

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
25 апреля 2026 г. № 34

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с брадиаритмиями и нарушениями проводимости» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синкопальными состояниями» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с наджелудочковой тахикардией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фибрилляцией и трепетанием предсердий» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фибрилляцией желудочков и желудочковой тахикардией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с аритмическими синдромами» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

**Министр**

**А.В.Ходжаев**

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Управление делами Президента  
Республики Беларусь

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. Предстания 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 СНнФВ, 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;  
этализин (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.

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  $\leq 250$  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 парагисальная 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<br>уровень оказания<br>медицинской помощи | Первый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Второй                                                                                                                                                                                         | Третий                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Четвертый                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Диагностические<br>исследования                           | клинические методы исследования: сбор<br>жалоб, анамнеза жизни и заболевания;<br>медицинский осмотр с оценкой<br>состояния органов и систем;<br>лабораторные методы исследования;<br>инструментальные методы<br>исследования: ЭКГ в 12 отведениях<br>исходно и во время пароксизмов<br>аритмии; Эхо-КГ; СМ ЭКГ;<br>консультация врача общей практики | +консультация врача-кардиолога;<br>+ контроль/программация<br>имплантированных электронных<br>устройств (электрокардиостимулятор); +<br>чреспищеводное<br>электрофизиологическое исследование* | + внутрисердечное ЭФИ;<br>+ имплантация событийного петлевого кардиомонитора;<br>+ контроль/программация имплантированных электронных<br>устройств (событийного монитора, ЭКС, CRT-P/CRT-D);<br>+ дистанционное мониторирование ЭКГ и (или)<br>имплантированных электронных устройств;<br>+ консультация врача – рентген-эндоваскулярного хирурга,<br>специализирующегося в интервенционном лечении<br>нарушений ритма сердца;<br>+ КТ, МРТ* | + мультимодальная<br>визуализация (КТ,<br>МРТ, ПЭТ)*;<br>+ генетическое<br>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*;<br>+ консультация врача-кардиолога<br>+ контроль/программация имплантированных электронных устройств (электрокардиостимулятор) | + внутрисердечное ЭФИ;<br>+ имплантация событийного петлевого кардиомонитора;<br>+ дистанционное мониторирование ЭКГ и (или) имплантированных электронных устройств*;<br>+ консультация врача – рентген-эндоваскулярного хирурга, специализирующегося в интервенционном лечении нарушений ритма сердца;<br>+ контроль/программация имплантированных электронных устройств (событийного монитора, ЭКС, ИКД, CRT-P/CRT-D);<br>+КТ, МРТ* | + мультимодальная визуализация (МРТ, КТ, ПЭТ)*;<br>+ 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;<br>лечение основного заболевания;<br>назначение и подбор антиаритмических ЛП;<br>восстановление ритма: медикаментозная кардиоверсия;<br>контроль ЧСС;<br>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;<br>немедикаментозные методы: вагусные приемы;<br>назначение и подбор антиаритмических ЛП;<br>восстановление ритма: медикаментозная кардиоверсия;<br>ЭИТ;<br>сердечно-легочная реанимация | + имплантация/ замена электрокардиостимулятора на фоне вынужденной терапии антиаритмическими ЛП | + РЧА АВУРТ<br>+ РЧА АВРТ<br>+ РЧА ТП<br>+ РЧА ПТ | + повторная РЧА АВУРТ, АВРТ, ТП, ПТ |