

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРЕТКОМОРНИ АРИТМИИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при преткоморни аритмии.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при преткоморни аритмии е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при преткоморни аритмии по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2531/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПРЕДКОМОРНИ АРИТМИИ

МЗД Упатства
31.5.2010

- Основни карактеристики
- Дефиниција
- Патогенски механизам
- Дијагноза
- Клиничка презентација и евалуација
- Лекување
- Профилактичен третман
- Референци
- Алгоритми 1, 2, 3 и 4

ОСНОВНИ КАРАКТЕРИСТИКИ

- Вагалната стимулација е третман од прва линија за епизода на акутна ПКТ. Доколку вагалната стимулација е неефективна на пациентот треба да му се даде аденозин.
- Пациенти со повторливи епизоди на ПКТ треба да се упатат кај кардиолог со вештина и знаење за третман на аритмии (кардиолог-електрофизиолог); катетер аблација е куративна терапевтска постапка која ја заменува терапијата со лекови во профилактичкиот третман на ПКТ.
- Wolff-Parkinson-White (WPW) синдромот мора да се дијагностицира и пациентот да се упати кај специјалист за понатамошен третман.

ДЕФИНИЦИЈА

- Поимот преткоморни аритмии опфаќа голема група на нарушувања на ритмот со потекло од синусниот јазол (СЈ), преткоморите, преткоморно-коморниот јазол (ПКЈ), спојнички (junctional) и реципрочни или акцесорно-посредувани тахикардии коишто настануваат како резултат на различни механизми (тука не спаѓа преткоморната фибрилација -ПФ за која треба да се погледне друго упатство).
- Во ова упатство се опишани **преткоморни тахикардии** коишто се однесуваат на следните преткоморни нарушувања на ритмот:
 - Преткоморна тахикардија со тесен и широк QRS комплекс (atrial tachycardia)
 - Предкоморно-коморно јазолна кружна тахикардија (AV node reentry tachycardia-AVNRT)
 - Јазолна тахикардија (nodal tachycardia)
 - Предкоморно - коморна повторувачка тахикардија (AV reciprocating tachycardia-AVRT)
 - Ектопични тахикардии
 - Преткоморен флатер
 - Пациенти без документирана аритмија на електрокардиограмот.

ПАТОГЕНСКИ МЕХАНИЗАМ

- Повеќето преткоморни тахикардии се базираат на “reentry” - механизам на повторен влез (кружна тахикардија).
 - Овие пациенти имаат конгенитална, двојна АВ јазлена физиологија која овозможува механизам на повторен влез и кружење (кружно движење).

- Дел од пациентите имаат дополнителни (акцесорни) спроводни патишта. Кај најголем дел од случаите дополнителните патишта ќе дозволат само ретроградна кондукција од коморите кон преткоморите. При WPW синдром, дополнителните патишта ќе дозволат и антеградна кондукција од преткоморите до коморите создавајќи делта бран на ЕКГ.

ДИЈАГНОЗА (Алгоритам 2,3)

- Епизода на ПКТ се карактеризира со ненадеен почеток и завршување, што ја разликува од синусната тахикардија и повеќето коморни аритмии. Нејзиното траење варира од неколку секунди до непрекинлива тахикардија.
- ЕКГ снимање ќе ја потврди дијагнозата. Ритамот на ПКТ е регуларен и фреквенцијата варира меѓу 140–220/мин, во зависност од возраста на пациентот и состојба на ментална будност. QRS комплексите се најчесто тесни. Аберантното спроведување резултира со широк QRS комплекс, а исто таков ефект има и блокот на гранка како и коморната пре-ексцитација преку помошни (акцесорни) патишта.
- Вагалната стимулација може да терминира епизода на ПКТ или да нема ефект врз срцевиот ритам (ова ќе помогне во нејзино диференцирање од синусната тахикардија).

Преткоморно-коморна јазолна кружна тахикардија (ПКЈКТ) - Atrioventricular nodal reentry tachycardia (AVNRT)

- Типична AVNRT (спора-брза AVNRT) е веројатна доколку:
 - QRS комплексите се тесни и се јавуваат во регуларни интервали
 - Р бранови се или невидливи или ретроградни и се јавуваат веднаш после QRS комплексите (најдобро видливи во V1 одводот).
 - Нема делта бранови при ЕКГ во мирување.
- Ретки типови на AVNRT (брза-спора AVNRT, спора-спора AVNRT) типично ќе продуцираат ретроградни Р бранови кои паѓаат видно после QRS комплексите правејќи го овој тип на AVNRT тежок за диференцирање од ектопичната атријална тахикардија.

Преткоморно-коморна реципрочна тахикардија (ПКРТ) – Atrioventricular reentry tachycardia (AVRT)

- АВРТ е предизвикана од конгенитални акцесорни спроводни патишта.
 - Во таканаречен прикриен акцесорен пат постои само ретроградна кондукција од коморите кон преткоморите и нема делта бранови видени на ЕКГ за време на синус ритам (вон пристап на тахикардија).
 - Манифестен акцесорен пат овозможува антеградна кондукција од преткоморите кон коморите и делта бран се јавува на ЕКГ за време на синусниот ритам (вон пристап на тахикардија).
- При почестата ортодромна тахикардија, импулсите патуваат од преткоморите до коморите низ АВ јазолот, а се враќаат преку акцесорниот пат. QRS комплексите се тесни (освен доколку има аберантно спроведување или блок на гранка). Ретроградните Р бранови се јавуваат покасно отколку кај типична AVNRT.
- При поретката антидромна тахикардија, насоката на повторниот влез (re-entry) е обратна. Коморите се активираат предвремено преку акцесорниот пат, што резултира со широки QRS комплекси.
- WPW синдром
 - ЕКГ во мирување има:
 - Делта бран во најмалку два одводи.
 - Скратен PQ интервал (< 0.10 секунди).
 - При WPW синдромот, преткоморното треперење претставува животозагрозувачка аритмија бидејќи како резултат на постоењето на акцесорниот пат, фреквенцијата на коморниот одговор може премногу да забрза (200–300/мин) водејќи до коморно

треперење. QRS комплексите се широки при постоење на пре-ексцитаторно преткоморно треперење.

Атријална тахикардија

- Атријална тахикардија е веројатна доколку:
 - Морфологијата на Р бранот се разликува од онаа видена за време на синусен ритам (споредба со претходни ЕКГ снимки вон епизода на аритмија)
 - PQ интервалот е нормален или продолжен
 - Тахикардијата обично почнува и завршува постепено.

КЛИНИЧКА ПРЕЗЕНТАЦИЈА И ЕВАЛУАЦИЈА (Алгоритам 1)

- Ако пациентот има воглавно здраво срце, има нормален функционален капацитет, аритмијата не предизвикува хемодинамиски проблем (синкопа) и нема фамилијарна историја за ненадејна смрт или тешки аритмии, аритмијата е скоро без исклучок бенигна.
- Медицинската историја, клинички испитувања и ЕКГ во мир се основните дијагностички испитувања.
 - Најголем дел од тешките срцеви болести може да бидат исклучени со внимателна медицинска историја и преку клинички испитувања.
 - За идентификација на ретки наследни тешки аритмии важно е да се следи фамилната историја на пациентот.
 - ЕКГ во мир често дава вредни дијагностички насоки што се однесува до етиологијата на симптомите.
- Сметајте ја аритмијата за опасна ако предизвикува сериозни хемодинамиски нарушувања (синкопа или пресинкопа) или ако е поврзана со тешка срцева болест. Истражувањето на таквите аритмии бара кардиолошка експертиза и екстензивни испитувања.
- Потребно е да се направи разлика меѓу аритмии од преткоморно и коморно потекло, бидејќи ова влијае и на прогнозата и на изборот на терапевтски третман. Широко-комплексната тахикардија секогаш се перцепира како коморна, се додека не се докаже поинаку.
- Освен за преткоморни треперење, третман за асимптоматска аритмија ретко е потребен (третман на преткоморно треперење е опфатен во друго упатство).

Најчести симптоми со кои се манифестираат аритмиите

Нарушување на свеста

Нарушување на свеста (синкопа) предизвикана од аритмија е секогаш знак на сериозен проблем. Треба секогаш да се диференцира од бенигна ваговагална реакција и други причини за нарушена свест.

- Во двата случаи пациентот чувствува затемнување пред очите, мускулната сила се губи и пациентот паѓа, но, “нормалното онесвестување” предизвикано од ваговагалната реакција е често поврзано со стресни ситуации (пр. земање примерок на крв). Историјата на пациентот помага во идентификација на колапсите кои се поврзани со ваговагални стимули (повраќање, кашлање, тиштење).
- Диференцијацијата на т.н. “нитроглицерински колапс” од синкопа предизвикана од аритмија е лесно со внимателно земена анамнеза.
- По епилептички напад пациентот е често успан и уморен додека пациент кој се опоравува од срцев колапс е свесен и буден. Диференцијалната дијагноза е комплексна од фактот што дури и пролонгирана кардиолошка синкопа може често да е придружена со напади.

Чувство на палпитација

- Палпитацијата е најчест симптом предизвикан од аритмија.

- Опсегот на палпитациски чувства е широк и симптомите може да варираат поединечни прескоци (салви) до неподнослива мачнина на срцето.
- Внимателна проценка на природата на чувството на пациентот, често може да доведе до специфична дијагноза на аритмијата.
- **Диференцијално дијагностички предиспонирачки фактори на палпитациите**
 - **Некардиолошки фактори**
 - Никотин, алкохол, кофеин
 - Стрес
 - Хипертироидизам
 - Премениструален синдром
 - Електролитен дисбаланс
 - Лекови (антиаритмици, антидепресиви, антибиотици, антихистаминици)
 - Анемија
 - Хиповолемија
 - Температура
 - Недоволен одмор, спиење
 - **Кардиолошки фактори**
 - КАБ
 - Срцева слабост
 - Валвуларна болест
 - Конгенитални малформации
 - Миокардна лузна (саркоидоза, ТБЦ)
 - Долг QT синдром
 - Brugada синдром
 - Постоење на коморна преексцитација
- **Други симптоми**

Аритмиите може да предизвикаат слабост, диспнеа, градна болка и многу други неспецифични симптоми кои често се поврзани со пациентовите претходни болести.

1. *Историја на болеста и клинички преглед*

- **Историјата на пациент со аритмија** треба да ги вклучува следниве информации:
 - Кога почнала аритмијата?
 - Симптоми кои се случувале од детството укажуваат на преткоморна аритмија.
 - Аритмии кои почнале по миокарден инфаркт се веројатно коморни.
 - Фреквенцијата и траењето на нападите
 - Начин на почеток и крај на нападите
 - Преткоморна тахикардија почнува и завршува наеднаш како мавање со прстите.
 - Синус тахикардијата почнува и завршува постепено.
 - Вагус стимулацијата ја прекинува преткоморната тахикардија но има мал ефект на синус тахикардијата, преткоморното треперење или коморната тахикардија.
 - Провоцирачки фактори: кафе, недостаток на сон, напнатост, стрес итн.
 - Ритам и карактер на пулсот за време на аритмијата
 - Екстрасистоли: поединечни сални или прескокнати удари
 - Преткоморна тахикардија: неочекувана, брза пулсација
 - Преткоморно треперење: ритмот е комплетно неправилен
 - Научете го пациентот да си го почувствува неговиот или нејзиниот пулс (на пример, од каротидната артерија) и да го пресметува пулсниот однос за време на аритмијата.
 - Ефектот на аритмијата врз хемодинамската состојба на пациентот (синкопа)
 - Ефектот на симптомите врз капацитетот и толеранцијата на напор и квалитет на живот

- Фамилијарна историја: аритмии и можни ненадејни смртни случаи кај блиски роднини.
- **Клинички испитувања**
 - Аускултација на срцето и каротидните артерии (шумови)
 - Крвен притисок

2. Параклинички иследувања

- **Основни параклинички иследувања**
 - 12-канална електрокардиографија (ЕКГ)
 - Срцев ритам, преткоморно-коморно спроведување (PQ-интервал), хипертрофија, патолошки Q-забец, пречки во реполаризацијата (QT-интервал), делта-бран.
 - Рендген на градите, доколку врз основа на историјата на болеста или клиничкиот наод се постави сомнеж за срцева или белодробна болест.
 - Основна крвна слика, електролити и серумски креатинин според клиничката состојба на пациентот
 - Тироид-стимулирачки хормон (TSH), барем кај пациенти со преткоморно треперење и брзи аритмии
- **Понатамошни параклинички иследувања**

Потребата за натамошни испитувања мора секогаш да се зема во предвид индивидуално, бидејќи во најголем број од случаите базичните испитувања се доволни.

- Примена на тест на оптоварување со напор, доколку:
 - Постоји чувство на аритмија за време на напор
 - Функционалниот капацитет на пациентот е намален
 - Симптомите на пациентот укажуваат на коронарна артериска болест
- 24-часовно амбулаторно ЕКГ следење (Холтер) доколку пациентот има:
 - Напади на синкопа
 - Други онеспособувачки напади
 - Симптоматско ЕКГ (правење на ЕКГ снимање за време на симптомите) е подобро од “терапевтското” Холтер мониторирање во евалуација на проблематично чувство на палпитација.
- Ехокардиографија доколку пациентот:
 - Имал миокарден инфаркт
 - Има шумови регистрирани со срцева аускултација
 - Има намален функционален капацитет
 - Има знаци за левокоморна хипертрофија на ЕКГ
 - Има особено зголемена срцева сенка на рендгенграмот на градите.
- Според мислење и индикација на кардиолог: коронарна ангиографија, електрофизиолошко испитување, магнетна резонанца или други испитувања.

ЛЕКУВАЊЕ

- Лекувањето на пациентите со симптоми коишто сугерираат постоење на аритмија, но без нејзина електрокардиографска потврда зависи од природата на симптомите.
- Доколку електрокардиограмот е нормален, а пациентот дава податок дека аритмијата се јавува како резултат на преципитирачки фактори од некардиолошко потекло (види погоре во текстот), тогаш се советува нивно избегнување или нивна корекција.
- Доколку симптомите и анамнезата укажуваат дека аритмијата се јавува во пароксизми, а електрокардиограмот во мирување не дава одговор за механизмот на аритмијата, тогаш се потребни понатамошни дијагностички испитувања.
- Доколку аритмијата е документирана на електрокардиограмот, во понатамошната евалуација, потребно е да се разграничи постоење на:
 - Аритмија со тесен QRS комплекс
 - Аритмија со широк QRS комплекс
 - Регуларна
 - Нерегуларна
- Лекувањето е диктирано од специфичните типови на предкоморна аритмија која е дијагностицирана. Во лекувањето, потребно е придржување кон следното:
 - Пациентите треба да се обучат за примена на вагални маневри.
 - Профилактичките лекови кои може да се користат во ПЗЗ вклучуваат бета-блокатори, верапамил или дилтиазем. Бета-блокаторите може да се дадат емпиријски само доколку е исклучено постоење на значајна брадикардија (< 50 удари/минута).
 - Класа IC антиаритмиците или amiodarone може исто да се користат, доколку се смета дека е потребно, но пропишани од специјалист со експертиза за аритмии, поради ризикот од проаритмија и само при електрокардиографски документирана аритмија.
- Пациенти со повторливи епизоди на ПКТ, треба секогаш да се обратат на кардиолог со знаење и вештина во справување со аритмии (кардиолог-електрофизиолог) за електрофизиолошки студии и можна аблатациона терапија.
- Катетерската аблација може трајно да излечи најголем дел од преткоморните аритмии. Компликации поврзани со процедурата се ретки.

Третман на акутна епизода на ПКТ (Алгоритам 4)

- ПКТ што предизвикува хемодинамиска компромитација мора да се третира со електрична кардиоверзија во најблиската здравствена установа.
- Кај хемодинамиски стабилни пациенти, третманот од прва линија за ПКТ е вагална стимулација (Табела 1). За време на процедурата ритмот мора да биде набљудуван континуирано на монитор, а исто така мора да има и ЕКГ запис.
- Доколку нема непосреден одговор на вагална стимулација, кај тахикардија со тесен QRS комплекс се дава adenosine и.в. во голема вена.

Табела 1. Вагална стимулација може да се користи и при дијагноза и при третман на аритмии

Процедура	Метод
Валсалва маневар	По вдишување пациентот се обидува да издише насилно контра затворен глотис. Во пракса, може да е полесно доколку пациентот дува во затворена цефка (пр. пластична тегла за примерок) 15–30 секунди користејќи постојана сила.
Масажа на каротиден синус	Главата на пациентот е завртена на спротивната страна од синусот кој се масира и каротидната артерија се чувствува под мандибулата на anteriорниот дел на стерноклеидомастоидниот мускул. Само една страна се масира во тек на 5–10 секунди. Особено кај пастарите, каротидните артерии мора да се аускултираат пред масажата за да се детектираат можни оклузии.
Други процедури	Плискање на лицето со ладна вода може да се направи, но индуцирано повраќање (со поставување на прстите во грлото на пациентот) треба да се избегнува.
Мониторинг	За да се документираат било какви дијагностички информации за ефектот на процедурата, ритамот мора да биде мониториран континуирано и да се прави запис на хартија.
Интерпретација	Вагалните процедури ќе го успорат срцевиот ритам и може да ја завршат ПКТ. Натамошна вагална стимулација ќе го супримира преткоморнокоморното спроведување, што може да ги открие на пример карактеристичните флатерни бранови на преткоморниот флатер.

Adenosine

- **Аденосине е ефективен и безбеден, погоден за примена и на ниво на ПЗЗ како лек од прва линија за регуларна тахикардија со тесен QRS комплекс.**
 - Ефективно го успорува спроведувањето низ атривентрикуларниот (AV) јазолот. Ритамот се конвертира 20–30 секунди по инјекцијата и траењето на неговото дејство е многу кратко (полуживот од околу 2 секунди).
 - Нема да ги конвертира преткоморното треперење или флатер во синус ритам, но транзиторно ќе ја успори фреквенцијата на коморниот одговор, што може да ја потврди дијагнозата.
 - Нема ефект на најголем дел на коморни тахиаритмии и оттука може да биде користен во болнички услови при диференцијална дијагноза меѓу широко-комплексна ПКТ и КТ.
 - Не смее да се користи доколку аритмијата е нерегуларна (варијабилан RR интервал).
- Администрација на adenosine
 - 6 mg како брз болус во антекубитална вена со постојано мониторирање на ритамот (и со ЕКГ запис на хартија). Со цел да се подобри ефектот, екстемитетот треба да се држи поткренати и да се администрира околу 10 ml натриум хлорид веднаш по администрацијата. Помала доза треба да се користи доколку се користи централна вена.
 - Доколку синус ритамот не се обнови во тек на 2 минути, поголема доза од 12 mg се администрира, доколку е потребно следена од дополнителни 12 mg по 2 минути.
 - Користа од adenosine споредено со verapamil се неговиот пократок полуживот и помалку хемодинамиски ефекти. Додатно, бета-блокадата не е контраиндикација за негова употреба.
- Претпазливост
 - **Adenosine не смее да се користи** доколку пациентот има претходно дијагностициран сериозна дисфункција на синусниот јазол или на AV јазолот –блок од II и III степен.
 - Постои ризик од продолжен AV блок кај постарите, и побезбедно е овие пациенти да се третираат во болница.

- Дозата мора да биде редуцирана кај пациенти кои примаат dipyridamole бидејќи четирикратно го потенционира ефектот на аденозинот.
- Треба да биде даден во поголеми дози на пациенти кои примаат theophyllamine. Можна е минлива егзацербација на астма.
- При тешка коронарна артериска болест постои ризик од брадикардија и AV блок.
- Пациенти со срцева трансплантација се високо чувствителни на adenosine и треба да примаат многу мали дози.
- Несакани ефекти
 - Црвенило на лицето, диспнеа, стегане во градите, гадење и вртоглавица се чести и пациентот треба да биде предупреден за нивното појавување однапред и да му се каже дека сите негативни ефекти кратко ќе траат (1-2 минути).
 - Минлива синусна брадикардија следена од рефлексна тахикардија, AV блок, преткоморни екстрасистоли и понекогаш и атријална фибрилација се можни.
 - При WPW синдром, adenosine може да ја забрза кондукцијата преку акцесорните патишта и неговата употреба за третман и дијагноза на широко-комплексна тахикардија би требало да се прават само во болнички услови.

Verapamil

- Доколку adenosine не ја прекине тесно-комплексната ПКТ, verapamil може да се користи.
- Ја намалува AV кондукцијата ефективно преку блокирање на калциумовите канали.
- Дозирање
 - 5 mg спора интравенозна инјекција (во тек на 5–10 минути) за да се избегне хипотензија. Дозата може да биде повторена по околу 5 минути доколку е потребно.
 - За време на третманот ритмот мора да биде набљудуван континуирано со монитор и крвниот притисок да биде мерен во регуларни интервали.

Други лекови

- Алтернативно, интравенозни бета-блокатори може да се дадат. Класа IC антиаритмични лекови или amiodarone може да бидат дадени во болнички услови.
 - Класа IC лекови и amiodarone ја успоруваат кондукцијата преку акцесорниот пат поради што се безбедни при постоење на WPW синдром.
- Доколку пациентот е вознемирен поради аритмиски симптоми, анксиолитик пр. Диазепам може да биде од корист.

Електрична кардиоверзија

- Кардиоверзијата треба да биде применета кога горенаведените методи се докажат како неефективни за справување со хемодинамиски нестабилни пациенти и онаму каде што се претпочита избегнување на полифармација, пациенти кои веќе примаат неколку кардиоваскуларни лекови. Изведување на електрична кардиоверзија (опишано во друго Упатство).
- Електрошокот се дава со дефибрилатор, со синхронизирање на QRS комплексите, и.е. на ист начин како при преткоморно треперење.

Третман на ПКТ при WPW синдром

- Adenosine е лекот за избор за справување со тесно-комплексна (ортодромска) ПКТ (види погоре).
- При широко-комплексна (антидромна) ПКТ, импулсот патува низ акцесорниот пат од преткоморите до коморите. Verapamil, digoxin и бета-блокатори може да ја поттикнат кондукцијата преку акцесорниот пат, особено при преткоморно треперење и затоа се контраиндицирани во третманот на антидромна ПКТ. Adenosine исто така може да ја

поттикне кондукцијата низ акцесорниот пат, но поради неговиот краток полуживот, тој останува релативно безбеден избор.

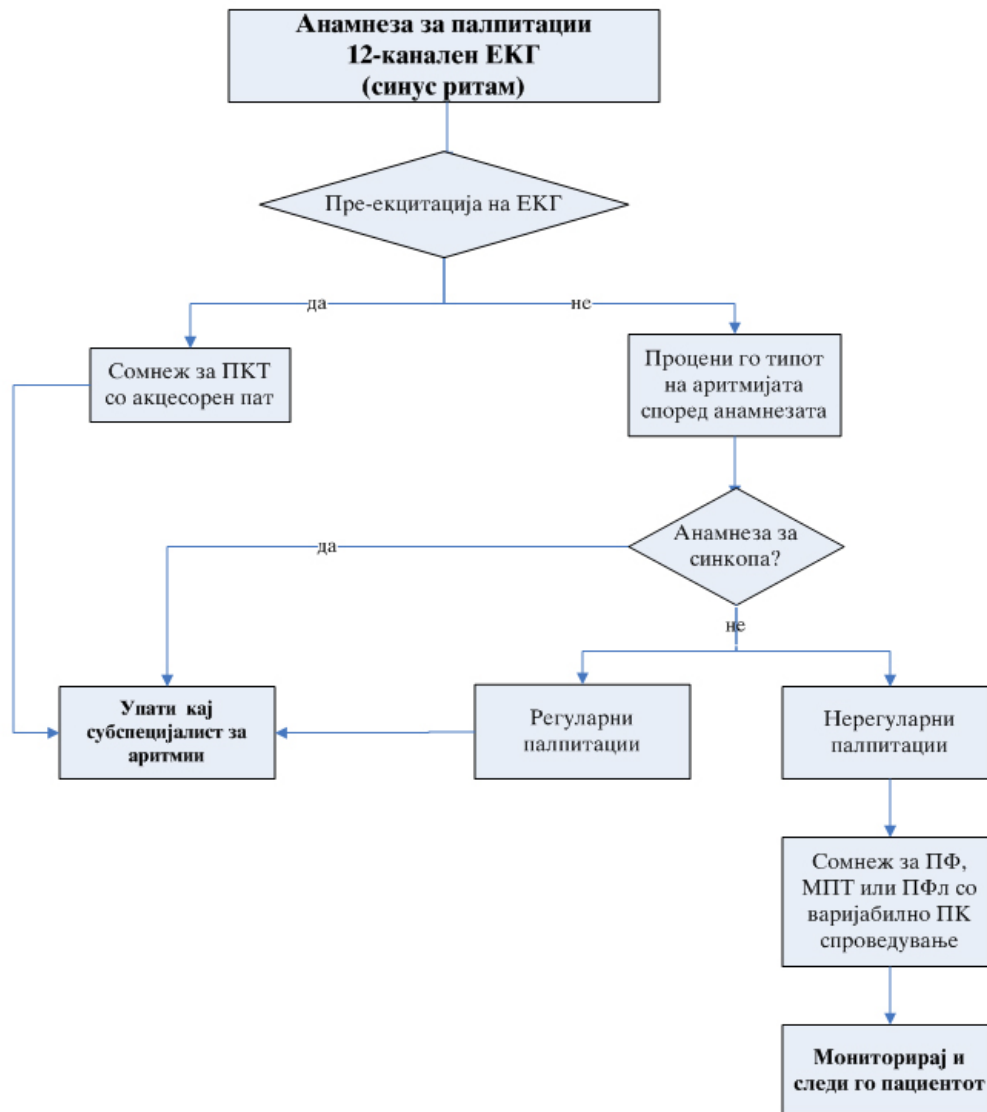
- При антидромна ПКТ, најсигурниот и безбеден начин да се обнови синусниот ритам е електрична кардиоверзија.
- Покрај adenosine, класа IC лековите може да бидат земени во предвид (flecainide или propafenone 1–2 mg/kg како 10–30 минутна инфузија, максимална доза 150 mg) или интравенозен amiodarone (300 mg или 5 mg/kg во текот на 10 минути).
- Доколку преткоморен флатер или треперење се јави во присуство на WPW синдром, на пациентот **не смее да му се даде** verapamil, digoxin или бета-блокатори поради ризикот од забрзан коморен одговор. Електричната кардиоверзија е терапевтски третман од избор.

Акутен третман на ектопична атријална тахикардија

- Вагална стимулација и adenosine најчесто нема да ја прекинат ектопичната атријална тахикардија, но може да помогнат во точна идентификација на видот на аритмијата со предизвикување на привремен AV блок за време на кој P брановите полесно ќе се видат.
- Коморниот одговор е успорен преку блокирање на AV кондукцијата со бета-блокатор, verapamil, digoxin или diltiazem.
- Класа IC лековите (flecainide, propafenone) или amiodarone, може исто да се користат во болнички услови, но електричната кардиоверзија останува најбрз и најсигурен начин да се обнови нормален синус ритам.

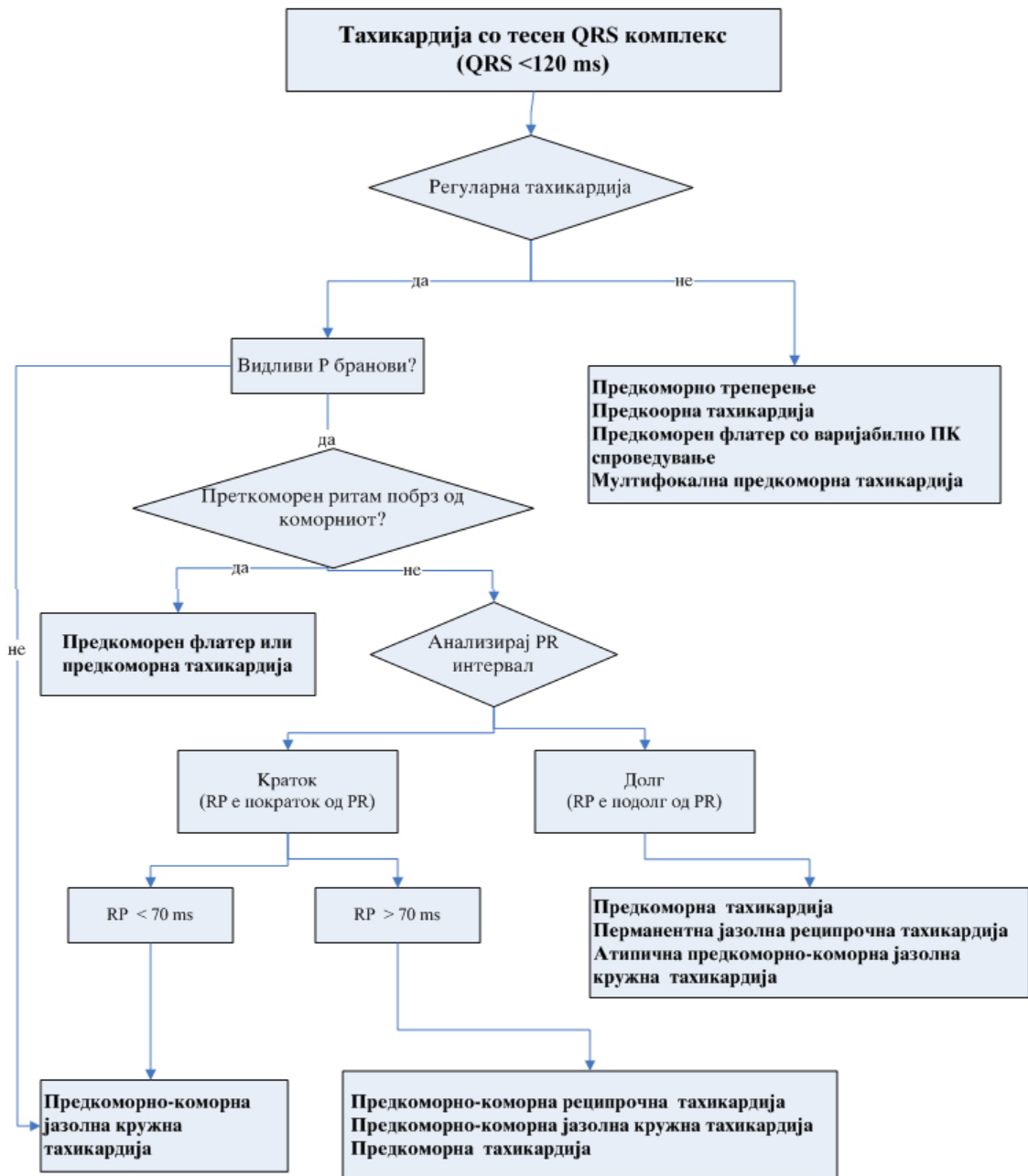
ПРОФИЛАКТИЧКИ ТРЕТМАН

- Без оглед на патогенскиот механизам, ПКТ има висок ризик од повторување; само ретки случаи се решаваат без третман.
- Профилактичките лекови кои треба да се користат во примарната здравствена заштита вклучуваат бета-блокатори, верапамил или дилтиазем. Класа IC лекови или amiodarone може исто да се користат, доколку се смета дека е потребно, но од страна на лекар специјалист.
- Сепак, терапија со лекови не е високо ефективна и катетерската аблација ја надминува терапијата со лекови во профилактичкиот третман на ПКТ. Пациенти со повторливи епизоди на ПКТ, треба секогаш да се обратат на кардиолог со знаење и вештина во справување со аритмии (кардиолог-електрофизиолог) за електрофизиолошки студии и можна аблациска терапија.
- Катетерската аблација може трајно да излечи околу 95% од преткоморнокоморните јазолно кружни тахикардии и оние предизвикани од вродени дополнителни патишта. При ектопична преткоморна тахикардија, ефикасноста од аблациска терапија е околу 90%. Компликации поврзани со процедурата се ретки.
- При WPW синдром, преткоморното треперење е животозагрозувачка аритмија и овие пациенти мора секогаш да бидат упатени кај кардиолог. Инцидентен наод на делта бран кај асимптоматски пациент исто така претставува индикација за упатување на специјалист.

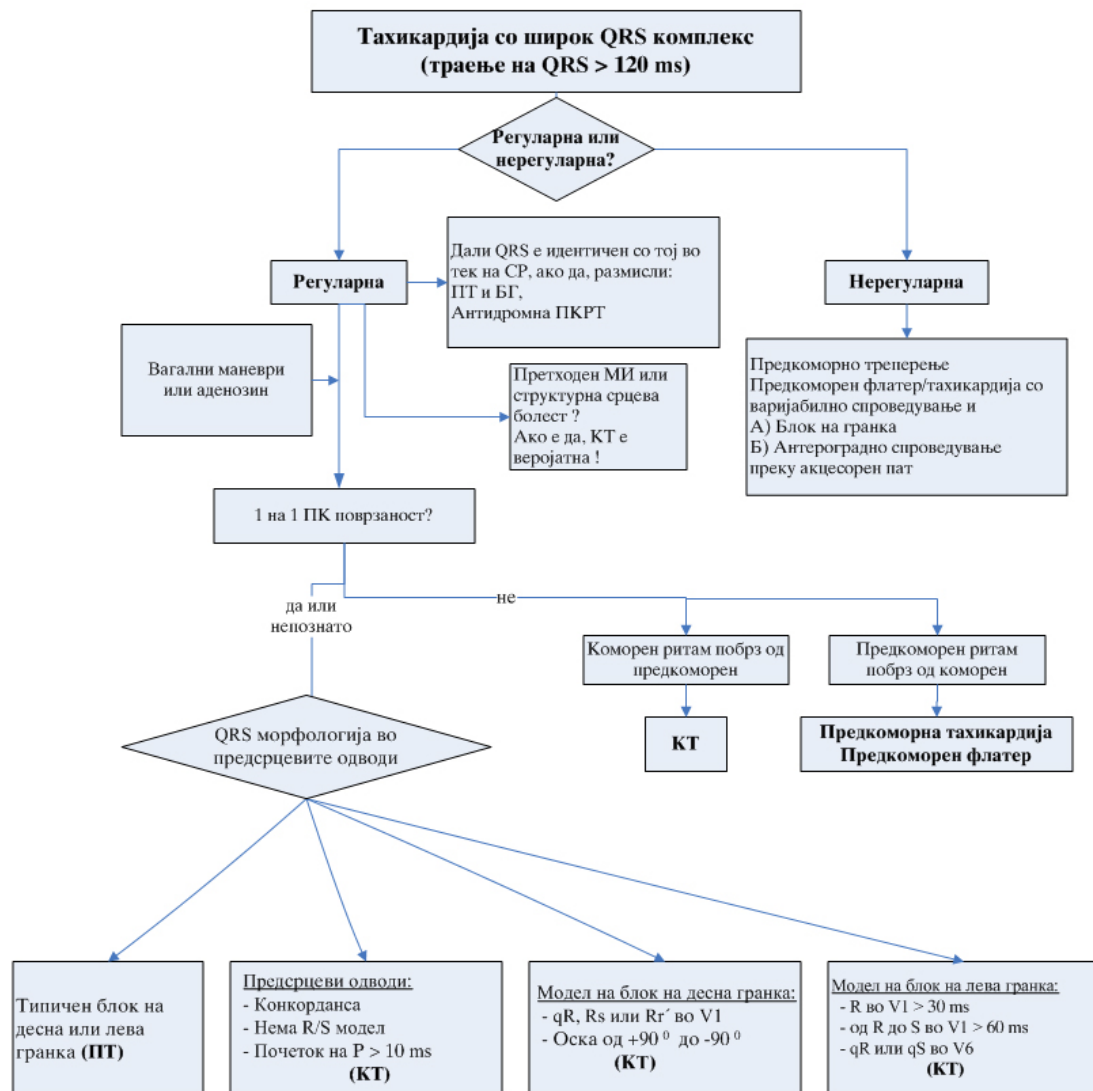


Алгоритам 1. Иницијална евалуација на пациенти со сомнеж за постоење на предкоморна аритмија

Кратенки: ЕКГ-електрокардиограм; ПФ-предкоморен флатер; МПТ-мултифокална предкоморна тахикардија; ПФл-предкоморно треперење; ПК-предкоморно-коморно.

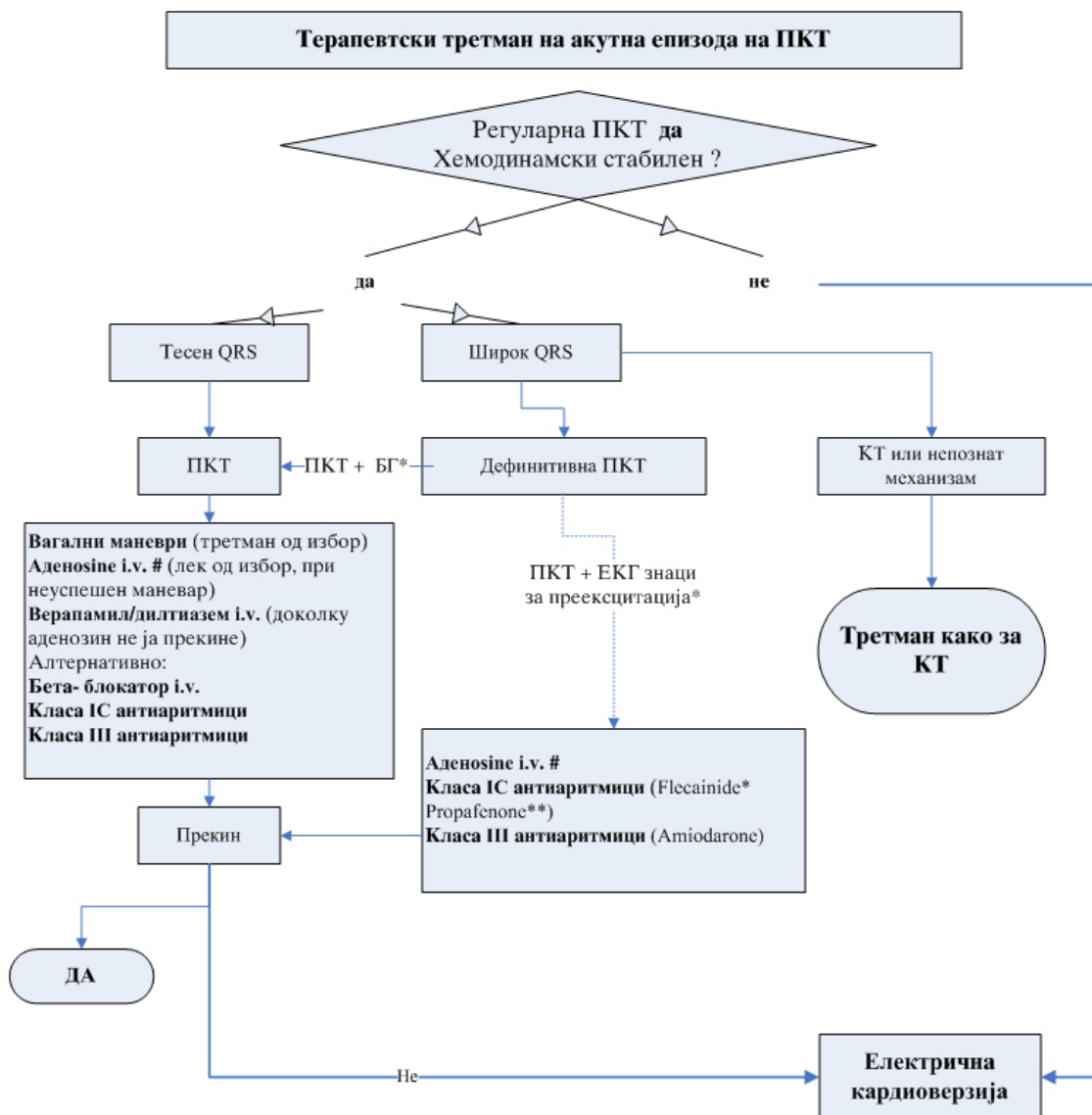


Алгоритам 2. Диференцијална дијагноза на тахикардија со тесен QRS комплекс



Алгоритам 3. Диференцијална дијагноза за тахикардија со широк QRS комплекс

Кратенки: СР- синус ритам, ПТ-предкоморна тахикардија, ПКРТ ПК кружна тахикардија, МИ-миокарден инфаркт, БГ- блок на гранка, ЛК- лева комора, КТ- коморна тахикардија, ПК-предкоморно-коморна.



Алгоритам 4. Акутен третман на пациенти со регуларна ПКТ во зависност од хемодинамската стабилност

12 канално ЕКГ во тек на синус ритам мора да биде достапно за да се направи дијагноза

* Нерегистриран во Р. Македонија

** Не се препорачува кај пациенти со редуцирана ЕФ

Аденозин треба да се користи со внимание кај пациенти со тешка коронарна артериска болест и може да забрза спроведување низ акцесорниот пат кај прекекситација, што може да резултира со брз коморен ритам, исто така нерегистриран во Р. Македонија.

Кратенки: ПКТ-предкоморна џахикардија, ПК-предкоморно-коморен, БГ- блок на ѓранка, ЛК- лева комора, КТ- коморна тахикардија.

РЕФЕРЕНЦИ

1. **Supraventricular tachycardia (PSVT). EBM Guidelines, 31.5.2010, www.ebm-guidelines.com**

Автори:

Pekka Raatikainen

Претходен автор:

Matti Halinen

Article ID: ebm00059 (004.039)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

2. **Symptoms of arrhythmia and examination of an arrhythmia patient. EBM Guidelines, 16.4.2010, www.ebm-guidelines.com**

Автори:

Pekka Raatikainen

Претходен автор:

Matti Halinen

Article ID: ebm00056 (004.030)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.

Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.