



AFA
AF Association

AA
Arrhythmia Alliance

www.heartrhythmalliance.org

Информация за пациента относно предсърдното мъждене (ПМ)



Providing information, support and access to established, new
or innovative treatments for atrial fibrillation

www.afa-international.org

Registered Charity No. 1122442

Речник

Антиаритмични лекарства Лекарства, използвани за възстановяване или поддържане на нормалния сърдечен ритъм

Антикоагуланти лекарства Лекарство, което помага за забавяне на процеса на съсирване на кръвта

Аритмия Аритмията е нарушение на сърдечния ритъм. Може да бие твърде бавно, твърде бързо или неравномерно. Тези аномалии варират от незначително неудобство или дискомфорт до потенциално фатален проблем.

Медицинска сестра, отговаряща за пациенти с аритмия Медицинска сестра, която е обучена за третиране на нарушения на сърдечния ритъм

Предсърдно мъждене (ПМ) Нарушение на сърдечния ритъм, което причинява неправилен и често необичайно бърз сърдечен ритъм

Кардиолог Лекар, специализиращ в диагностиката и лечението на пациенти със сърдечни проблеми

Катетърна аблация Лечение, което унищожава много малки зони в сърцето, които причиняват аритмиите

Ехокардиограма Ехокардиограмата използва звукови вълни, за да създаде изображения на сърцето ви. Този общ тест позволява на вашия лекар да види как сърцето ви бие и изпомпва кръв. Вашият лекар може да използва изображенията от ехокардиограмата, за да идентифицира сърдечно заболяване.

Електрокардиограма (ЕКГ) Електрокардиограмата (ЕКГ) е прост тест, който може да се използва за проверка на сърдечния ритъм и електрическата активност. Сензори, прикрепени към кожата, се използват за откриване на електрическите сигнали, произведени от сърцето ви всеки път, когато то бие.

Електрофизиолог Кардиолог, специализиращ в нарушения на сърдечния ритъм

Синусов ритъм Нормален ритъм на сърцето

Инсулт Инсулт възниква, когато кръвоснабдяването на част от мозъка ви е прекъснато или намалено, което пречи на мозъчната тъкан да получава кислород и хранителни вещества. Мозъчните клетки започват да умират за минути. Инсултът е спешно медицинско състояние и бързото лечение е от решаващо значение.

Сърцето по време на нормален ритъм

Сърцето по време на нормален ритъм

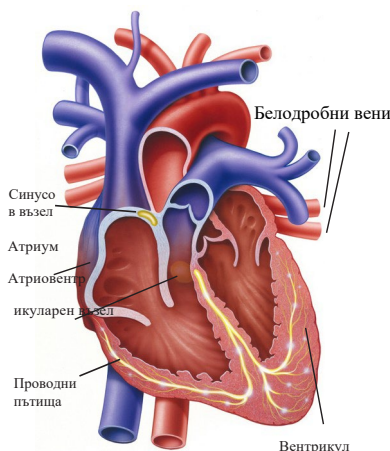
Сърцето е мускулна помпа, която доставя кръв, съдържаща кислород, в тялото. То е разделено на две горни камери (атриуми), които получават кръв от тялото, и две долни камери (вентрикули), които изпомпват кръв към белите дробове и през аортата (главната артерия) към останалата част от тялото.

Обикновено сърцето бие по правилен и организиран начин, с честота 60-100 удара в минута. Това е така, защото се задвижва от „синусовия възел“, специализирана група клетки, разположени в дясното предсърдие, което излъчва електрически импулси, които след това преминават през предсърдията, карайки мускулните клетки да се свиват

Синусовият възел понякога се нарича естествен пейсмейкър на сърцето. Тези електрически импулси се разпространяват през предсърдията и след това във вентрикулите през атриовентрикуларния възел („АВ възел“). Синусовият възел контролира времето на сърцето, според нуждите на тялото.

Пример за това е по време на физическо натоварване, когато пулсът се ускорява.

Сърце и нормална проводимост



© 2012 AF Association

Какво е Предсърдно мъждане (ПМ)?

Предсърдното мъждане (ПМ) е най-честото нарушение на сърдечния ритъм, срещано от лекарите.

Може да засегне възрастни на всякаква възраст, но се среща по-често с напредване на остаряването. Във възрастовата група над 75 години засяга около 10% от хората. Оставено нелекувано или при лошо наблюдение, ПМ може да доведе до сериозни усложнения като сърдечна недостатъчност и инсулт.

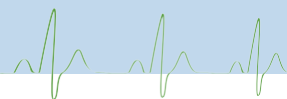
ПМ възниква, когато в предсърдията се развие хаотична електрическа активност и напълно се поеме от синусовия възел. В резултат на това предсърдията вече не бият организирано и изпомпват по-малко ефективно. Атриовентрикуларният възел ще спре преминаването на някои от тези много бързи импулси към вентрикулите, но вентрикулите все още ще бият неравномерно и вероятно бързо.

Това може да допринесе за симптоми на сърцебиене, задух, дискомфорт в гърдите, замаяност, припадъци или умора. Целта на лечението при ПМ е да се възстанови нормалният сърдечен ритъм и ако това не е възможно, да се забави нередовния сърдечен ритъм, да се облекчат симптомите и да се предотвратят усложненията на свързаните с ПМ инсулт и сърдечна недостатъчност.

Кой може да страда от ПМ?

Няма „типичен“ пациент с ПМ. ПМ се среща при мъже и жени от всички раси и може да се появи на всяка възраст. Въпреки че може да „протича в семейството“, повечето хора, диагностицирани с ПМ, няма да имат фамилна анамнеза за това състояние.

Някои събития и заболявания могат да направят появата на ПМ по-вероятна, но то може да се появи и без предупреждение.



Какво причинява ПМ?

ПМ е свързано с възрастта; колкото повече остарявате, толкова по-вероятно е да го развиете. ПМ често се отбелязва след операция на „отворено сърце“. Други състояния или заболявания също могат да увеличат риска от ПМ. Това не означава, че ПМ винаги се развива, но рискът се увеличава. По-долу са изброени няколко състояния, свързани с ПМ:

- Високо кръвно налягане
- Коронарна болест на сърцето
- Заболяване на митралната клапа (причинено от ревматично сърдечно заболяване, клапни проблеми при раждане или инфекция)
- Вродено сърдечно заболяване (аномалия на сърцето, забелязана след раждането)
- Пневмония
- Рак на белия дроб
- Белодробна емболия
- Свръхактивна щитовидна жлеза (хипертиреозидизъм)
- Отравяне с въглероден окис

В допълнение, злоупотребата с алкохол и наркотици може да ви предразположи към ПМ. Въпреки че рискът от ПМ нараства с проблемите, споменати по-горе, много хора развиват ПМ без обяснима причина.

Какви са симптомите при ПМ?

Симптомите на ПМ включват:

- Сърцебиене
- Умора
- Недостиг на въздух
- Световъртеж
- Болки в гърдите

Някои хора с ПМ нямат никакви симптоми и ПМ може да се открие само при рутинен медицински преглед или след приемане в Спешно отделение с друго състояние. Най-лесният начин да откриете ПМ е да усетите пулса си.

Има ли различни видове ПМ?

Да, в началото на заболяването ПМ често е интермитентно, което означава, че може да се появява и да изчезва без предупреждение, като може да има дълги периоди от време между „епизодите“. Когато ПМ се появи за първи път, ранните епизоди може да са кратки и да доведат до много леки симптоми. Всъщност някои хора с този ранен стадий на ПМ може дори да не знаят, че го имат. ПМ попада в една от трите категории, които описват прогресията на заболяването, варираща от случайни епизоди до пълната липса на нормален сърдечен ритъм:

1. **ПМ, диагностицирано за първи път** – ПМ, което не е било диагностицирано преди, независимо от продължителността на аритмията или наличието и тежестта на свързаните с ПМ симптоми.
2. **Пароксизмално ПМ** – множество епизоди, които изчезват в рамките на седем дни без лечение.
3. **Персистиращо ПМ** – епизоди, продължаващи повече от седем дни или по-малко от седем дни при лечение.
4. **Дълготрайно постоянно ПМ:** Непрекъснато ПМ, продължаващо повече от една година, когато се декодира, за да се предприеме стратегия за контрол на ритъма.
5. **Постоянно ПМ** – когато наличието на ПМ се приема от пациента и лекаря и не се следват стратегии за възстановяване на синусовия ритъм.

Какви са рисковете при ПМ?

Основният риск, свързан с ПМ, е инсулт. Това се случва, защото предсърдията фибрилират и не бият по координиран начин. В резултат на това кръвта в предсърдията може да стане в застой и след това да не тече през сърцето гладко. Това кара кръвните клетки да се слепват и да образуват съсирек, който може да отиде (емболизира) до мозъка и да доведе до инсулт.

Наличието на неконтролиран бърз сърдечен ритъм за дълги периоди от време (седмици или месеци) може да увреди сърцето и трябва да се консултирате с вашия лекар дали сърдечната ви честота се контролира адекватно. В екстремни случаи, често когато ритъмът е много бърз или когато се случва при увредено сърце, ПМ може да причини сърдечна недостатъчност, което означава, че сърцето става слабо в резултат на бързия ритъм. Тъй като сърцето отслабва, може да има натрупване на налягане обратно в белите дробове и това засяга нормалния модел на дишане.

По принцип ПМ не се счита за животозастрашаващо състояние, стига да се лекува по подходящ начин.

Как да отида при правилния лекар за лечение на ПМ?

Първоначално вашият общопрактикуващ лекар може да организира някои изследвания, ако се консултирате с него относно вашите симптоми. В зависимост от резултатите от тези изследвания може да бъдете насочени към кардиолог (специалист по сърце). След подходяща диагноза, някои пациенти ще имат полза от лекарствата и следователно ще се нуждаят само от рутинни прегледи. Въпреки това, за някои от тях кардиоверсия или катетърна аблация може да бъде по-подходящ вариант за лечение. Винаги трябва да обсъждате с вашия лекар всички налични възможности за лечение и кое може да е най-доброто за вас. Трябва да вземете решение заедно с вашия медицински специалист.

Може да бъдете насочени към кардиолог, който е специалист по нарушения на сърдечния ритъм, обикновено наричан електрофизиолог – този тип лекар може да предложи лечение с аблация. Ако сте прегледан от общ кардиолог, може да бъдете насочени към електрофизиолог, но ако това не е предложено, можете да поискате направление за специалист от вашия личен лекар или кардиолог. Резултатите от аблация на ПМ, както и при много други процедури, обикновено са по-добри в по-опитни ръце. Преди да продължите с аблация, трябва да попитате електрофизиолога за неговото лично ниво на опит и резултати.

Екипният подход към аблацията на ПМ е важен и трябва също така да попитате за броя на случаите, извършени в болницата, където ще прегърпите процедурата. Електрофизиолог, който има специализиран интерес към аблация на ПМ, обикновено извършва над 50 процедури от този тип годишно.

За да обобщим, това са услугите, които обикновено се предлагат от всеки тип лекар:

- (1) Общопрактикуващ лекар – цялостна отговорност за грижата за пациентите и предписването на лекарства. Може да предложи прости изследвания и наблюдение на антикоагулантната терапия.
- (2) Общ лекар / кардиолог – изследване на сърдечни заболявания, започване и проследяване на медикаментозно лечение, кардиоверсия.
- (3) Електрофизиолог – всички аспекти на диагностиката и лечението на сърдечния ритъм, включително аблационни процедури.

Тестове и изследвания

Първо, важно е да проверите дали наистина имате ПМ. Това се потвърждава от проследяване на сърцето, наречено електрокардиограма (ЕКГ). ЕКГ може да бъде обикновен запис, направен по време на посещението ви при вашия лекар, или непрекъснат монитор, носен за 24 часа или повече, за да се търсят епизоди на ПМ. Сърдечните монитори са неинвазивни и безболезнени и позволяват на вашия лекар да записва вашия ритъм в продължение на няколко дни по време на различни дейности в опит да диагностицира състоянието на ПМ. Може да се наложи да претърпите ехокардиограма (ултразвуково сканиране на сърцето), което може да оцени структурата и цялостната функция на сърцето, като може също така да се наложи да направите и кръвни изследвания.



Много фактори могат да повлияят на най-добрата терапия за вашия индивидуален случай. Добрата новина за хората с ПМ е, че има по-голям набор от лечения и по-ефективни такива от всякога.

Лечение на ПМ

Лечения с лекарства

Понастоящем лекарствата са най-често срещаното лечение на ПМ и имат за цел да възстановят нормалния синусов ритъм, да облекчат симптомите и да намалят вероятността от инсулт. Често предписваните лекарства включват Бизопролол, Верапамил, Дилтиазем, Флекаинид, Соталол, Амиодарон, Дронедарон и Дигоксин. Тези лекарства се използват по два различни начина. Някои се използват за възстановяване на нормалния сърдечен ритъм; те са известни като антиаритмични лекарства. Те действат като блокират специфични канали в сърдечните клетки.

Други имат за цел да контролират честотата на сърдечния ви ритъм, докато той все още продължава по неравномерен начин.

Бета-блокери обикновено се използват за забавяне на сърдечната честота и са ефективни при активни пациенти с по-добър физически капацитет. При някои пациенти с редки продължителни епизоди на ПМ Флекаинид или Пропафенон могат да се дават като единична доза в началото на пристъпа. Това е известно като метода „хапче в джоба“. Това обаче е безопасно само когато пациентите са внимателно обучени да предприемат тази процедура и да я практикуват първо в болнична обстановка.



Лечения, които не са свързани с лекарства

При някои индивиди епизодите на ПМ са както тежки, така и чести, което засяга качеството им на живот. Ако лекарственото лечение не работи или причини неприятни странични ефекти, може да се наложи да опитате различно решение.

Лекарите могат да изберат да извършат кардиоверсия - процедура, при която електрически ток се доставя през специални гел подложки, разположени на гърдната стена. Това се прави с поставяне на пациента под седация или с обща анестезия. Кардиоверсията има за цел да „шокира“ сърцето обратно към нормалния му ритъм. Това често се прави при пациенти с персистиращо ПМ.

При някои може да се извърши допълнителна процедура, наречена катетърна аблация, за лечение на ПМ. Това става чрез преминаване на дълги електрически кабели към сърцето чрез малки тръбички, които се вкарват във вената в горната част на крака. Областите на сърцето, предизвикващи ПМ, могат да бъдат аблирани (каутеризирани), за да се възстанови нормалният (синусов) ритъм. Каутеризацията или аблацията елиминират електрическите сигнали на тъканта, като по този начин предотвратяват предизвикването на ПМ. Катетърната аблация може успешно да излекува ПМ при до 80-90% от пациентите, въпреки че може да са необходими повече от една процедура, за да се постигне това.

Ако е необходима операция тип „отворено сърце“ за структурен проблем, като анормална сърдечна клапа при някой, който също така има и ПМ, тогава е възможно да се извърши аблация за ПМ по време на операцията.

Предотвратяване на инсулт, свързан с ПМ

При ПМ хаотичната електрическа активност означава, че предсърдията (горните камери на сърцето) вече не се свиват заедно, а вместо това мускулът трепери като торба с червеи. Липсата на ефективна контракция означава, че кръвта в предсърдията може да се е застояла и да образува съсиреци. Тези съсиреци могат да се местят навсякъде в тялото, но най-тревожното е, че те могат да се преместят към мозъка и да доведат до инсулт. И наистина рискът от инсулт при ПМ е пет пъти по-голям, отколкото при нормален синусов ритъм. Резултатът CHA2DS2-VASc ви позволява да разберете риска от инсулт поради вашето ПМ. Ако имате резултат 0 (или 1 само поради пола), тогава националните и международните насоки предполагат, че не се нуждаете от намеса. Ако имате резултат 1 поради нещо различно от пола, тогава трябва да се помисли за перорален антикоагулант, за да се намали риска от инсулт, свързан с ПМ. Ако имате резултат 2 или по-висок, тогава се препоръчва перорална антикоагулация, за да се намали рискът от инсулт поради вашето ПМ.

CHA2DS2-VASc точкови критерии за определяне на необходимостта от разреждане на кръвта въз основа на свързания с ПМ риск от инсулт

		резултат	ниво на риск	необходимост от антикоагуланти
Застойна болест на сърцето 1 точка		0	нисък риск	не е препоръчан антикоагулант
Хипертония	1 точка			
Възраст (75 години+)	2 точки	1	в риск	антикоагулант, предложен в зависимост от личните предпочитания
Диабет	1 точка			
Инсулт или предишна преходна исхемична атака	2 точки	2+	в риск	антикоагулант, предложен в зависимост от личните предпочитания
Съдова болест на сърцето	1 точка			
Възраст(65-74 години)	1 точка			
Пол (Женски)	1 точка			
РЕЗУЛ.				

Антиагреганти

В продължение на много години се смяташе, че ниска доза аспирин или друго лекарство, което засяга лепкавите клетки, образувачи съсиреци, наречени тромбоцити, може да намали риска от образуване на съсиреци в предсърдията и причиняване на инсулт, свързан с ПМ. Смяташе се е, че аспиринът ще доведе до по-малко кръвене от антикоагуланта. Въпреки това, тъй като тромбоцитите не са толкова жизненоважни за образуването на съсиреци в предсърдията, антиагрегантите са много по-малко ефективни от антикоагулантите за предотвратяване на инсулт, свързан с ПМ, като намаляват риска от инсулт при ПМ само с 20%.

премахна всяка препоръка за употребата на аспирин за намаляване на риска от инсулт, свързан с ПМ. Двойната антитромбоцитна терапия намалява риска от инсулт, свързан с ПМ, само с до 22% и също така има по-висок риск от кървене, отколкото ако човек приема аспирин като монотерапия. За вас е важно да обсъдите най-подходящата терапия с вашия клиницист. Аспиринът все още може да бъде предписан за друго състояние, което не е свързано с ПМ, като предишен инфаркт или друг проблем с кръвообращението. Антикоагулантите са много по-добри от антиагрегантите за намаляване на риска от инсулт с ПМ и са също толкова безопасни. Антикоагулантите могат да намалят риска от ПМ с най-малко 65%.

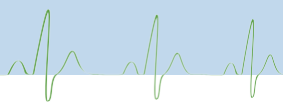
Кое лекарство е най-добро за мен?

Изборът кое лекарство е най-добро за вас зависи от: (i) вашия личен риск от инсулт и (ii) ако е планирана някаква интервенция като кардиоверсия или аблация.

По-подробна брошура „Предотвратяване на инсулт, свързан с ПМ: антикоагулация“, е достъпна от Асоциацията за ПМ.

Антикоагуланти

Дълго време Варфаринът беше основният наличен антикоагулант. Той действа върху черния дроб, за да предотврати образуването на протеини, които продължават да създават фибрин. Тъй като телата ни имат запаси от тези протеини, Варфаринът ще започне да разрежда кръвта ефективно едва след няколко дни. Когато за първи път започнете да приемате Варфарин, ще посещавате често клиника за антикоагуланти, така че дозата да може да се коригира според вашите нужди.



Повечето хора откриват, че след като започнат прием на Варфарин, техният потенциал за кръвосъсирване, отразен като международно нормализирано съотношение (INR), остава относително стабилен и те трябва да посещават клиниката само на всеки шест или осем седмици.

За да поддържате нивото на Варфарин стабилно, трябва да внимавате за определени неща, които могат да повлияят на това. Това включва алкохол, определени хранителни продукти и други лекарства, включително антибиотици, лекарства за кашлица, билкови лекарства и много други лекарства, които се отпускат без рецепта. Ако не сте сигурни дали можете да приемате определено лекарство, когато сте на Варфарин, трябва да потърсите съвет от вашия лекар или местен фармацевт.

Те не изискват наблюдение с редовни кръвни изследвания и има много по-малко взаимодействия с храна и други лекарства, отколкото при Варфарин. Понастоящем не всички от тези лекарства имат метод за обръщане на техните ефекти. Имайки предвид това, времето, през което те са ефективни в кръвния поток, е много по-кратко, отколкото за Варфарин, и така кръвенето няма да продължи безкрайно.

Ако ви предстои процедура, като екстракция на зъб, медицинска процедура или операция, посъветвайте се с вашия лекар за съвет дали трябва да прекратите приема на антикоагуланта предварително. Не забравяйте, че кръвенето е нормално и антикоагулацията забавя, но не спира кръвосъсирването.

За пациенти, на които антикоагулация не им понася по медицински причини, има процедура, наречена транскатетърно затваряне на ухото на лявото предсърдие.

Ключови въпроси, които да зададете на вашите клиницисти

Причини за ПМ

- Каква е причината за ПМ? Имам ли нужда от лечение за причините и ще спре ли то ПМ?
- Има ли нещо, което мога да направя, за да го спра или да намаля епизодите?

Начин на живот

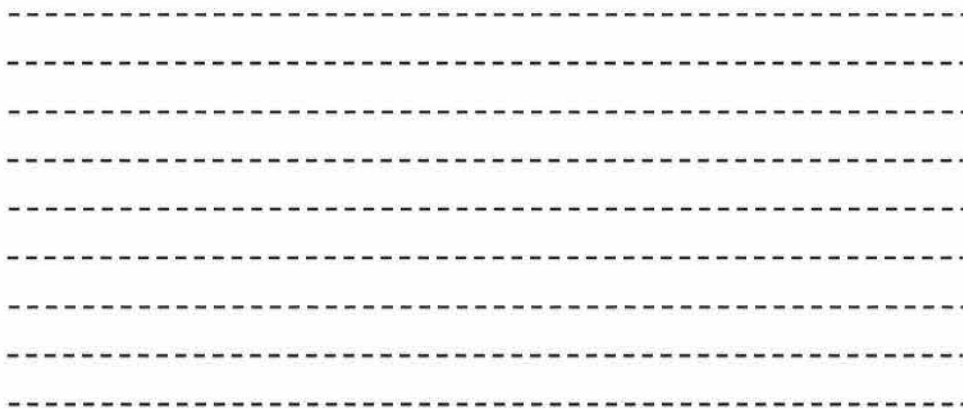
- Мога ли да спортувам безопасно? Кои упражнения ще ми бъдат от полза?
- Трябва ли да променя диетата си? Има ли определени храни или напитки, които трябва да избягвам?
- Какво трябва да кажа на Агенцията за лицензиране на водачи и превозни средства и застрахователните компании?
- Как ще се отрази приемът на антикоагулант на начина ми на живот, работата или другите ангажименти?

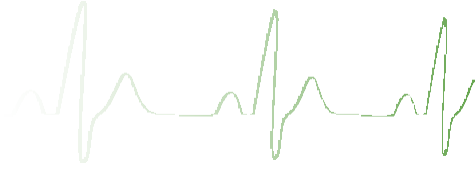
Медикаменти

- Трябва ли да приемам антикоагулант? Кой антикоагулант би бил най-подходящ за мен – защо е така?
- Как моите лекарства за ПМ ще взаимодействат с другите лекарства, които вече приемам?
- Има ли алтернативи на лекарствата, които предписвате и ако да какви са те? Как мога да бъда оценен за тях?

Прогноза

- Какво се случва, ако все още се чувствам зле? Кога трябва да видя или да говоря с моя личен лекар?
- Ако се чувствам много зле, обикновено отивам в Спешно отделение. Това ли е подходящото действие?
- Има ли операция за възстановяване на сърцето и спиране на ПМ?
- Трябва ли да обмисля кардиоверсия или процедура като аблация? Какви са рисковете и ползите от процедурата?
- Какво да очаквам по време на възстановителния период?





AF Association

✉ info@afa-international.org

🌐 www.afa-international.org

Registered Charity No. 1122442

©AF Association

Published August 2019

Reviewed July 2023

Adapted for AFFIRMO project: 2023



Acknowledgments: AF Association would like to thank all those who helped in the development and review of this publication.

Founder and CEO:

Trudie Lobban MBE, FRCP (Edin)

If you would like further information or would like to provide feedback please contact AF Association.