

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
25.04.2026 № 34

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с наджелудочковой тахикардией»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с наджелудочковой тахикардией (далее – НЖТ) в амбулаторных и стационарных условиях (рубрики по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – I47.1 Наджелудочковая тахикардия, I45.6 Синдром преждевременного возбуждения, I49.8. Другие уточненные нарушения сердечного ритма).

Для пациентов с манифестирующим синдромом также дополнительно указывается рубрика I45.6 Синдром преждевременного возбуждения желудочков. Синдромы и феномены преждевременного возбуждения желудочков: синдром WPW или синдром укороченного интервала P-R (Лауна-Ганонга-Лейна).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

НЖТ – тахикардия, имеющая источник из атриовентрикулярного (далее – АВ) соединения и (или) пучка Гиса или выше пучка Гиса, с частотой сердечных сокращений (далее – ЧСС) > 100 ударов в минуту в покое; к НЖТ относятся также ригентри тахикардии у пациентов с синдромом WPW;

синдром WPW – синдром с предвозбуждением желудочков сердца по дополнительному (аномальному) предсердно-желудочковому соединению и наджелудочковой тахикардией по механизму ригентри.

3. Классификация НЖТ (согласно рекомендациям ESC 2019):

3.1. синусовая тахикардия:

физиологическая синусовая тахикардия;

нефизиологическая синусовая тахикардия;

узловая реципрокная синусовая тахикардия;

3.2. эктопическая (фокусная) предсердная тахикардия (далее – ПТ);

3.3. многофокусная ПТ (далее – МПТ);

3.4. трепетание предсердий (далее – ТП) (предсердная макроригентри тахикардия):

3.4.1. истмус-зависимое ТП (каво-трикуспидальный истмус):

типичное ТП (против часовой стрелки (обычное) или по часовой стрелке (обратное); другие каво-трикуспидальный истмус-зависимые предсердные макроригентри тахикардии;

3.4.2. не каво-трикуспидальный истмус-зависимая предсердная макроригентри тахикардия:

правопредсердное ТП (правопредсердная макроригентри тахикардия);

левопредсердное ТП (левопредсердная макроригентри тахикардия);

3.5. фибрилляция предсердий (далее – ФП);

3.6. АВ тахикардии;

3.7. узловая реципрокная тахикардия (далее – АВУРТ): типичная; атипичная;

3.8. не-ригентри узловая тахикардия;

3.9. узловая эктопическая тахикардия (далее – УЭТ/JET);

3.10. другие варианты не-риентри тахикардий (включая непароксизмальную узловую тахикардию;

3.11. АВ-реципрокная тахикардия (далее – АВРТ):

ортодромная (включая постоянно-возвратную АВУРТ;

антидромная (с ретроградным проведением через АВ узел или, редко, через другое дополнительное соединение).

4. Для лечения пациентов с НЖТ применяются базовые схемы медикаментозного лечения заболеваний, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения, лекарственных форм и дозировок, режима дозирования и разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не установленной инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label).

При назначении ЛП off-label проводится врачебный консилиум о необходимости назначения данного ЛП.

5. В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости и (или) чувствительности) по решению врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

6. Примеры формулировки диагноза:

«Пароксизмальная типичная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия.»;

«Пароксизмальная тахикардия неуточненная. Предстатия сердечной недостаточности (соответствует N1).»;

«Пароксизмальная эктопическая предсердная тахикардия, непрерывно рецидивирующее течение. Тахикардиомиопатия Стадия 1 (соответствует НПБ). ХСН со сниженной фракцией выброса (34 %). Функциональный класс III NYHA.».

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА НЖТ

7. Обязательными диагностическими исследованиями, выполняемыми организациями здравоохранения пациентам с НЖТ на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, являются в соответствии с приложением 1:

7.1. лабораторные методы исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови (калий, натрий, холестерин, липопротеиды низкой плотности (далее – ЛПНП), креатинин, аланинаминотрансфераза (далее – АЛТ), аспаратаминотрансфераза (далее – АСТ));

определение глюкозы крови;

определение гормонов щитовидной железы (Т3, Т4);

определение тиреотропного гормона (далее – ТТГ);

7.2. инструментальные методы исследования:

электрокардиография (далее – ЭКГ) в 12 отведениях;

суточное мониторирование ЭКГ (далее – СМ ЭКГ);

эхокардиография (далее – Эхо-КГ);

7.3. консультация врача общей практики или врача-кардиолога.

8. Обязательными диагностическими исследованиями, выполняемыми организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам с НЖТ на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с приложением 1, являются:

8.1. лабораторные методы исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови (калий, натрий, общий холестерин, ЛПНП, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза, железо, С-реактивный белок, ферритин);

определение гормонов щитовидной железы (Т3, Т4);

определение ТТГ;

8.2. инструментальные методы исследования:

ЭКГ в 12 отведениях исходно и во время пароксизмов аритмии (по возможности);

СМ ЭКГ;

Эхо-КГ.

9. Дополнительные диагностические исследования, выполняемые организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам с НЖТ, в соответствии с приложением 1 и приложением 2:

чреспищеводное электрофизиологическое исследование (далее – ЭФИ) (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

консультация врача-кардиолога с решением вопроса об эндокардиальном ЭФИ и радиочастотной абляции (далее – РЧА) субстрата НЖТ при частых пароксизмах НЖТ, сопровождающихся нарушением гемодинамики, при выявленном манифестирующем синдроме WPW (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи).

10. Диагностические исследования, проводимые пациентам с наджелудочковой тахикардией в организациях здравоохранения в амбулаторных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи, установлены согласно приложению 1.

11. Диагностические исследования, проводимые пациентам с наджелудочковой тахикардией в организациях здравоохранения в стационарных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи, установлены согласно приложению 2.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ НЖТ

12. Медицинскими показаниями для госпитализации пациентов с НЖТ (при невозможности купировать пароксизм аритмии в амбулаторных условиях, в том числе бригадой скорой медицинской помощи) являются:

пароксизмальная АВУРТ;

пароксизмальная АВРТ на фоне синдрома WPW;

другие неуточненные НЖТ.

13. Неотложная медицинская помощь при пароксизме АВУРТ в амбулаторных условиях согласно приложению 3 оказывается в зависимости от длительности пароксизма, стабильности гемодинамики и эффективности ЛП в анамнезе и включает следующие способы:

13.1. немедикаментозные: вагусные приемы при стабильной гемодинамике: проба Вальсальвы (задержка дыхания с резким натуживанием, стимуляция рвотного рефлекса, форсированный кашель, погружение лица в ледяную воду, массаж каротидного синуса);

13.2. применение одного из ЛП:

аденозин (раствор для инъекций 3 мг/мл) (если вагусные приемы не эффективны) 6–18 мг внутривенно струйно, вначале 6 мг болюсно, при неэффективности – повторно 12 мг внутривенно болюсно;

натрия аденозинтрифосфат (раствор 10 мг/мл 1 мл) внутривенно струйно 1–2 мл;

верапамил (раствор 2,5 мг/мл) 2,0–4,0 мл (5,0–10,0 мг, (старше 60 лет 2,5–5,0 мг)) внутривенно;

один из бета-адреноблокаторов (далее – БАБ):

метопролол (раствор 1 мг/мл 5 мл) первоначально 2,5–5 мл (2,5–5,0 мг со скоростью 1–2 мг/мин)); при необходимости дозу повторяют с 5-минутным интервалом до достижения терапевтического эффекта или до 10–15 мг (максимальная доза – 20 мг);

пропранолол (раствор для инъекций 1 мг/мл) до 0,15 мг/кг (5–10 мг внутривенно медленно за 5 минут или пропранолол (таблетки 10 мг, 40 мг) 80–240 мг/сутки внутрь.

При неэффективности БАБ используется один из ЛП:

прокаиnamид (раствор для инъекций 100 мг/мл 5 мл) по 500–1000 мг (до 17 мг/кг) внутривенно струйно медленно в течение 10 минут);

пропафенон (раствор для инъекций 3,5 мг/мл 10,0 мл) 0,5–2 мг/кг внутривенно в течение 10 минут;

13.3. в случаях, когда вагусные приемы и введение аденозина или натрия аденозин трифосфата или верапамила, или БАБ оказываются неэффективными, показана синхронизированная электрическая кардиоверсия – электроимпульсная терапия (далее – ЭИТ).

14. Длительное лечение пациентов с АВУРТ в амбулаторных условиях делится на 2 этапа:

медикаментозное лечение;

инвазивное лечение – РЧА.

15. Для ежедневного приема пациентам с частыми симптомными пароксизмами в амбулаторных условиях назначаются следующие ЛП:

15.1. один из ЛП группы негидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов (далее – БКК):

дилтиазем (таблетки 60 мг, 90 мг, 180 мг, капсулы пролонгированного действия 90 мг, 180 мг) 90–360 мг/сут внутрь;

верапамил (таблетки 40 мг, 80 мг, 180 мг, 240 мг) 120–480 мг/сут внутрь (у пациентов без сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудочка (далее – ЛЖ) (далее – СНнФВ));

15.2. один из ЛП группы БАБ:

метопролол (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) – 25–200 мг/сут внутрь;

бисопролол (таблетки 2,5 мг; 5 мг, 10 мг) – 2,5–10 мг/сут внутрь;

15.3. один из антиаритмических ЛП, которые являются ЛП второго ряда и используются у пациентов с АВУРТ, рефрактерных к лечению БАБ (метопролол, бисопролол) и (или) БКК верапамил, дилтиазем):

пропафенон (таблетки 150 мг) по 150–300 мг 3 раза в сутки внутрь;

этаизин (таблетки 50 мг) по 50 мг 3 раза в сутки внутрь;

флекаинид (таблетки 50 мг, 200 мг) по 50–100 мг 2–3 раза в сутки внутрь или 200 мг в сутки однократно внутрь (флекаинид замедленного высвобождения);

лаппаконитина гидробромид (таблетки 25 мг) по 25–50 мг 3–4 раза в сутки внутрь (при отсутствии структурной патологии сердца)*;

соталол (таблетки 80 мг, 160 мг) 80–320 мг/сут внутрь под контролем QT (не выше 500 мс или увеличение не более 25 % от исходного значения).

16. Лечение в момент возникновения пароксизмов с использованием таблетированных ЛП используется для пациентов с нечастыми, но длительными пароксизмами АВУРТ (симптомные, но стабильные пароксизмы (более 30 секунд), возникающие реже, чем ежемесячно) с применением одного из ЛП:

пропранолол (таблетки 10 мг, 40 мг) 40–80 мг/сут однократно внутрь;

метопролол (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) 25–50 мг/сут однократно внутрь;

дилтиазем (таблетки 60 мг, 90 мг, 180 мг, капсулы пролонгированного действия 90 мг, 180 мг) 60–120 мг/сут однократно внутрь (в сочетании с вагусными пробами).

17. При пароксизме АВРТ в (амбулаторных и стационарных условиях) пациентам с нестабильной гемодинамикой выполняется ЭИТ.

18. Пациентам со стабильной гемодинамикой рекомендуется выполнение вагусных приемов в соответствии с подпунктом 13.1. пункта 13 настоящего клинического протокола.

19. При ортодромной АВРТ (тахикардии с узким комплексом QRS) применяются вагусные приемы.

При неэффективности вагусных приемов назначается аденозин (раствор для инъекций 3 мг/мл) (6–8 мг внутривенно болюсно).

При неэффективности вагусных приемов и введения аденозина используется верапамил (раствор для инъекций 2,5 мг/мл) 2,0–4,0 мл (5,0–10,0 мг) (у пациентов в возрасте старше 60 лет 2,5–5,0 мг) внутривенно.

При отсутствии у пациента явлений декомпенсированной сердечной недостаточности, если аденозин неэффективен используются БАБ: метопролол (раствор 1 мг/мл) – первоначально 2,5–5 мл (2,5–5,0 мг со скоростью 1–2 мг/мин) внутривенно. При необходимости доза метопролола повторяется с 5-минутным интервалом до достижения терапевтического эффекта или до 10–15 мг (максимальная доза – 20 мг).

20. При антидромной АВРТ (тахикардии с широким комплексом QRS) под контролем интервала ОТ назначается один из ЛП:

прокаинамид (раствор для внутривенного введения 100 мг/мл 5 мл) 5–10 мл (до 17 мг/кг) внутривенно капельно после предварительного разведения в 10 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл;

пропафенон (раствор 3,5 мг/мл) 0,5–2 мг на кг внутривенно за 10 минут;

амиодарон (раствор для инфузий 50 мг/мл 3 мл) с осторожностью (может быть небезопасно при предвозбуждении, так как может увеличить проводимость по дополнительным путям проведения (далее – ДПП) 150 мг внутривенно, медленно за 10 минут в последующей инфузией 0,5–1 мг/мин (при выраженной тахисистолии и невозможности контроля ЧСС другими способами максимальная суточная доза может достигать 1200 мг);

ибутилид (раствор для внутривенного введения 87 мг/мл). При массе тела 60 кг и более вводят 1 мг. При отсутствии эффекта через 10 минут после окончания первой инфузии возможно повторное введение в первоначальной дозе. Для пациентов с массой тела менее 60 кг доза ибутилида составляет 10 мг/кг (противопоказан при удлинённом интервале ОТ);

флекаинид (таблетки 50 мг, 100 мг) 150–300 мг/сут внутрь.

При неэффективности медикаментозного лечения или пароксизме, сопровождающемся нарушением гемодинамики, выполняется ЭИТ.

21. При рефрактерных к лечению антиаритмическими ЛП антидромных АВРТ применяется амиодарон (раствор для инфузий 50 мг/мл 3 мл) 300 мг внутривенно в течение 20 минут, затем внутривенно капельно из расчета до 1000–1200 мг/сут.

22. При неэффективности медикаментозного лечения антидромных АВРТ применяется ЭИТ.

23. Для лечения пароксизмальной АВРТ при синдроме WPW в амбулаторных и стационарных условиях назначается следующие ЛП:

один из БАБ:

метопролол (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) – 25–200 мг/сут внутрь;

бисопролол (таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг) – 2,5–10 мг/сут внутрь

или

один из БКК:

дилтиазем (таблетки 60 мг, 90 мг, 180 мг; капсулы пролонгированного действия 90 мг, 180 мг) 90–360 мг/сут внутрь;

верапамил (таблетки 40 мг, 80 мг, 180 мг, 240 мг) 120–480 мг/сут внутрь у пациентов без СНФВ, если на ЭКГ в покое нет признаков предвозбуждения и РЧА невыполнима или не предпочтительна пациентом.

24. У пациентов с АВРТ без ишемической болезни сердца и структурной патологии сердца*, если РЧА невыполнима или не предпочтительна пациентом, назначается один из следующих ЛП:

пропафенон (таблетки 150 мг) по 150–300 мг 3 раза в сутки внутрь;
этакизин (таблетки 50 мг) по 50 мг 3 раза в сутки внутрь;
флекаинид (таблетки 50 мг, 200 мг) по 50–100 мг 2–3 раза в сутки внутрь или 200 мг в сутки однократно внутрь (флекаинид замедленного высвобождения);
лаптаконитина гидробромид (таблетки 25 мг) по 25–50 мг 3–4 раза в сутки внутрь.

25. Всем пациентам с симптомными рецидивирующими пароксизмами АВРТ выполняется РЧА.

26. Неотложная медицинская помощь пациентам с ФП при наличии предвозбуждения желудочков в стационарных условиях согласно приложению 4 заключается в назначении следующих ЛП:

прокаионамид – ЛП первой линии при стабильной гемодинамике (раствор для внутривенного введения 100 мг/мл 5 мл) (с осторожностью) 5–10 мл (до 17 мг/кг) внутривенно капельно, медленно (не более 50 мг/мин, рассчитывая на полное введение ЛП в течение 30–60 минут); при угрозе снижения АД – в сочетании с фенилэфрина гидрохлоридом (раствор для инъекций 10 мг/1,0 мл) – 0,3–0,5 мл;

амиодарон (раствор для инфузий 50 мг/мл 3 мл) с осторожностью 150 мг внутривенно, медленно за 10 минут в последующей инфузией 0,5–1 мг/мин (при выраженной тахисистолии и невозможности контроля ЧСС другими способами максимальная суточная доза может достигать 1200 мг); при ускорении ЧСС в ответ на введение амиодарона (за счет увеличения проводимости по ДПП у некоторых пациентов) – прекращается введение амиодарона и выполняется ЭИТ.

27. Пациентам с нестабильной гемодинамикой и наличием ФП с синдромом WPW показана ЭИТ.

28. Пациентам со стабильной гемодинамикой и наличием ФП с синдромом WPW назначается введение одного из следующих ЛП:

прокаионамид (раствор для внутривенного введения 100 мг/мл 5 мл) 500–1000 мг (до 17 мг/кг) внутривенно струйно медленно в течение 10 минут под контролем артериального давления;

амиодарон (раствор для инфузий 50 мг/мл 3 мл) с осторожностью 150 мг внутривенно, медленно за 10 минут в последующей инфузией 0,5–1 мг/мин только в стационарных условиях (при выраженной тахисистолии и невозможности контроля ЧСС другими способами максимальная суточная доза может достигать 1200 мг); при ускорении ЧСС в ответ на введение амиодарона (за счет увеличения проводимости по ДПП у некоторых пациентов) – прекратить введение амиодарона и выполнить ЭИТ;

ибутилид (раствор для внутривенного введения 87 мкг/мл) При массе тела пациента 60 кг и более вводят 1 мг. При отсутствии эффекта через 10 минут после окончания первой инфузии повторно вводится ибутилид в первоначальной дозе. Для пациентов с массой тела менее 60 кг доза ибутилида составляет 10 мкг/кг;

пропафенон (раствор 3,5 мг/мл 10,0 мл) 0,5–2 мг/кг внутривенно в течение 10 минут;
флекаинид (таблетки 50 мг, 100 мг) 200–300 мг внутрь однократно.

29. При невозможности медикаментозного восстановления синусового ритма или контроля тахикардии показано выполнение ЭИТ.

30. Медицинские показания к проведению процедуры РЧА у пациентов с синдромом WPW:

рецидивирующая пароксизмальная АВРТ;
наличие короткого антеградного эффективного рефрактерного периода ДПП ≤ 250 мс;

наличие единственного кратчайшего интервала $RR \leq 250$ мс на ЭКГ у пациента с ФП с антеградным проведением через ДПП;

пациентам, являющимися профессиональными спортсменами, предварительно проводится электрофизиологическое исследование для стратификации риска и решения вопроса о возможной абляции ДПП.

31. Лечение ПТ делится на 2 этапа:

купирование пароксизма;

долговременное лечение.

32. Для купирования пароксизма ПТ:

при нестабильной гемодинамике всем пациентам назначается ЭИТ;

при стабильной гемодинамике показано введение одного из ЛП:

аденозин (раствор для инъекций 3 мг/мл) 6–18 мг внутривенно болюсно;

при отсутствии у пациента явлений декомпенсированной сердечной недостаточности, если аденозин неэффективен, назначаются БАБ: метопролол (раствор 1 мг/мл) – первоначально 2,5–5 мл (2,5–5,0 мг со скоростью 1–2 мг/мин) внутривенно;

при отсутствии гипотензии или сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса, если аденозин неэффективен, используется верапамил (раствор для инъекций 2,5 мг/мл) 2–4 мл (5,0–10,0 мг) (старше 60 лет 2,5–5,0 мг) внутривенно или дилтиазем (таблетки 60, 90, 180 мг; капсулы пролонгированного действия 90 мг, 180 мг) 60–120 мг/сут внутрь.

Если такое лечение неэффективно, то назначается один из следующих ЛП:

пропафенон (раствор 3,5 мг/мл 10,0 мл) 0,5–2 мг/кг внутривенно за 10 минут или амиодарон (раствор для инфузий 50 мг/мл 3 мл) 5–7 мг/кг (300–450 мг) внутривенно медленно (за 20–30 минут), затем, при отсутствии купирования пароксизма – 1 мг/мин до 1200 мг/сут;

амиодарон (таблетки 200 мг) до 1200 мг/сут внутрь.

Если не удастся восстановить синусовый ритм или контролировать ПТ медикаментозно, выполняется ЭИТ.

33. Для долговременного лечения ПТ используются:

РЧА очага ПТ, если она постоянно-возвратная или приводит к развитию тахииндуцированной кардиомиопатии; медикаментозное лечение, которое начинается с назначения одного из ЛП:

33.1. из группы БАБ:

метопролол (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) – 25–200 мг/сут;

бисопролол (таблетки 2,5 мг; 5 мг, 10 мг) – 2,5–10 мг/сут внутрь;

33.2. из группы БКК:

дилтиазем (таблетки 60 мг, 90 мг, 180 мг; капсулы пролонгированного действия 90 мг, 180 мг) 90–360 мг/сут внутрь;

верапамил (таблетки 40 мг, 80 мг, 180 мг, 240 мг) 120–480 мг/сут внутрь при отсутствии СНнФВ;

33.3. при неэффективности БАБ или БКК назначается один из ЛП:

пропафенон (таблетки 150 мг) по 150–300 мг 3 раза в сутки внутрь;

этацизин (таблетки 50 мг) по 50 мг 3 раза в сутки внутрь (при отсутствии структурных патологий и ишемической болезни сердца);

лаптаконитина гидробромид (таблетки 25 мг) по 25–50 мг 3–4 раза в сутки внутрь при отсутствии структурной патологии сердца*, если выполнение РЧА невозможно или не предпочтительно пациентом;

33.4. при неэффективности предшествующего медикаментозного лечения назначается ивабрадин (таблетки 5 мг; 7,5 мг) 10–15 мг/сут внутрь в комбинации с одним из ЛП группы БАБ:

метопролол (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) 50–200 мг/сут внутрь;

бисопролол (таблетки 2,5 мг; 5 мг, 10 мг) 2,5–10 мг/сут внутрь;

33.5. если указанные ранее методы лечения неэффективны и невозможно выполнить РЧА эктопического очага, назначается амиодарон (таблетки 200 мг) от 100–400 мг/сут внутрь под контролем QT (не выше 500 мс или увеличение не более 25 % от исходного значения).

34. При пароксизме МПТ назначается, прежде всего, лечение основного заболевания, а также один из следующих ЛП:

магния сульфат (раствор для внутривенного введения 250 мг/мл) – 10 мл внутривенно струйно медленно (даже при нормальном уровне магния плазмы крови);

метопролол (раствор 1 мг/мл) – первоначально 2,5–5 мл (2,5–5,0 мг со скоростью 1–2 мг/мин внутривенно;

верапамил (раствор 2,5 мг/мл) 2–4 мл внутривенно (5,0–10,0 мг, в возрасте старше 60 лет 2,5–5,0 мг);

дилтиазем (таблетки 60 мг, 90 мг, 180 мг; капсулы пролонгированного действия 90 мг, 180 мг) 90–360 мг/сут внутрь.

35. Для долговременного лечения МПТ используется один из следующих ЛП:

верапамил (таблетки 40 мг, 80 мг, 180 мг, 240 мг) 120–480 мг/сут внутрь;

дилтиазем (при отсутствии СНнФВ) (таблетки 60 мг, 90 мг, 180 мг; капсулы пролонгированного действия 90 мг, 180 мг) 90–360 мг/сут внутрь;

метопролол (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) 50–200 мг/сут внутрь;

бисопролол (таблетки 2,5 мг; 5 мг, 10 мг) 2,5–10 мг/сут внутрь.

36. Пациентам с систолической дисфункцией ЛЖ в результате МПТ, рефрактерной к медикаментозному лечению, назначается РЧА АВ узла с последующей постоянной электрокардиостимуляцией (предпочтительней бивентрикулярная или парагисаляная стимуляция).

37. При лечении синусовой тахикардии осуществляется лечение основного заболевания (гипертиреоз и другая эндокринная патология, анемия, острые воспалительные и инфекционные заболевания, неврозы и другие состояния, сопровождающиеся гиперсимпатикотонией).

Если лечение основной причины синусовой тахикардии неэффективно или невозможно, назначается один из следующих ЛП:

ивабрадин (таблетки 5 мг; 7,5 мг) 10–15 мг/сут внутрь;

пропранолол (таблетки 10 мг, 40 мг) 40–240 мг/сут внутрь;

метопролол (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) 50–200 мг/сут внутрь;

бетаксолол (таблетки 20 мг) 10–40 мг/сут внутрь.**

При неэффективности лечения, указанного в настоящем пункте, назначается комбинация ивабрадина с БАБ под контролем ЧСС.

38. При симптомной и рецидивирующей синусовой тахикардии, если медикаментозное лечение предпочтительно, назначается один из ЛП:

верапамил (таблетки 40 мг, 80 мг, 180 мг, 240 мг) 120–480 мг/сут внутрь;

дилтиазем (таблетки 60 мг, 90 мг, 180 мг; капсулы пролонгированного действия 90 мг, 180 мг) 90–360 мг/сут внутрь.

39. При неэффективности медикаментозного лечения при рецидивирующей синусовой тахикардии (нефизиологической синусовой тахикардии) выполняется РЧА.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЖТ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

40. Для медицинской профилактики и своевременного выявления АВУРТ и АВРТ при синдромах предвозбуждения рекомендовано:

своевременное выявление и лечение устранимых причин;

регулярное снятие ЭКГ в 12 отведениях не реже 1 раза в год;

своевременное снятие ЭКГ в 12 отведениях при возникновении пароксизма НЖТ;

при необходимости – назначение длительным сроком БАБ с контролем СМ ЭКГ не реже 1 раза в 6 месяцев.

41. Медицинское наблюдение пациентов с НЖТ осуществляется врачом общей практики или врачом-кардиологом и проводится в зависимости от вида аритмии.

42. В зависимости от выявленной основной этиологии заболевания – консультация профильного врача-специалиста (врач-эндокринолог, врач-невролог) – не реже 1 раза в год (на протяжении всего заболевания или до 12 мес. после излечения методом абляции).

43. Контроль ЭКГ в 12 отведениях – 1 раз в 6 месяцев после установления диагноза.

44. После выполнения РЧА – контроль ЭКГ осуществляется после выписки пациента из больничной организации, затем – через 1, 3 и 12 месяцев.

45. Контроль анализа крови на определение гормонов щитовидной железы (Т4), особенно у лиц, принимающих амиодарон, – не реже 1 раза в год.

46. СМ ЭКГ выполняется 1 раз в 6 месяцев, после выполнения РЧА – через 1, 6 и 12 месяцев после медицинского вмешательства.

47. После назначения антиаритмических ЛП 3 класса (соталол, амиодарон) контроль ЭКГ выполняется перед изменением дозы или назначением ЛП на следующие сутки, через 3 суток и в дальнейшем не реже 1 раза в 6 мес.

* Структурная патология сердца является медицинским противопоказанием для назначения ЛП: перенесенный инфаркт миокарда, стенокардия, гипертрофия миокарда ЛЖ >14 мм, наличие дилатации ЛЖ и снижения ФВ < 40 %.

** Назначается off-label.

Приложение 1
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с наджелудочковой тахикардией»

**Диагностические исследования, проводимые пациентам с наджелудочковой тахикардией в организациях здравоохранения
в амбулаторных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи**

Технологический уровень оказания медицинской помощи	Первый	Второй	Третий	Четвертый
Диагностические исследования	клинические методы исследования: сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания; медицинский осмотр с оценкой состояния органов и систем; лабораторные методы исследования; инструментальные методы исследования: ЭКГ в 12 отведениях исходно и во время пароксизмов аритмии; Эхо-КГ; СМ ЭКГ; консультация врача общей практики	+консультация врача-кардиолога; + контроль/программация имплантированных электронных устройств (электрокардиостимулятор); + чреспищеводное электрофизиологическое исследование*	+ внутрисердечное ЭФИ; + имплантация событийного петлевого кардиомонитора; + контроль/программация имплантированных электронных устройств (событийного монитора, ЭКС, CRT-P/CRT-D); + дистанционное мониторирование ЭКГ и (или) имплантированных электронных устройств; + консультация врача – рентген-эндоваскулярного хирурга, специализирующегося в интервенционном лечении нарушений ритма сердца; + КТ, МРТ*	+ мультимодальная визуализация (КТ, МРТ, ПЭТ)*; + генетическое исследование*

* Дополнительные диагностические исследования.

Приложение 2
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с наджелудочковой тахикардией»

**Диагностические исследования, проводимые пациентам с наджелудочковой тахикардией в организациях здравоохранения
в стационарных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи**

Технологический уровень оказания медицинской помощи	Первый	Второй	Третий	Четвертый
Диагностические исследования	клинические методы исследования: сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания; медицинский осмотр с оценкой состояния органов и систем; лабораторные методы исследования; инструментальные методы исследования: ЭКГ в 12 отведениях исходно и во время пароксизмов аритмии; Эхо-КГ; СМ ЭКГ; консультация врача общей практики	+ чреспищеводное ЭФИ*; + консультация врача-кардиолога + контроль/программация имплантированных электронных устройств (электрокардиостимулятор)	+ внутрисердечное ЭФИ; + имплантация событийного петлевого кардиомонитора; + дистанционное мониторирование ЭКГ и (или) имплантированных электронных устройств*; + консультация врача – рентген-эндоваскулярного хирурга, специализирующегося в интервенционном лечении нарушений ритма сердца; + контроль/программация имплантированных электронных устройств (событийного монитора, ЭКС, ИКД, CRT-P/CRT-D); +КТ, МРТ*	+ мультимодальная визуализация (МРТ, КТ, ПЭТ)*; + генетическое исследование*

* Дополнительные диагностические исследования.

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с наджелудочковой тахикардией»

СХЕМА
лечения пациентов с наджелудочковой тахикардией в организациях здравоохранения в амбулаторных условиях
в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи

Технологический уровень оказания медицинской помощи	Первый–четвертый
Лечебные мероприятия	коррекция факторов риска; лечение основного заболевания; назначение и подбор антиаритмических ЛП; восстановление ритма: медикаментозная кардиоверсия; контроль ЧСС; сердечно-легочная реанимация

Приложение 4

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с наджелудочковой тахикардией»

СХЕМА
лечения пациентов с наджелудочковой тахикардией в организациях здравоохранения в стационарных условиях
в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи

Технологический уровень оказания медицинской помощи	Первый	Второй	Третий	Четвертый
Лечебные мероприятия	коррекция факторов риска; немедикаментозные методы: вагусные приемы; назначение и подбор антиаритмических ЛП; восстановление ритма: медикаментозная кардиоверсия; ЭИТ; сердечно-легочная реанимация	+ имплантация/ замена электрокардиостимулятора на фоне вынужденной терапии антиаритмическими ЛП	+ РЧА АВУРТ + РЧА АВРТ + РЧА ТП + РЧА ПТ	+ повторная РЧА АВУРТ, АВРТ, ТП, ПТ