

Насоки за поведение при болни с предсърдно мъждане в извънболничната медицинска практика

д-р Борислав Георгиев

Национален център по сърдечно-съдови заболявания и рехабилитация

доц. Нина Гочева

Национален център по сърдечно-съдови заболявания и рехабилитация

проф. Анна Еленкова

Медицински университет - София

от името на Работната група по сърдечно-съдови заболявания към Национална здравноосигурителна каса

д-р Елка Орешарска

12-та поликлиника - София

проф. Светла Торбова

Транспортен медицински институт

проф. Мирослав Попов

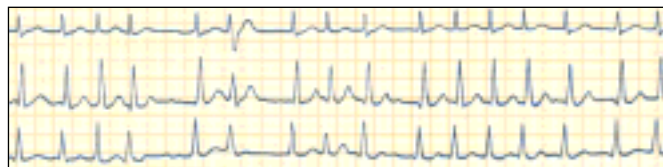
Национален център по обществено здраве

Предсърдното мъждане (ПМ), една от най-често срещаните аритмии, е обект на повишен интерес и интензивни клинични изследвания през последните години. Приема се, че то е главната причина за емболичните инциденти, които в 75% от случаите са мозъчно-съдови. Предсърдното мъждане често съпровожда редица сърдечни заболявания, но при значителна част от пациентите (около 30%) няма установими признаци на сърдечна болест. Симптоми, често водещи до нетрудоспособност, хемодинамични нарушения и намаляване на продължителността на живот, са сред неблагоприятните резултати на ПМ, които се изразяват в увеличаване на болестността, смъртността и в разходи за медицинското обслужване. Целта на настоящите насоки е да се дадат накратко принципите за клинично поведение, да ориентира към терапевтичния подход, прилаган в останалите страни на Европа и света.

Клинични изяви и класификация на предсърдното мъждане

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

При ПМ се наблюдава пълно отсъствие на координирани предсърдни систоли. ЕКГ-критериите



са отсъствие на P вълни преди всеки QRS комплекс; бързи f вълни, които се различават по размер, форма и продължителност и се съпровождат

от неритмичен камерен отговор.

ЕТИОЛОГИЯ

Най-честите причини за ПМ са:

1. Ишемична болест на сърцето;
2. Клапни пороци, сред които най-често е митралната стеноза;
3. Тиреотоксикоза;
4. Неизвестна етиология (при около 30% от случаите).

КЛАСИФИКАЦИЯ НА АНТИРИТЪМНИТЕ МЕДИКАМЕНТИ

Най-широко приетата клинична класификация на антиритъмните медикаменти е **класификацията на Вохан - Уилиамс**, според която антиаритмиците се разделят на :

I клас – блокери на натриевите канали:

IA клас – медикаменти, които удължават рефрактерността и продължителността на акционния потенциал – хинидин, прокаинамид, дизопирамид;

IB клас – медикаменти, които скъсяват продължителността на акционния потенциал – мексилетин, лидокаин;

IC клас – медикаменти, които забавят проводимостта и могат минимално да удължат рефрактерността – пропafenон, флекаинид.

II клас – блокери на бета-адренорецепторите – пропранолол, атенолол, метопролол.

III клас – блокери на калиевите канали, които удължават реполяризацията – амиодарон, соталол, ибутилид *, дофетилид *, аземилид * (* медикаментите не са регистрирани в България).

IV клас – блокери на бавните калциеви канали – верапамил, дилтиазем.

Ефектът на основните антиаритмици върху ЕКГ е представен на табл. 1.

В класификацията на Вохан - Уилиамс не са включени дигиталисовите гликозиди, които забавят AV провеждането.

Ефект на антиритъмните медикаменти върху ЕКГ параметрите

Клас	PR интервал	QRS комплекс	Q-Tс интервал
IA клас	0	+++	+++
IB клас	0	0	0
IC клас	+	+++	+
II клас	+++	0	0
III клас	+	+	+++
IV клас	+++	0	0

Табл. 1

СИМПТОМИ, СВЪРЗАНИ С ПРЕДСЪРДНОТО МЪЖДЕНЕ

ПМ може да бъде симптоматично и асимптомно. И двата варианта могат да се проявят при един и същи болен. Асимптомното ПМ може да бъде открито инцидентно по време на аускулация на сърцето или по време на ЕКГ запис с 12 отвеждания, направен по причини, несвързани с тази аритмия. Давността на ПМ не може да се разбере, ако то не е съпроводено със симптоматика. Понякога първият пристъп може да се съпровожда от емболични усложнения или прояви на сърдечна недостатъчност, във връзка с подлежащото сърдечно заболяване. При повечето пациенти ПМ е симптомно и представлява най-честата аритмия, която е повод за хоспитализация в западноевропейските страни.

Оплакванията обикновено са свързани с бърза

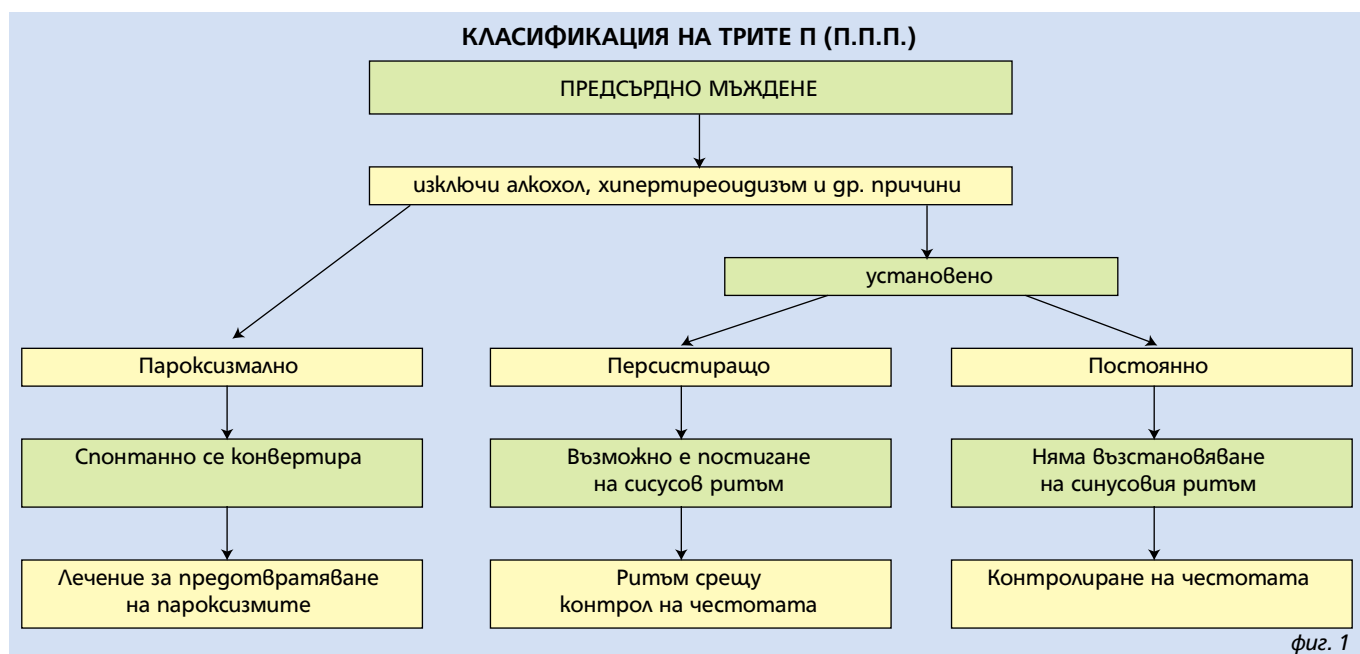
камерна дейност, чувство за сърцебиене в покой и/или при физически натоварвания или емоции, гръдна болка, недостиг на въздух и световъртеж. При някои болни то може да причини ритмогенна кардиомиопатия. Синкопите са рядко, но сериозно усложнение. Те са обичайни при болни със синусова дисфункция или при хипертрофичната кардиомиопатия. Симптомите варират в зависимост от сърдечната честота и давността на мъжденето.

КЛАСИФИКАЦИЯ НА ТРИТЕ П (П.П.П.)

През последните години в Европейските страни бе обсъждана нова по-прагматична класификация на ПМ, която бе приета от повечето национални кардиологични асоциации и е в основата на принципите за поведение при отделните групи болни с ПМ. Според класификацията на трите П, ПМ се разделя на пароксизмално, персистиращо и перманентно (фиг. 1)

ИЗГРАЖДАНЕ НА ДИАГНОЗАТА

Анамнезата на болния внимателно трябва да се смене, за да се определи наличието и вида на симптомите, обстоятелствата за тяхното появяване, вида на ПМ (напр. пароксизмално, персистиращо или перманентно), честотата и продължителността на пристъпите от ПМ, датата на първия пристъп, продължителността на настоящия или последен пристъп, приеманата медикация - включително дози, продължителността на лечение, ефектът от лекарствата и повторемостта на симптомите. Ако пациентът страда от стенокардия, трябва внимателно да се проследи дали това се случва само по време на прис-



тџпи на ПМ или съществува независимо от аритмията. Последното сочи за наличието на коронарна болест на сърцето. При наскоро появилото се ПМ, минималното количество изследвания трябва да включват ЕКГ с 12 отвеждания, оценка на състоянието на щитовидната жлеза (хормонални нива) (Таблица 2). Наличието на подлежащо сърдечно заболяване се установява от статуса на болния, ехокардиографското изследване на лява камера, ляво предсърдие и наличие на вътрекухинна тромбоза. В отделни случаи документирането на ПМ може да изиска 24 часов амбулаторен ЕКГ запис или тест с натобарване. Такива тестове могат да бъдат полезни в някои случаи при оценка на ролята на автономната нервна система в началото на ПМ.

Минимален план за диагностика при болни с ПМ

1. Анамнеза и статус

- Да се дефинира симптоматиката, свързана с ПМ;
- Да се определи клиничният тип на ПМ: пароксизмално, персистиращо или перманентно;
- Да се определи началото на ПМ (първи симптоми или пристџп) и/или дата на установяване на ПМ;
- Да се определи честотата, продължителността (най-дълъг и най-кратък епизод), предразполагащи и ускоряващи фактори и начинът на прекъсване на ПМ (самопрекъсващо се или персистиращо) при симптомните епизоди;
- Да се определят подлежащите сърдечни заболявания и други индуциращи причини (напр. ИБС, клапен порок, диабет, хипертиреоидизъм, консумация на алкохол), и кои причини могат да се лекуват.

2. ЕКГ

- Да се анализира нормална или патологична ЕКГ

3. Ехокардиограма

- Да се установи наличие и вид на подлежащо сърдечно заболяване
- Да се измери големина на ляво предсърдие
- Да се измерят обеми, размери и функция на лява камера
- Да се измери дебелина на левокамерен миокард
- Да се търси вътрекухинна тромбоза (лоша чувствителност)

4. Функции на щитовидната жлеза (тестове, назначени от кардиолог)
- при първи епизод на ПМ, при труден контрол на камерната честота или при провеждащо се лечение с амиодарон

Табл. 2

Профилактика на емболиите и указания за антикоагулация при болни с ПМ

ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ЕМБОЛИЯ

Предпазването от емболични усложнения е една от главните цели на лечебния подход при ПМ. Емболичният риск се свързва с наличието и вида на подлежащото сърдечно заболяване. Знае се, че емболичният риск при неревматичното ПМ е увеличен 5.6 пъти и 17.6 пъти при ПМ с ревматичен произход, в сравнение със здрави лица. Това е в съответствие и с изследванията в Рейкиавик и Уайтхоу, в които бе доказано, че общият емболичен риск е седем пъти по-висок при наличие на ПМ. Смята се, че ПМ с неревматична генеза е причина за 15-20% от мозъчните инсулти от исхемичен произход. Мозъчно-съдовите инциденти са повече при по-възрастните болни. Установено е, че тези случаи представляват 6.7% от общия брой на мозъчно-съдовите инциденти във възрастовата група от 50-59 години и 36.2% във възрастовата група от 80-89 години. Пациенти с история на емболичен инсулт са с по-голям риск на повторяемост. Други състояния, увеличаващи емболичния риск, са анамнеза за хипертония, коронарна болест на сърцето, конгестивна сърдечна недостатъчност и кардиоомегалия на рентгенографията и продължителност на ПМ повече от една година.

ПРЕПОРЪКИ

Доказано е, че антикоагулацията с перорални антикоагуланти значително намалява случаите на исхемичен мозъчен инсулт. Рискът от хеморагия обаче се увеличава. Съотношението полза - риск трябва да се оценява за всеки пациент и прицелното ниво на INR (международно нормализирано съотношение) следва да бъде между 2.0 и 3.0 при пациенти с неревматично ПМ. При пациентите с ПМ с по-висок емболичен риск т.е. пациенти с клапни пороци и клапни протези, може да се изисква по-високо ниво на INR - 3,0 -4,0. Пациентите с анамнеза за преходни исхемични нарушения или емболични инциденти са дори с по-висок риск на повторяемост и следва да бъдат антикоагулирани. Антикоагулацията трябва да се прилага при пациенти с хронично ПМ, при които кардиоверсията е неуспешна или

не е показана. Присъствието на тромби в левите сърдечни кухини или наличието на спонтанен ехоконтраст в лявото предсърдие е друг показател за пристъпване към антикоагулация. При пациенти с пароксизмално ПМ индикацията за антикоагулация трябва да се основава на наличието и вида на подлежащо сърдечно заболяване и на други предразполагащи фактори. Решението за антикоагулация се взема на индивидуална основа (табл.3).

Предразполагащи клинични фактори за мозъчен инсулт при неревматично ПМ

1. Анамнеза за предшестващ емболичен инцидент или мозъчен инсулт
2. Анамнеза за хипертония
3. Възраст над 65 години
4. Анамнеза за миокарден инфаркт
5. Захарен диабет
6. Левокамерна дисфункция и/или конгестивна (застойна) сърдечна недостатъчност

Табл. 3

Резултатите от употребата на аспирин не са убедителни. Следователно, аспирин трябва да се използва само тогава, когато антикоагулацията е необходима, но е налице контраиндикация за аценокумарол, или когато рискът от инсулт е нисък, например пациенти по-млади от 60 години без данни за сърдечно заболяване.

КОНВЕРСИЯ НА ПМ В СИНУСОВ РИТЪМ

Възстановяването на синусовия ритъм има няколко предимства:

- Подобряване на симптоматиката на болните;
- Подобряване на хемодинамиката;
- Вероятно намаляване на емболичния риск.

Спонтанното възстановяване на синусов ритъм се наблюдава при около 48% от пациентите с пароксизмално ПМ и наскоро заболели от ПМ пациенти (в рамките на първите 24 часа). Продължителността на ПМ е най-важната определяща характеристика на спонтанната конверсия в синусов ритъм, с намаляваща тенденция за спонтанно възстановяване с увеличена продължителност на ПМ. Решението дали и кога да се възстанови ПМ остава важен клиничен проблем.

ФАРМАКОЛОГИЧНА КАРДИОВЕРСИЯ

Медикаментозната терапия, която има за цел да възстанови синусовия ритъм, може да играе определена роля при пациенти с ПМ с давност по-малка от 48 часа, тъй като честотата на конверсия спада драматично, ако аритмията е продължила по-дълго. Когато ПМ е с продължителност по-голяма от 48 часа, се препоръчва ле-

чение с антикоагулант за три седмици преди да се опита възстановяване на ритъма. Ако ПМ продължава повече от 48 часа, ефективността на фармакологичната конверсия намалява. По-голяма вероятност за успех има прилагането на електрическа кардиоверсия. При новопоявило се ПМ, с давност по-малка от 48 часа за възстановяването на ритъма, се препоръчват няколко антиаритмични (табл.4).

ФАРМАКОЛОГИЧНА КОНВЕРСИЯ НА ОСТРО ПРЕДСЪРДНО МЪЖДЕНЕ

Бета-блокери Са-антагонисти, дигоксин	неефективни
Amiodarone, Sotalol	рядко ефективни
Procainamide, Chinidine*	понякога ефективни
Propafenone+, flecainide+	високо ефективни (през първите 6-8 ч.)

Табл. 4

Символът * означава, че медикаментът е с голям проаритмичен ефект; + означава, че се препоръчва за приложение през първите часове след начало на ПМ.

ПМ може значително да повлияе качеството на живот на пациента, поради своето рязко начало и повтораемост. Предполага се, че ефективно лечение в рамките на кратък период от време след началото на ПМ може да намали броя и продължителността на пристъпите, да скъси продължителността на хоспитализация и да бъде ефективно от гледна точка на разходите за лечение. Всяко прилагано лечение трябва да бъде безопасно и да не води до усложнения. Някои медикаменти повлияват електрофизиологията на ПМ: хинидин, прокаинамит, дигопирамид, пропафенон, флекаинид, амиодарон, соталол и др. Дигоксин беше най-предпочитаното лекарство за прекратяване на ПМ и контрол на камерната честота. Бе доказано, че той не е по-добър от плацебо за възстановяване на ритъма, тъй като почти всички предишни положителни резултати са получени от неконтролирани изследвания.

Парентералното и перорално приложение на пропафенон са ефикасни при конверсията в синусов ритъм. Парентерална апликация от 1-2 mg/kg и пероралното приемане на таблетен пропафенон в доза от 600 mg са се оказали ефикасни при бързо възстановяване на наскоро проявило се ПМ. Медикаментите от IC клас не бива да се използ-

ват при болни със сърдечна недостатъчност, ниска фракция на изтласкване и при нарушена проводимост.

Конверсия с амиодарон ($15 \text{ mg.kg}^{-1}/\text{ден}$) се използва също при новопоявило се ПМ, въпреки че няма контролирано изследване върху ефикасността и безопасността при такова лечение. Интравенозен амиодарон е бил използван при лечението на новопоявило се ПМ с честота на конверсия между 25 и 83 %. Прилага се главно при пациенти с ПМ и остър миокарден инфаркт или с левокамерна дисфункция, при което лекарства от клас IC са противопоказни. Съществува потенциален риск от камерна тахикардия тип "torsade de pointes" при използване на антиритъмни медикаменти от клас III и IA клас.

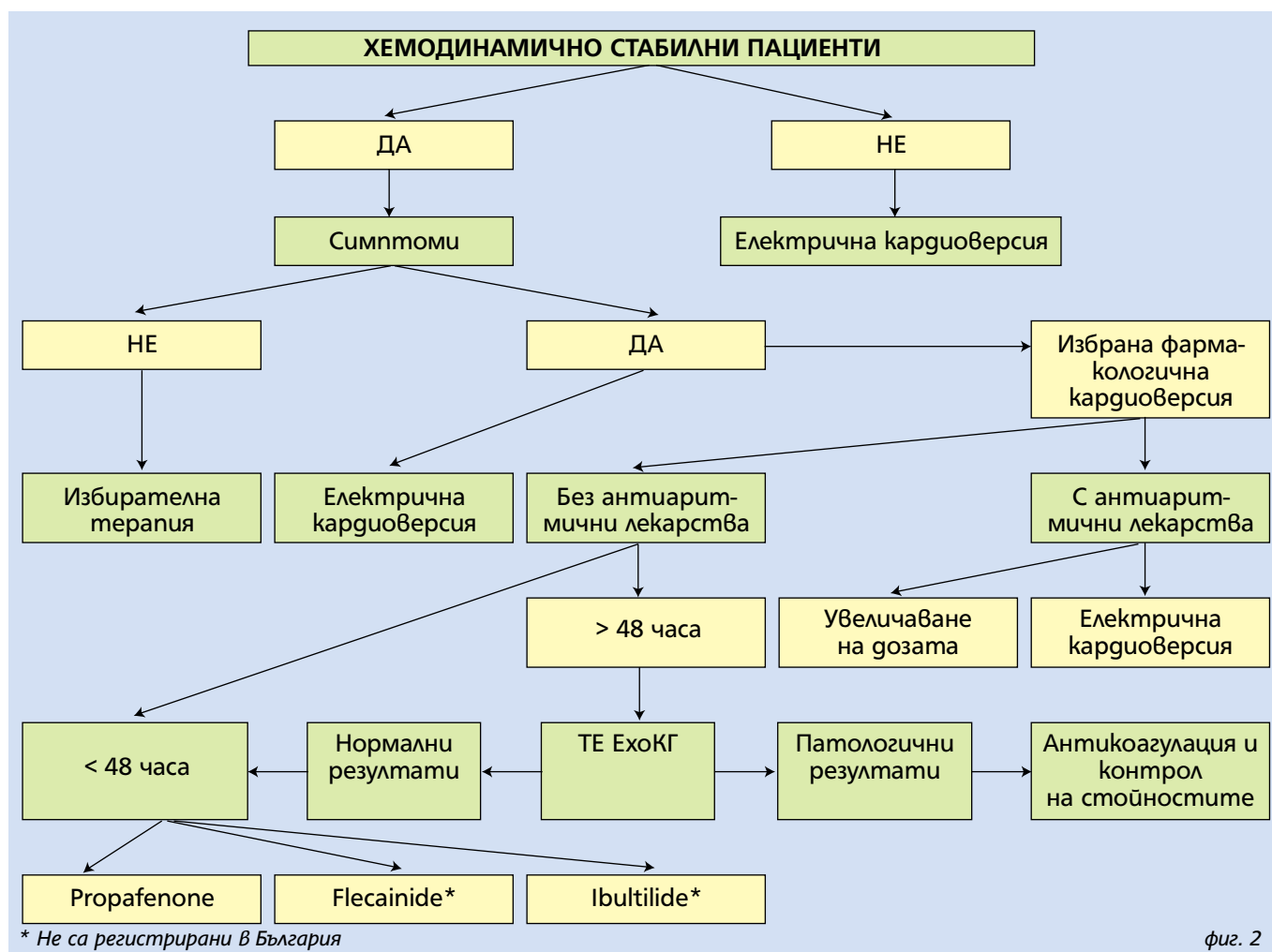
Когато ПМ е в резултат на хипертиреозидизъм, кардиоверсията трябва да бъде отложена до нормализиране на функцията на щитовидната жлеза.

ПРЕПОРЪКИ

Фармакологичната кардиоверсия на наскоро проявило се ПМ изисква внимателна оценка на състоянието на болния и познания за фармаколо-

гичните характеристики на антиритъмните медикаменти. Възстановяването на синусовия ритъм с медикаменти от клас IC, приложени перорално или интравенозно, е ефикасен и безопасен при болни без или с минимално подлежащо сърдечно заболяване. При пациенти с исхемична болест на сърцето, ниска левокамерна фракция на изтласкване, сърдечна недостатъчност или нарушена проводимост лекарства от клас IC трябва да бъдат избягвани.

Терапевтичният подход може да бъде съобразен и с хемодинамиката на болния (фиг. 2). При болен със стабилна хемодинамика и без симптоматика се прилагат антиаритмици от всички класове. При симптоматичен болен със стабилна хемодинамика може да се пристъпи към медикаментозна или електрическа кардиоверсия. Ако болният е приемал антиритъмна терапия, или дозата трябва да се увеличи, или да се конвертира електрически. Ако не е приемал антиаритмик, възстановяването на ритъма е съобразно подлежащото сърдечно заболяване. При болни с давност на ПМ под 48 часа медикаменти на избор са представителите на IC клас. Ако давността е над 48 часа, съобразно данните от ехокардиографията



фиг. 2

(ЕхоКГ), се пристъпва към конверсия или към антикоагулация с последваща конверсия на ритъма. Изборът на медикамент трябва да се съобрази с подлежащото заболяване (фиг 3).

ЕЛЕКТРИЧЕСКА КАРДИОВЕРСИЯ

Електрическото възстановяване на ритъма е показано при пациенти с хемодинамични усложнения или след неуспешен опит за медикаментозно възстановяване при необходимост от поддържане на синусов ритъм. Осъществява се синхронизирана електрокардиоверсия с краткотрайна анестезия и сила на тока над 100 J и повече.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНА ТЕРАПИЯ СЛЕД ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РИТЪМА

Отсъствието на противорецидивна терапия увеличава вероятността от нов пристъп на ПМ и синусов ритъм се поддържа през следващите 12 месеца при 44-85% от болните. При противорецидивна терапия честотата на поява на ПМ е по-ниска, но предимно през първите месеци след кардиоверсията е все още висока (17-89%). Противорецидивната ефикасност на различните антиаритмици е приблизително еднаква, с изключение на амиодарона. Що се касае до най-масово прилагания медикамент – хинидин, анализите на проведените проучвания са показали, че 50% от пациентите, лекувани с хинидин, поддържат синусов ритъм до 12 месеца, съпоставено с 25% при контролите с плацебо, но цената е увеличаване на смъртността при лечение с хинидина. Тези данни доведоха до намаляване на приложението на този медикамент за възстановяване на синусовия ритъм и профилактика на ПМ. Оценен

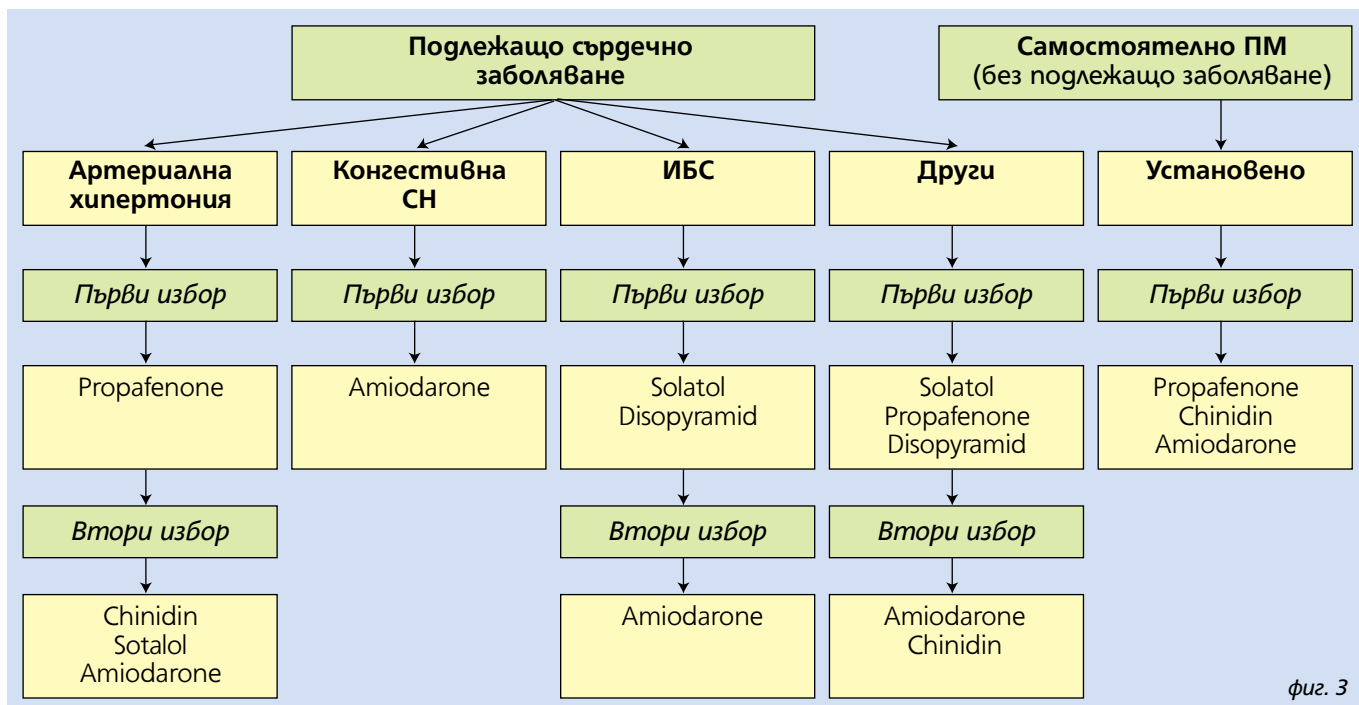
е и ефектът на флекаинид и пропafenон при профилактика на пристъпите от ПМ. Тези медикаменти имат сравнително добър ефект при възпрепятстване на нови пристъпи на пациенти без явно сърдечно заболяване. Те обаче, трябва да се прилагат внимателно при болни с анамнеза за сърдечна недостатъчност или ниска фракция на изтласкване на лявата камера. Напоследък голям интерес предизвикват медикаментите от клас III като ибутилид и дофетилид, които все още не са регистрирани в България.

ПРОФИЛАКТИКА НА ЕПИЗОДИТЕ НА ПАРОКСИЗМАЛНОТО ПМ

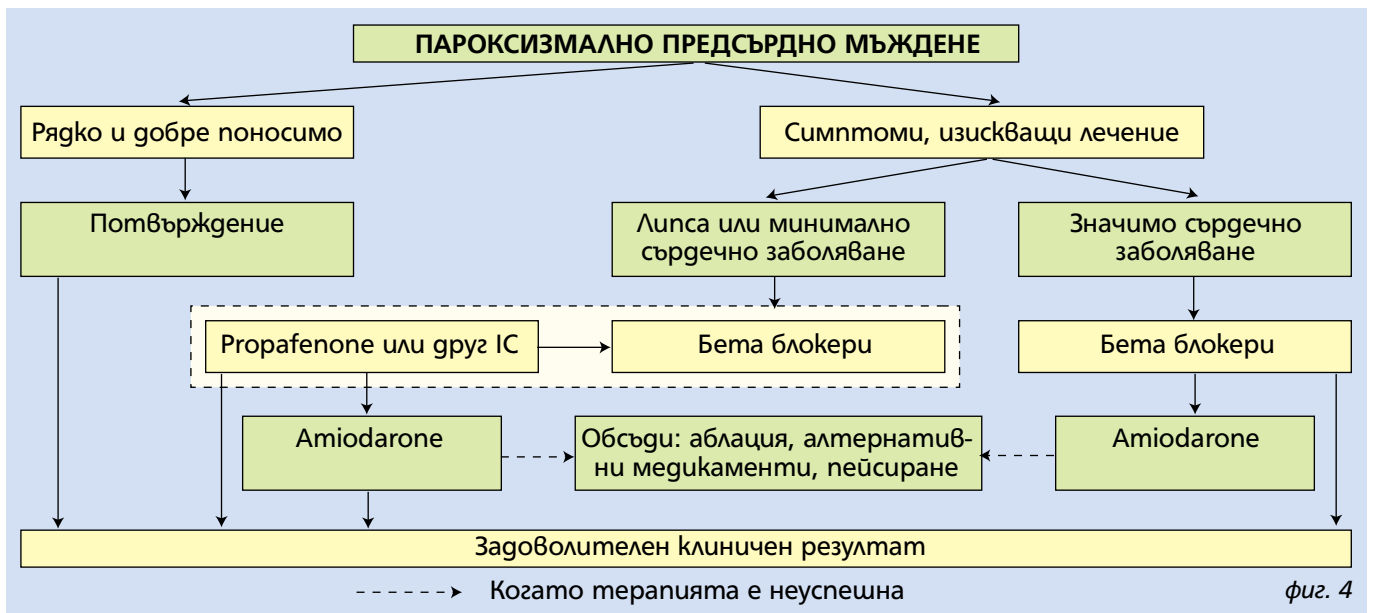
При пароксизмалното ПМ (определяно като пристъпи, продължаващи по-малко от 7 дни), повечето от пристъпите конвертират спонтанно през първите 48 часа. Идеалният вариант е терапията да предпази от поява на нови пристъпи от ПМ, но може да се приеме, че резултатът е задоволителен и при намаляване на честотата и/или продължителността на пристъпите от ПМ.

ПРЕПОРЪКИ

Изборът на противорецидивна терапия трябва да се съобрази с наличието или вида на подлежащо сърдечно заболяване, анамнезата за зстойна сърдечна недостатъчност, инфаркт на миокарда, нарушения в левокамерната функция, честотата и продължителността на пристъпите. Съотношението полза - риск от прилагания антиаритмик трябва да се отчита при всеки отделен пациент.



фиг. 3



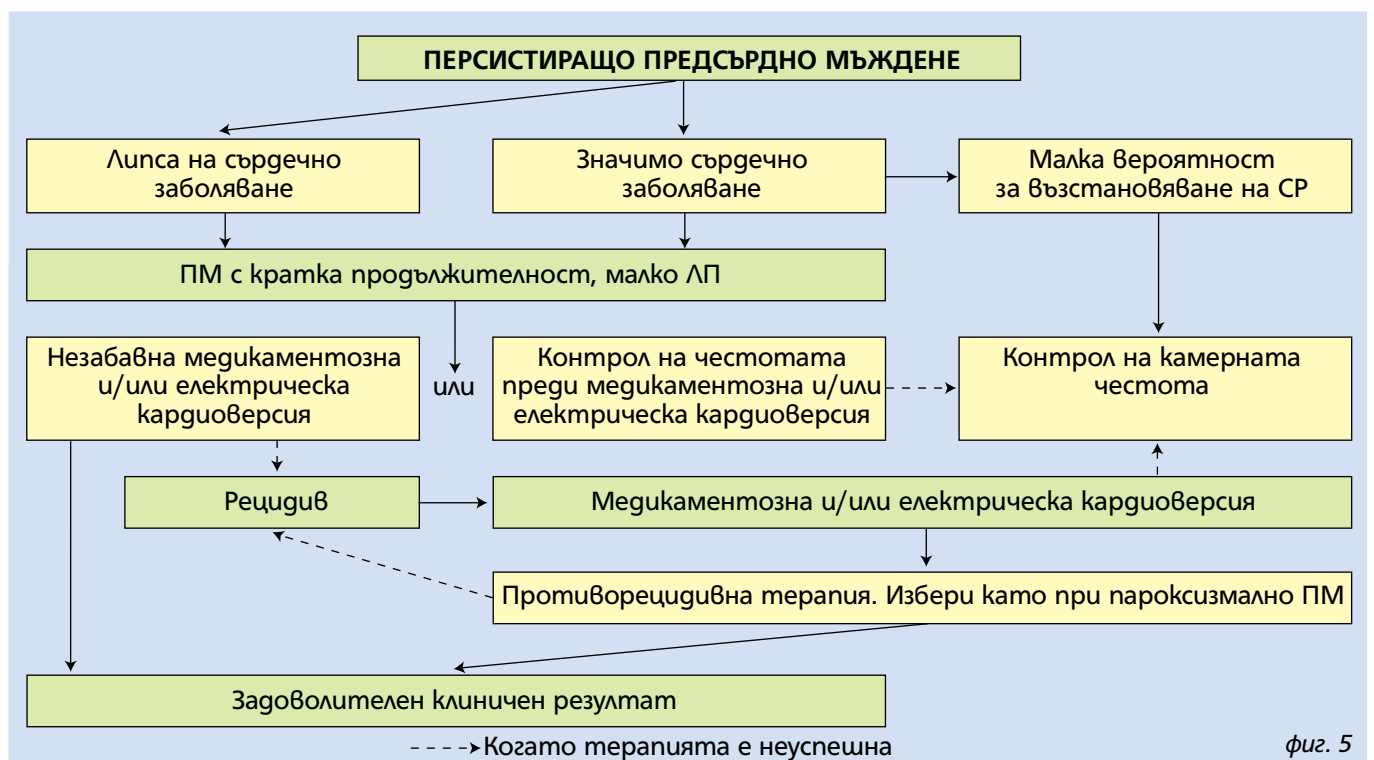
Принципи на поведение при болни с ПМ според класификацията на трите П (П.П.П)

Според класификацията на трите П ПМ се разделя на пароксизмално, персистиращо и постоянно (фиг. 1).

ПАРОКСИЗМАЛНО ПМ

Целта на поведението при Пароксизмалното ПМ е да се докаже наличието на ПМ и при добра поносимост да се приложи лечение на подлежащо сърдечно заболяване (ако то съществува) с медикамент, който притежава и антиритъмни свойства

(Фиг. 4). Най-често с добър ефект са бета-блокери, но могат да се прилагат и чисти антиаритмици от I и III клас. При наличие на симптоматика медикаменти на първи избор при минимално сърдечно заболяване са антиаритмиците от IC и II клас, а при липса на ефект медикамент на втори избор е амиодарон. При значимо сърдечно заболяване при липса на ефект от бета-блокери, те се заместват от амиодарон. Много рядко липсата на медикаментозен ефект може да наложи интервенционно лечение – аблация, модификация на AV-съединението и имплантиране на електрокардиостимулатор, което се осъществява в болнични условия след консултация със специалист.



ПЕРСИСТИРАЩО ПМ

При Персистиращото ПМ ритъмът се възстановява след лекарска намеса (фиг. 5). Болните от тази група могат да останат в синусов ритъм, но при задълбочена оценка от специалист могат да преминат към групата на болните с Перманентно ПМ. Поведението за възстановяване на ритъма е съобразено с продължителността на последния пристъп, хемодинамиката на болния, подлежащата сърдечна патология (виж КОНВЕРСИЯ НА ПМ В СИНУСОВ РИТЪМ).

ПОСТОЯННО ПМ

При болните с Постоянно ПМ целта е да се поддържа нормоаритмия чрез контролирането на камерната честота (табл. 5). Тук медикамент на избор е дигоксин, но при неадекватен контрол може да се замени или към него да се прибави бета-блокери или калциев антагонисти (фиг. 6). В много редки случаи се обсъжда интервенционално или хирургическо лечение при рефрактерни на медикаментозно лечение случаи.

Контрол на камерната честота

- 1) Целта е да се намалят симптомите на болните и да се профилактира тахикардия-индуцираната кардиомиопатия;
- 2) За продължителен контрол на камерния отговор верапамил, дилтиазем и бета-блокери са много по-ефективни от дигоксин и те трябва да са средство на първи избор;
- 3) Дигоксин е медикамент на първи избор при болни с конгестивна сърдечна недостатъчност, вследствие систолна дисфункция.

Табл. 5

ПРЕПОРЪКИ КЪМ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР

ПМ е една от най-често срещаните аритмии

от клиничната практика на общопрактикуващия лекар, която е свързана със значителна симптоматика на болния и сериозни усложнения. Голяма част от болните ще бъдат диагностицирани и лекувани от общопрактикуващия лекар, тъй като при кардиолог ще бъдат консултирани проблемните болни.

За добра клинична дейност уместен вариант е телефонната консултация с кардиолог (табл. 6)

КАРДИОЛОГИЧНА ТЕЛЕФОННА КОНСУЛТАЦИЯ ПО ОЦЕНЯВАНЕ НА ПРЕДСЪРДНОТО МЪЖДЕНЕ

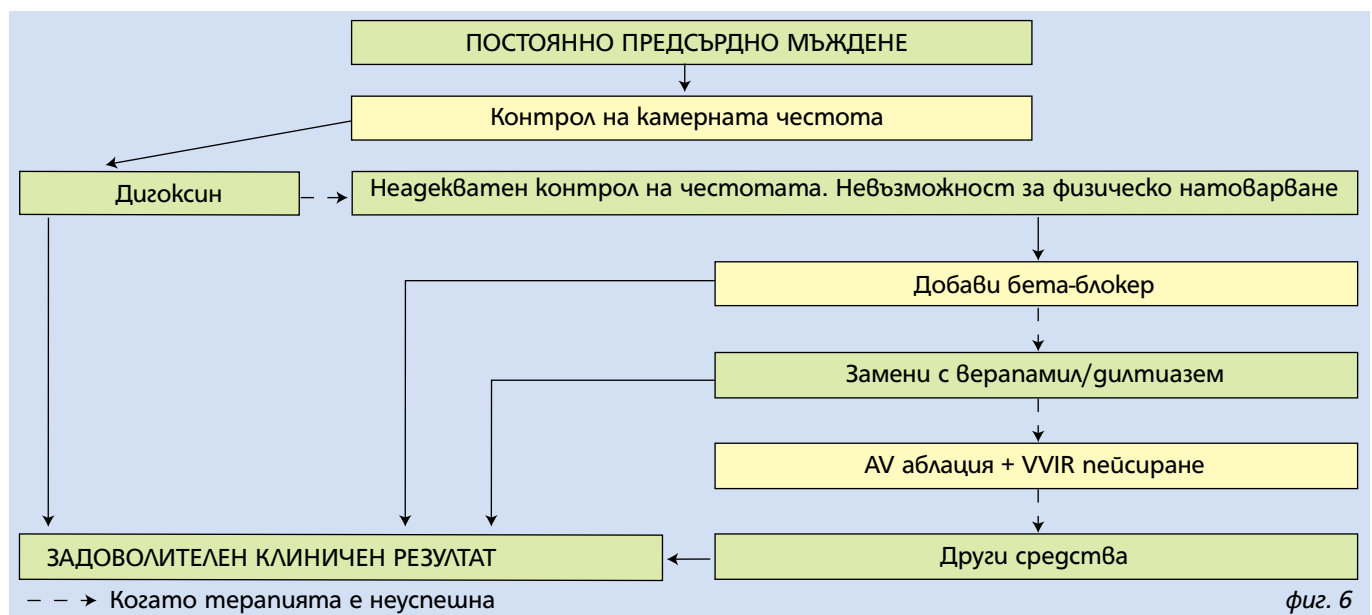
- ЕКГ потвърждение: изпращане по факс на ЕКГ с 12 отвеждания до кардиолог
- Решение, относно незабавна хоспитализация
- Определяне на работна диагноза
- Избиране на начална медикаментозна терапия
- Антикоагуланти
- Контрол на камерната честота
- Използване на антиаритмична терапия (възстановяване на синусов ритъм)

Табл. 6

Всеки общопрактикуващ лекар трябва да знае, че:

Възстановяване на синусовия ритъм:

- Възстановяването на синусовия ритъм подобрява симптоматиката и хемодинамиката, и дори се свързва с повишаване на мозъчния кръвоток.
- Около 50% от болните с нововъзникнало ПМ възстановяват спонтанно синусовия ритъм през първите 24 до 48 часа от началото.
- Рецидивите на ПМ след успешно възстановяване на синусовия ритъм са често наблюдавани. Успехът на антиритъмната терапия се оценява според броя на рецидивите и про-

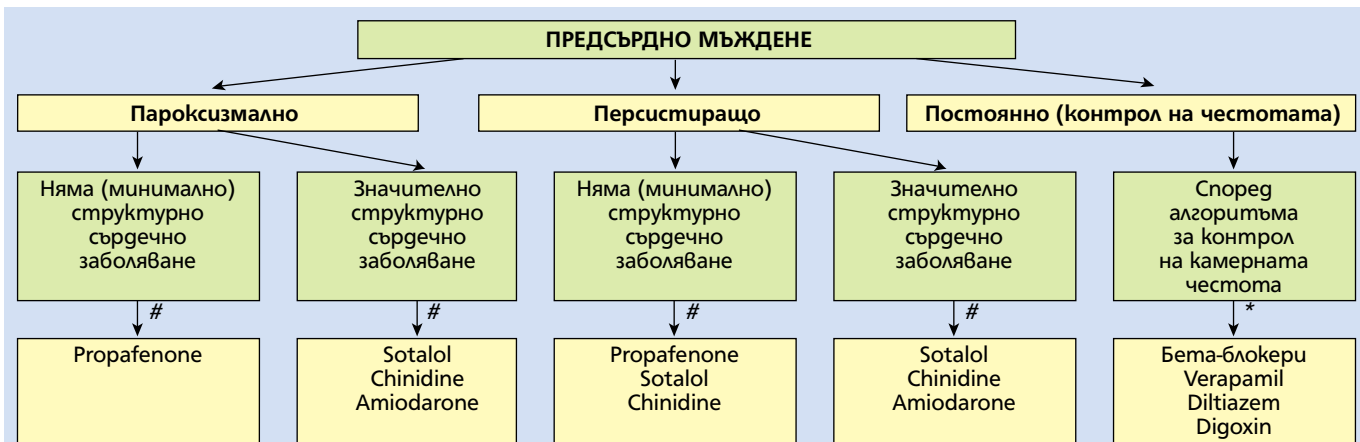


фиг. 6

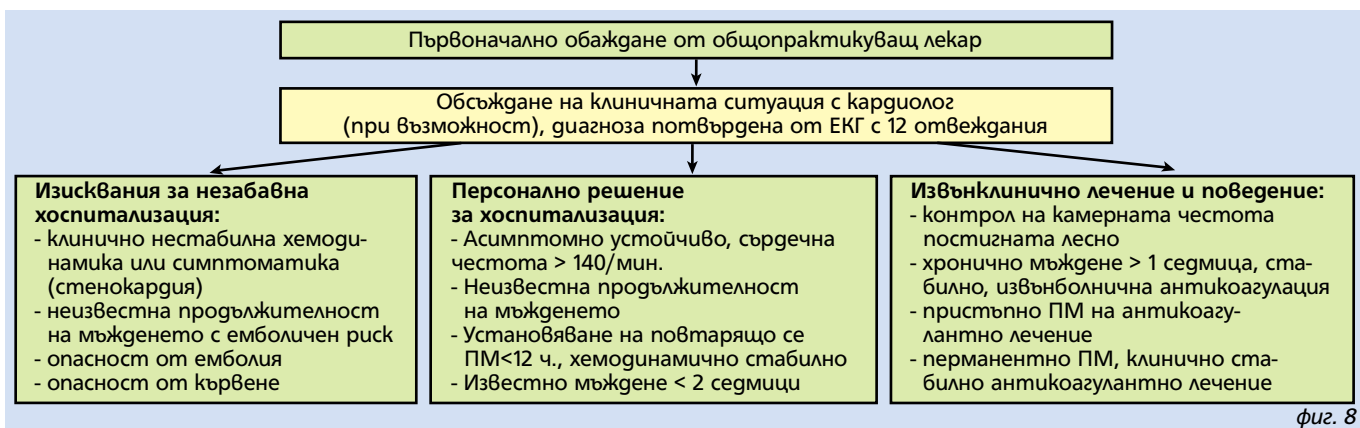
дължителността на епизодите от предсърдно мъждане.

- Най-висока е честотата на рецидивите на предсърдно мъждане при болни с голямо ляво

хронично. Тъй като целта е да се намали престоя на неиндицираните за болнично лечение пациенти, предлагаме основни насоки за хоспитализация на пациенти с ПМ (фиг 8).



Знакът * означава, че лечението при тези болни се извършва от общопрактикуващия лекар, а означението # сочи кои са болните за лечение при кардиолог. Болните с постоянно ПМ се консултират от кардиолог, но системният контрол е от общопрактикуващия лекар. фиг. 7



фиг. 8

предсърдие и неуспехи от предшестващо медикаментозно лечение. Дигоксин, верапамил, дилтиазем и бета-блокери могат да се имат предвид като съпътстваща медикация за контрол на камерната честота, но те не възстановяват ритъма.

При хемодинамично нестабилни болни средство на избор е електрическата кардиоверсия. Изборът на антиритъмен медикамент трябва:

- 1) да бъде индивидуализиран;
- 2) да бъде съобразен с бъбречната и чернодробна функции.

Медикаментите трябва да се прилагат в ниски до умерени дози и постепенно дозата да бъде увеличавана. Трябва да се прецени риска от прилагане на избрания медикамент според данните за проаритмия при болните с предсърдно мъждане.

Можем да предложим при кои случаи лечението на ПМ може да се води от общопрактикуващия лекар и кога от кардиолога (фиг. 7).

Общопрактикуващият лекар ще се налага да насочва за хоспитализация болни с ПМ – остро или

КНИГОПИС

1. *Atrial fibrillation: current knowledge and recommendations for management; Eur Heart J 1988, 19, 1294-1320*
2. *Treatment of atrial fibrillation in the era of managed care; JACC 1998, 81 (5A), 1C-45C*
3. *Management of patients with atrial fibrillation, Circulation 1996; 93, 1262-1277*

РАБОТНА ГРУПА ПО СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ КЪМ НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА:

д-р Борислав Георгиев - НЦССЗР,
доц. д-р Нина Гочева - НЦССЗР
проф. д-р Анна Еленкова МУ - София,
д-р Елка Орешарска - 12-та поликлиника - София,
доц. д-р Светла Торбова - ТМИ,
проф. д-р Мирослав Попов
Национален център по обществено здраве,
д-р Бойко Пенков - НЗОК,
д-р Димитър Илиев - НЗОК,
д-р Михаил Христов - НЗОК