərzı faktorları və sərhəd vəziyyətlər daxil olmaqla kardiovaskulyar risk faktorları və yanaşı xəstəliklər QF-nın həyat boyu yaranması riskinə əhəmiyyətli təsir edir. ABC yolunun "C" komponentinə yanaşı xəstəliklərin, kardiometabolik risk

faktorlarının və sağlamsız həyat tərz faktorlarının təyini və idarə olunması aiddir. Risk faktorlarının və kardiovaskulyar xəstəliklərin idarə edilməsi insult riskini azaltmağa kömək edir, QF yükünü və simptomları azaldır.

9.3.1 Həyat tərz dəyişiklikləri

QF-lı pasientlərdə həyat tərz dəyişiklikləri və risk faktorları, yanaşı xəstəliklərin idarə olunmasına dair tövsiyələr.

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Yanaşı xəstəliklərin və risk faktorlarının təyini və idarə edilməsi QF-nın müalicəsinin tərkib hissəsi kimi tövsiyə olunur.	I	B
QF yükünü və simptomların ciddiliyini azaltmaq üçün qeyri-sağlam həyat tərzinin modifikasiyası və yanaşı xəstəliklərin hədəf terapiyası tövsiyə olunur.	I	B
Hipertenziv pasientlərin mümkün olduqca QF üçün araşdırılması tövsiyə olunur.	I	B
Hipertenziv QF-lı xəstələrdə arterial təzyiq diqqətli nəzarət QF yükünü, insult riskini və qanama riskini azaltmaq məqsədi ilə tövsiyə olunur.	I	B
QF-lı və artıq çəkili pasiyentlərdə digər risk faktorlarının idarə edilməsi ilə bərabər çəki itirilməsi QF hallarının, QF progressiyasının və QF təkrarlamalarının və simptomların azaldılması məqsədilə nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Çox miqdar alkoqol istifadəsindən imtina məqsədli tövsiyələr və tədbirlərin təşkili QF təkrarlanmasının qarşısını almaq məqsədi ilə və OAK alan QF-lı pasiyentlərdə nəzərə alınmalıdır.	IIa	B
Fiziki aktivlik QF hadisələrinin və təkrarlanmalarının qarşısını almaq məqsədi ilə düşünülməlidir. Bu zaman QF riskini artırdığından yüksək dozumlilik tələb edən fiziki aktivlikdən Uzaq durulması nəzərə alınmalıdır.	IIa	C
OYA-li pasiyentlərin mümkün olduqca QF üçün araşdırılması nəzərə alınmalıdır.	IIa	C
OYA optimal idarə edilməsini QF hallarının, QF progressiyasının və QF təkrarlamalarının və simptomların azaldılması məqsədi ilə nəzərə alınmalıdır.	IIb	C

© ESC

QF = qulaqcıq fibrilliyası, OAK = oral antikoagulyantlar, OYA = obstruktiv yuxu apnoesi. ^aTövsiyə sinfi, ^bSübut səviyyəsi.

10. Xüsusi kliniki vəziyyətlərdə ABC yolu/vəziyyətlər/ xəstə populyasiyaları

10.1 Hemodinamik qeyri-stabillik vəziyyətində qulaqcıq fibrilyasiyası

Hemodinamik qeyri-stabil qulaqcıq fibrilyasiyasının idarə olunması üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Kəskin və ya pisləşən hemodinamik qeyri-stabil olan QF xəstələrində təcili elektrikli kardioversiya göstərişdir.	I	B
Hemodinamik qeyri-stabil olan QF xəstələrində kəskin nəbz kontrolu üçün Amiodaron təyin etmək olar.	IIb	B

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası. ^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

10.2 Qulaqcıq fibrilyasiyası olan pasientlərdə kəskin koronar sindrom, perkutan koronar müdaxilə və xroniki koronar sindrom

Kəskin koronar sindrom olan xəstələrdə yeni başlayan QF riski artmış olur və əksinə. Təxminən 10-15% QF xəstəsinə perkutan koronar müdaxilə olunur. Belə hallarda antitrombotik müalicə çətin olur, çünki trombotik hadisələrin təkrarlanması və qanaxma risklərini balanslaşdırmaq lazımdır. Xəstələrin əksəriyyətində aspirinin erkən dayandırılması və OAK və P2Y12 inhibitoru ilə ikili antritrombotik müalicənin davam etdirilməsi yetərli hesab edilir (Arxa səhifədəki 14-cü Fiqura baxın).

QF və KKS, PKM və ya XKS olan xəstələr üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
QF xəstələri üçün ümumi tövsiyələr və yanaşı antiaqreqant müalicə üçün göstərişlər		
YOAK istifadəsi üçün uyğun olan QF xəstələrində antiaqreqant müalicə ilə birlikdə YOAK ^c istifadəsi VKA-dan üstün hesab olunur.	I	A
Qanaxma riski yüksək olan xəstələrdə (HASBLED $\geq$ 3), yanaşı olaraq təkli və ya ikili antiaqreqant müalicə alan xəstələrdə qanaxma riskini azaltmaq üçün Rivaroxaban 15 mq g.b.d. Rivaroxaban 20mq g.b.d.-dən daha üstün tutulur.	IIa	B

©ESC

QF və KKS, PKM və ya XKS olan xəstələr üçün tövsiyələr (davamı)		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
QF xəstələri üçün ümumi tövsiyələr və yanaşı antiaqreqant müalicə üçün göstərişlər (davamı)		
Qanama riski yüksək (HASBLED $\geq$ 3), yanaşı olaraq təkli və ya ikili antiaqreqant müalicə alan xəstələrdə qanaxma riskini azaltmaq üçün Dabigatran 110 mq g.i.d Dabiqatran 150 mq g.i.d.-dən daha üstün tutulur	Ila	B
QF olan pasientlərdə VKA və antitrombositar müalicə göstərişi olduğu halda VKA dozalanmasının INR 2-2.5 arası və TTR 70% hədəfinə uyğun gəlməsi ehtiyatla tənzimlənməlidir	Ila	B
KKS olan QF xəstələri üçün tövsiyələr		
QF pasientlərində KKS səbəbilə sadə PKM icra edilməmişdirsə, stent trombozu riski aşağıdırsa ^d və ya qanama riski stent trombozu riskindən üstünlük təşkil edirsə ^e bu pasiyentlərdə stent növündən asılı olmayaraq aspirinin erkən dayandırılması (1 həftə) və 12 ay müddətində OAK və P2Y12 inhibitoru ilə (klopidoqrel üstün tutulur) ikili terapiyanın davam etdirilməsi tövsiyə edilir.	I	A
KKS zamanı stent trombozu riskid qanama riskinə yüksək olduğu halda aspirin, klopidoqrel və OAK ilə üçlü müalicənin 1 həftədən uzun müddətdə davamı məqsəduyğundur, riskləri nəzərə alaraq ümumi davam etmə müddətinə (1 ay) qərar verilir və müalicə xəstəxana çıxışında planlaşdırılır.	Ila	C
PKM olunan KKS olan QF pasientləri üçün tövsiyələr		
Sadə PKM sonrası stent trombozu riski aşağıdırsa və ya qanama riski ^e stent trombozu riskindən ^d üstünlük təşkil edirsə bu pasiyentlərdə stent növündən asılı olmayaraq aspirinin erkən dayandırılması (1 həftə) və 6 ay müddətində OAK və Klopidoqrel ilə ikili terapiyanın davam etdirilməsi tövsiyə edilir.	I	A

AF və KKS, PKM və ya XKS olan xəstələr üçün tövsiyyələr (davamı)**Tövsiyələr****Sinif^a****Səviyyə^b****PKM olunan XKS olan QF pasientləri üçün tövsiyələr (davamı)**

Stent trombozu riski qanama riskindən yüksək olduğu halda aspirin, klopidoqrel və OAKf ilə üçlü müalicənin 1 həftədən uzun müddətdə davamı məqsəduyğundur, riskləri nəzərə alaraq ümumi davametmə müddətinə (1 ay) qərar verilir və müalicə xəstəxana çıxışında planlaşdırılır.

Ila**C**

©ESC

KKS = kəskin koronar sindrom; QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; g.i.d. = gündə iki dəfə; XKS = xronik koronar sindrom; XBÇ = xronik böyrək çatışmazlığı; HAS-BLED = Hiperenziya, Anormal böyrək/qara ciyər funksiyası, S (Stroke-Insult), B (Bleeding- qanama anamnezi), Labil (dəyişkən) INR, E (Elderly - yaşlılıq (>65 yaş), Dərman/alkoqol asılılığı ICH = intrakranial hemorragiya; INR = beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət; YOAK= qeyri vitamin K antaqonisti olan oral antikoagulant ; g.b.d. = gündə bir dəfə; OAK= oral antikoagulyant müalicə ; PKM = perkutan koronar müdaxilə; TTR = terapevtik diapazondakı vaxt; VKA= vitamin K antaqonisti.

^aTövsiyə sinifi.

^bSübut səviyyəsi.

^cPasientlərdə XBÇ, bədən kütləsi 60 kq, yaş 70-80 olması və / və ya dərman qarşılıqlı təsiri ilə əlaqədar hər bir YOAK üçün əks göstəriş və doza azaldılması ilə əlaqəli məhsul xarakteristikasının xülasəsinə bax.

^dStent trombozu riskini əhatə edir: (i) tromboz meydana gəlmə riski və (ii) stent trombozu yamamasına bağlı ölüm riski , hansı ki hər ikisi anatomic, procedural və klinik xarakteristikalarla əlaqəlidir. XKS olan pasientlərdə risk faktorlarına sol ana koronar arteriyanın və ya son qalan patent arteriyanın stentlənməsi ; suboptimal stent tətbiqi; stent uzunluğunun >60 mm olması; şəkərli diabet; XBÇ; iki stent implantasiya olunmuş bifurkasiya; xroniki total okkluziyanın müalicəsi; və adekvat antitrombotik müalicəyə baxmayaraq ilkin stent trombozu.

^eQF olan pasientlərdə qanaxma riski dəyişdirilə bilən qanaxma risk faktorlarına diqqəti cəlb edən HAS-BLED balından istifadə edilməklə qiymətləndirilə bilər, yüksək risk altında olanlar (≥3 bal) daha tez-tez və ya erkən müayinə və ya təqib edilə bilərlər. Qanaxma riski yüksək dinamikdir və statik qalmır və yalnız dəyişə bilən risk faktorlarının dəyərləndirilməsi qanaxma riski baxımından aşağı strategiyadır.

^fÜçlü müalicə zamanı dabigatran istifadə olunarsa Dabigatran 150 mg g.i.d. yerinə Dabigatran 110 mg g.i.d istifadə oluna bilər lakin sübut kifayət qədər deyil.

10.3 Qulaqcıq fibrilyasiyası olan xəstələrdə kəskin insult və İKH

Kriptogen insult olan pasientlərdə QF araşdırılması üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Kəskin işemik insult və TİH olan və daha əvvəldən bilinən QF olmayan pasientlərdə QF monitorinqi məqsədilə ən azı ilk 24 saat içində qısa müddətli EKQ və ən azı 72 saat içində davamlı EKQ monitorinqi tövsiyə olunur.	I	B
Bilinən QF olmayan seçilmiş insult pasientlərində ^c QF aşkarlamaq məqsədilə qeyri-invaziv EKQ monitorları vasitəsilə və ya taxıla bilən kardiak monitorlarla uzunmüddətli EKQ monitorinqi nəzərə alınmalıdır.	Ila	B

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; C2HEST = KAX/AXOX (CAD/COPD) (hər biri 1 bal), Hipertenziya (1 bal), E- Yaşlanma (Elderly) (≥75 yaş, 2 bal), Sistolik ürək çatışmazlığı (2 bal), və Tiroid xəstəlikləri (hipertiroidizm, 1 bal) ; EKQ = elektrokardiogram; TİH = tranzitor işemik həmlə.

^aTövsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

^cBütün insult xəstələri uzanmış EKQ monitorinqindən fayda görmür, QF yaranma riski olanlar (məsələn, ürək-damar risk faktorları və ya əlavə xəstəlikləri olan yaşlılar, SolQ remodelling göstəriciləri, yüksək C2HEST balı və s.) və ya kriptogenik insult və embolik insultdan xəbərdar verən xüsusiyyətləri olanlar uzunmüddətli EKQ monitorinqi üçün təyin edilməlidir.

Kəskin işemik insult sonrası QF xəstələrində ikincili insult profilaktikası üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
İşemik insult və ya TİH keçirmiş QF olan xəstələrdə insultun uzunmüddətli ikincili profilaktikası baxımından OAK istifadəsi üçün ciddi əks göstəriş yoxdursa OAK istifadəsi tövsiyə olunur və bu zaman YOAK təyin edilə bilən xəstələrdə YOAK VKA-dan üstün hesab olunur.	I	A
Kəskin işemik insult keçirən QF xəstələrində UFH, LMWH və ya VKA ilə çox erkən zamanda antikoagulyasiya (<48 saat) tövsiyə olunur.	III	B

QF xəstələrində intrakranial qanaxma sonrası insult profilaktikası üçün göstərişlər

İşemik insult baxımından yüksək risk daşıyan QF xəstələrində YOAK təyin edilə bilən xəstələrdə YOAK VKA-dan üstün hesab olunmaqla aşağıdakı hallarda yenidən OAK başlanılması nevroloq/insult mütəxəssisi ilə konsultasiya edilərək risk və faydaları ehtiyatlı şəkildə nəzərə alındıqdan sonra təyini məqsədəuyğundur:

- Travmaya bağlı İKH
- Kəskin spontan İKH (bura subdural, subaraxnoidal və ya intraserebral hemorragiya daxildir).^c

Ila

C

© ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; İKH = intrakranial hemorragiya; LMWH =aşağı molekulyar çəkili heparin; YOAK = qeyri vitamin K antaqonisti olan oral antikoagulyant; OAK = oral antikoagulyant müalicə; TIH = tranzitor işemik həmlə; UFH =fraksiya olunmamış heparin; VKA = vitamin K antaqonisti.

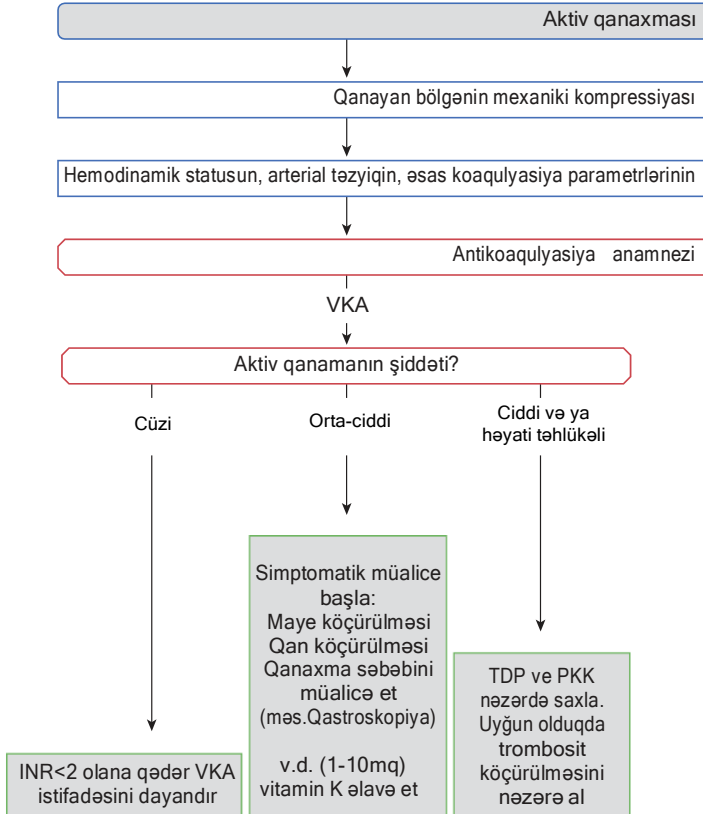
^aTəvsiyə sinfi.

^bSübut səviyyəsi.

^cDaha əlverişli fayda dərin intrakranial hemorragiya ilə və ya beyin amiloid angiopatiyasının və ya mikro qanaxmaların neyrogörüntüləmə sübutu olmadığı hallarda mümkündür.

10.4 Antikoagulyant müalicə altında aktiv qanama-yanaşma və bərpa vasitələri

Figur 15 Aktiv qanamanın idarə olunması
(qurumların razılaşdırılmış)



DP = təzə donmuş plazma; INR = beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət; v.d. = venadaxili; YOAK = qeyri vitamin K antaqonisti olan oral antikoagulant;

antikoagulyasiya alan xəstələrdə
proseduru olmalıdır)

olan xəstə

əgər mümkünə

qan sayımının və böyrək funksiyasının qiymətləndirilməsi

(son YOAK / VKA dozası)

YOAK

Aktiv qanamanın şiddəti?

Cüzi

Orta-ciddi

Ciddi və ya
həyatı təhlükəli

YOAK 1 doza və
ya 1 gün dayandır

Simptomatik müalicə
başla:
Maye köçürülməsi
Qan köçürülməsi
Qanaxma səbəbini
müalicə et
(məs. Qastroskopiya)

YOAK yeni qəbul
edildikdə oral
kömür qəbulunu
nəzərə al

Ya spesifik antidot
və ya antidot
olmadıqda PKK
istifadəsi uyğun
klinik hallarda
trombosit
köçürülməsini
nəzərə al

PKK = protromin kompleks konsentratı; TDP = təzə dondurulmuş plazma

OAK qəbulu altında aktiv qanaxmanın idarə edilməsi üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Ciddi aktiv qanaxması olan QF xəstələrində tövsiyə olunur: • Qanaxma səbəbi aşkar olunana və qanaxma həll edilənə qədər OAK dayandırılması • Qanaxma səbəbini və mənbəyini aşkarlamaq və idarə etmək üçün cəld şəkildə spesifik diaqnostik və müalicə tədbirlərinin icra edilməsi.	I	C
VKA qəbulu zamanı ciddi qanaxma ağırlaşması olan QF xəstələrində dörd-faktor protrombin kompleksi konsentratı tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	IIa	C

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; OAK = oral antikoagulyant; VKA = vitamin K antagonisti.

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

10.5 Qulaqcıq fibrilyasiyası və qapaq xəstəlikləri

Qapaq xəstəlikləri və QF olan xəstələr üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Class ^a	Level ^b
Protez mexaniki qapağı olan xəstələrdə YOAK əks göstərişdir.	III	B
QF və orta-ciddi mitral stenozu olan xəstələrdə YOAK istifadəsi tövsiyə olunur.	III	C

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; YOAK qeyri vitamin K antaqonisti olan oral antikoagulyant; VKA = vitamin K antagonisti –

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

10.6 Qulaqcıq fibrilyasiyası və anadangəlmə ürək qüsurları

Anadangəlmə ürək qüsuru olan xəstələrdə QF idarə olunması ilə bağlı tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
• Ürəkdaxili bərpa, fontan əməliyyatı, sianoz, sistemik sağ mədəcik olan və QF, qulaqcıqların titrəməsi, qulaqcıq taxikardiyası anamnezi olan bütün yaşlı xəstələrdə OAK istifadəsi tətbiqi məqsəduyğundur. • QF və digər anadangəlmə ürək qüsuru olan xəstələrdə antikoagulyasiya insult üçün bir və ya daha çox risk faktorları (qeyri-cins) olduğu halda tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	IIa	C

©ESC

Anadangəlmə ürək qüsuru olan xəstələrdə QF idarə olunması ilə bağlı tövsiyələr (davamı)

Təvsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
QF üçün cərrahi müdaxilənin aşağıdakı hallarda tətbiq edilməsi nəzərə alınmalıdır: • Qulaqcıqarası çəpər defekti səbəbilə cərrahi müdaxilə ehtiyacı olan və simptomatik qulaqcıq aritmiyası anamnezi olan xəstələrdə (cərrahi qapadılma zamanı QF ablasiyası oluna bilər). • Simptomatik QF olan və anadangəlmə ürək qüsuru səbəbilə korrekativ təmir əməliyyatı planlanan xəstəyə Cox Maze əməliyyatı icra edilə bilər. Əməliyyat təcrübəli mərkəzdə olmalıdır.	IIa	C
Anadangəlmə ürək qüsuru ilə bağlı qulaqcıq aritmiyaları zamanı təcrübəli mərkəzdə icra olunduğu zaman QF kateter ablasiyası nəzərə alın bilər.	IIb	C
Anadangəlmə ürək qüsuru olan xəstələrdə kardioversiya öncəsi 3 həftəlik antikoagulyasiya ilə birlikdə TEE icrası nəzərə alın bilər.	IIb	C

©ESC

QF = Qulaqcıq fibrilyasiyası; OAK = oral antikoagulyasiya; TEE = transezofageal exokardioqrafiya. ^aTəvsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

10.7 Hamiləlik zamanı qulaqcıq fibrilyasiyası

Hamiləlik zamanı qulaqcıq fibrilyasiyasının idarə olunmasına dair tövsiyələr

Təvsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Kəskin yanaşma		
Hemodinamik qeyri-stabillik və ya preeksitasiyalı QF hallarında dərhal elektikli kardioversiya ^c tövsiyə olunur.	I	C
HKM olan hamilə qadınlarda persistent QF zamanı elektrikli kardioversiyanın icrası nəzərə alınmalıdır.	IIa	C
Normal struktur ürəyi olan stabil pasientlərdə QF-ı sonlandırmaq məqsədilə i.v İbutilid və ya Flekainid istifadəsi tətbiq etmək olar.	IIb	C
Uzunmüddətli yanaşma (oral dərman istifadəsi)		
QF olan pasientlərdə hamiləliyin mərhələsindən asılı olaraq VKA və ya heparinlə terapiylik antikoagulyasiya tövsiyə olunur.	I	C

©ESC

Hamiləlik zamanı qulaqcıq fibrilyasiyasının idarə olunmasına dair tövsiyələr (davamı)

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Uzunmüddətli yanaşma (oral dərman istifadəsi) (davamı)		
QF zamanı nəbz kontrolu üçün selektiv beta blokatorlar tövsiyə olunur. ^d	I	C
Atrioventrikulyar düyün blokatorları ^f uğursuz olduğu halda QF-nın qarşısını almaq üçün Flekainid ^e , Propafenon ^e və ya Sotalol ^f tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	IIa	C
Beta -blokatorlar uğursuz olduğu halda nəbz kontrolu məqsədilə Diqoksin ^g və ya Verapamil ^g tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	IIa	C

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; EKG = elektrokardiogram; US FDA = ABŞ Qida və Dərman Administrasiyası (United States Food and Drug Administration); i.v. = intravenoz; SolM = sol mədəcik; HKM = hipertrofik kardiomiopatiya; QTc = korreksiya olunmuş QT intervalı; ABŞ = Amerika Birləşmiş Ştatları ; VKA = vitamin K antaqonisti. ^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi - ^cQF zamanı kardioversiya öncəsi adətən antikoagulyasiya olunmağı gərəkdir. - ^dAtenolol yüksək dərəcədə fetal inkişafın gerilməsinə səbəb olur və ona görə də tövsiyə olunmur. - ^eFlecainid və propafenon atrioventrikulyar düyün blokatoru olan dərmanlarla kombinasiya edilməlidir, lakin structural ürək xəstəlikləri, sol mədəcik funksiyasının azalması və His dəstəsi ayaqcıqlarının blokadası inkar edilməlidir. - ^fQTc uzanması olan xəstələrdə Class III dərmanlar istifadə olunmamalıdır. - ^gAtrioventrikulyar düyün blokada edici dərmanların sakitlik EKG-sində preeksitasiya olan və ya preeksitasiya QF xəstələrində istifadəsi tövsiyə olunmur. Qeyd edək ki, keçmiş dərmanların A-dan X-ə olan kateqoriyası- dərman müalicəsi tələb edən hamilə qadınların məsləhətləri üçün təsnifat sistemi- təsviri risk xülasəsini və heyvan və klinik məlumatlar üzərində ətraflı məlumatları təqdim edən Hamiləlik və Laktasiyanın Etiketlənməsi Qaydası ilə əvəz edilmişdir, 2015-ci ilin iyun ayında ABŞ FDA.

10.8 Postoperativ qulaqcıq fibrilyasiyası

Postoperativ qulaqcıq fibrilyasiyası (POQF) erkən postoperativ dövəmdə yeni yaranan QF olub, kardiak, qeyri-kardiak döş qəfəsi və vaskulyar və ya böyük həcmli kolorektal əməliyyatlar sonrası 2-4-cü günlərdə xəstələrin əhəmiyyətli hissəsində klinik mühüm vəziyyət olaraq meydana çıxır. POQF epizodlarının çox hissəsi spontan sonlanır və əksər hallarda asimptomatik olur, lakin POQF xəstələrin bir hissəsində təkrarlayan QF üçün mühüm risk daşıyır və insult, Mİ, ölüm üçün risk faktoru olaraq göstərilir.

Postoperativ qulaqcıq fibrilyasiyası üçün tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
Ürək əməliyyatları sonrası QF qarşısını almaq məqsədilə perioperativ dövrdə Amiodaron və beta blokator istifadəsi tövsiyə olunur.	I	A

©ESC

Postoperativ QF üçün tövsiyələr (davamı)		
Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
OAK terapiyasının gözlənilən klinik faydasını və məlumatlı xəstə seçimlərini nəzərə alaraq qeyri-kardiak cərrahiyyə sonrası insult riski yüksək olan postoperativ QF xəstələrində tromboembolik hadisələrin profilaktikası məqsədilə uzunmüddətli OAK terapiya tətbiqi nəzərə alınmalıdır.	Ila	B
OAK terapiyasının gözlənilən klinik faydasını və məlumatlı xəstə seçimlərini nəzərə alaraq kardiak cərrahiyyə sonrası insult riski yüksək olan postoperativ QF xəstələrində tromboembolik hadisələrin profilaktikası məqsədilə uzunmüddətli OAK terapiya nəzərə alın bilər.	Ilb	B
Qeyri-kardiak cərrahiyyə olunacaq xəstələrdə postoperativ QF profilaktikası məqsədilə beta blokatorlar rutin istifadə olunmamalıdır.	III	B

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası; OAK = oral antikoagulyant.

^aTövsiyə sinfi- ^bSübut səviyyəsi.

11. Qulaqcıq fibrilyasiyasının idarə olunmasında keyfiyyət tədbirləri və klinik performans göstəriciləri

Ölçülə bilən xidmət keyfiyyəti dəyərə əsaslanan səhiyyəyə doğru atılan məcburi addımdır. Keyfiyyət və performans göstəriciləri dəstləri praktikantlara və təşkilatlara qayğının keyfiyyətini ölçmək üçün alətlər təqdim etməlidir. QF müalicəsi üçün idarəetmə aspektlərinin geniş spektrini əhatə edən müxtəlif təşəbbüslər və keyfiyyət göstəriciləri mövcuddur. Hal-hazırda vahid qurulmuş və geniş istifadə olunan ölçmə və hesabat sistemi yoxdur.

QF xəstələrində keyfiyyət tədbirləri üçün tövsiyələr		
Tövsiyələr	Sınıf ^a	Səviyyə ^b
Baxımın keyfiyyətini ölçmək və müalicə keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması imkanlarını və QF xəstəsinin nəticələrini müəyyən etmək üçün alətlərin tətbiqi praktikantlar və institutlar tərəfindən nəzərdən keçirilməsi məqsəduyğundur.	Ila	B

©ESC

QF = qulaqcıq fibrilyasiyası.

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

12. Epidemiologiya, klinik təsirlər və yüksək sürətli qulaqcıq epizodu/subklinik qulaqcıq fibrilyasiyasının idarə olunması

YSQE/subklinik QF kardiostimulyator/implantasiya olunmuş cihazı olan xəstələrin 30-70%-ində rast gəlinir, lakin bu ümumi populyasiyada daha az da rastgəlinə bilər. Çox qısa epizodlar ($\leq 10-20$ san/gün) klinik əhəmiyyətsiz hesab olunur, uzun epizodlarla və ya artmış insult və ya sistemik emboliya riski ilə əlaqəli olmur. Uzun davam edən AHRE/subklinik QF (minimum 5-6 dəq) artmış klinik QF, işemik insult, böyük mənfi kardiovaskulyar hadisə və kardiovaskulyar mortallıq riski ilə əlaqəlidir. Halbuki mövcud sübutlar YSQE/subklinik QF xəstələrində rutin OAK istifadəsini əsaslandırmaq üçün kifayət deyil, hər xəstədə dəyişiləbilən risk faktorları təyin edilməli və idarə olunmalıdır. Uzun davam edən YSQE/subklinik QF (≥ 24 saat) seçilmiş xəstələrdə və insult riski yüksək olan xəstələrdə OAK istifadəsi tövsiyə oluna bilər. Ümumiyyətlə, YSQE/subklinik QF xəstələrində mütləq insult riski klinik QF ilə müqayisədə daha azdır və kəskin insultdan müvəqqəti dissosiasiya YSQE/subklinik QF-in insult üçün risk faktoru deyil, marker ola biləcəyini göstərir (arxa səhifədəki fiqur 16-ya bax).

YSQE olan xəstələrin idarə olunmasına dair tövsiyələr

Tövsiyələr	Sinif ^a	Səviyyə ^b
KİEC və ya daxil edilə bilən kardiak monitor vasitəsilə aşkar edilmiş YSQE/subklinik QF olan xəstələrdə aparılmalıdır: - EKG çəkilməsi, klinik risk faktorları/yanlış xəstəliklərin qiymətləndirilməsi, və CHA₂DS₂-VASc balı vasitəsilə tromboembolik risk dəyərləndirilməsi ilə kardiovaskulyar qiymətləndirməni tamamlama. - Klinik QF proqressiyasını aşkar etmək üçün davamlı xəstə təqibi və monitorinqi (uzaqdan monitorinq dəstəyi üstün tutulur) YSQE/subklinik QF yükünün monitorizasiyası (xüsusən ≥ 24 saati keçid) və altda yatan klinik vəziyyətlərdə dəyişikliyin aşkar edilməsi.	I	B

© ESC

YSQE (AHRE) = yüksək sürətli qulaqcıq epizodu (atrial high rate episode); KİEC (CIED) = kardiak implantasiya edilən elektron cihaz (cardiac implantable electronic device).

^aTövsiyə sinfi - ^bSübut səviyyəsi.

Mərkəzi fiqur. QF-in idarə olunması (arxa səhifəyə bax)

İdarə edilmə 12 aparmalı EKG və ya ritm zolağı ilə diaqnozun təsdiqi, QF-in xarakterizasiyası (4S-QF sxemi) və ABC yolu ilə insult riski, simptom və komorbidliklərin müalicəsindən ibarətdir.