



Асоціація кардіологів України  
Асоціація аритмологів України



## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ

Материал напечатан при поддержке представительства компании  
«ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с.» в Украине

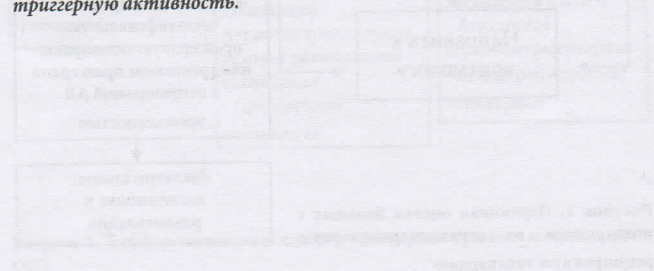
2012

### Список сокращений

АВ	Атрио-вентрикулярный
АВРТ	Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия
АВУРТ	Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
ДМПП	Дефект межпредсердной перегородки
ДПП	Дополнительные пути проведения
ЖТ	Желудочковая тахикардия
НЖТ	Наджелудочковая тахикардия
ОАК	Оральные антикоагулянты
ПТ	Предсердная тахикардия
ПСВТ	Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия
СВТ	Суправентрикулярная тахикардия
ТП	Трепетание предсердий
ЧСС	Частота сердечных сокращений
ФВ	Фракция выброса левого желудочка
ФП	Фибрилляция предсердий
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭКС	Электрический кардиостимулятор

Пароксизмальные нарушения сердечного ритма – это одна из наиболее острых проблем современной кардиологии. По данным Американской ассоциации кардиологов они ежегодно уносят от 300 до 600 тысяч жизней, что составляет 1 смерть каждую минуту. Подавляющее число больных – это лица трудоспособного возраста. Как правило, к фатальному исходу в виде остановки кровообращения приводят желудочковая фибрилляция (75%), асистолия (20%) и электромеханическая диссоциация (5%), причем процент выживших пациентов, перенесших хотя бы однократно эпизод вышеперечисленных ситуаций, достаточно невелик – 19% от общего числа. С другой стороны, относительно более благоприятное течение пароксизмальных нарушений сердечного ритма может осложнять множество заболеваний. Пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии (ПСВТ) составляют 4/5 от общего числа тахикардий. Они занимают промежуточное место между потенциально летальными аритмиями и доброкачественными нарушениями сердечного ритма. ПСВТ имеют следующие электрофизиологические характеристики:

- 1) *внезапное начало и окончание приступа;*
- 2) *обычно регулярный ритм с небольшими колебаниями частоты;*
- 3) *частота сокращений сердца от 100 до 250 ударов в минуту, обычно 140–220 ударов в минуту;*
- 4) *частота сокращений желудочков соответствует частоте сокращений предсердий или меньше при наличии АВ-блокады;*
- 5) *комплексы QRS, как правило, узкие, но при абберантном проведении могут расширяться. Основные механизмы развития пароксизмальных аритмий включают ри-ентри (re-entry), эктопический автоматизм и триггерную активность.*



### Тахикардии с узкими комплексами QRS

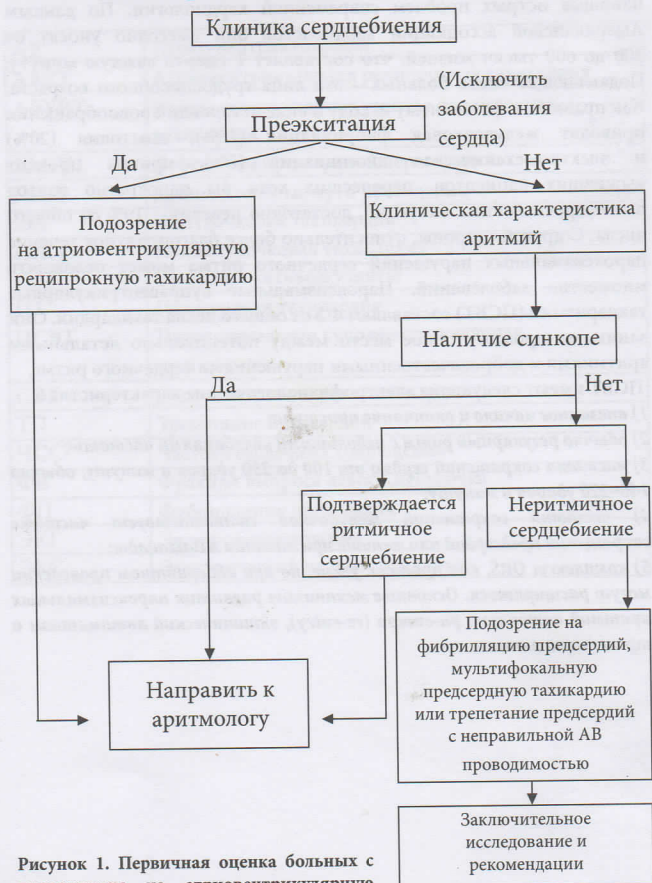


Рисунок 1. Первичная оценка больных с подозрением на атриовентрикулярную реципрокную тахикардию

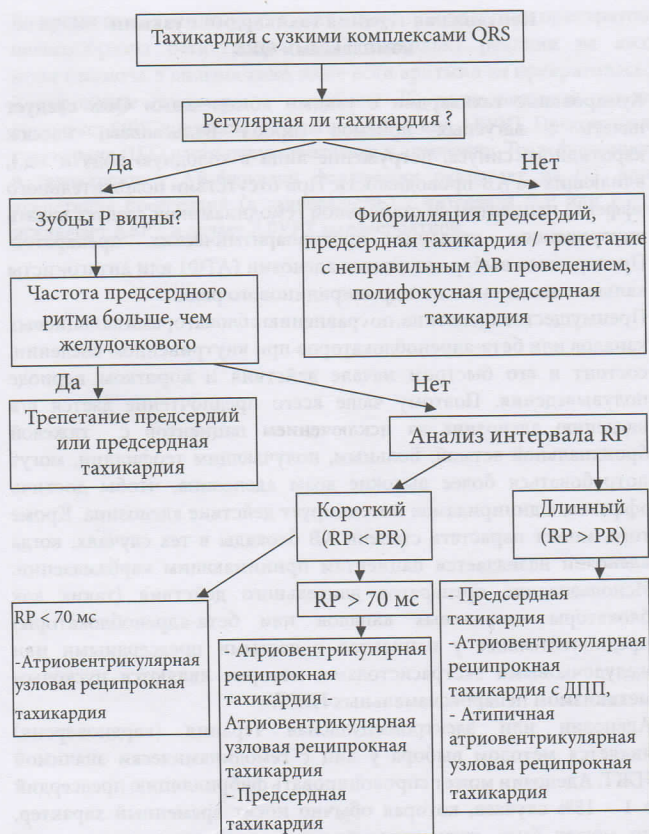


Рисунок 2. Дифференциальный диагноз тахикардии с узкими комплексами QRS.

### Неотложная терапия тахикардии с узкими комплексами QRS

Купирование тахикардии с узкими комплексами QRS следует начать с вагусных приемов (проба Вальсальвы, массаж каротидного синуса, погружение лица в холодную воду и т.д.), влияющих на АВ-проводимость. При отсутствии положительного эффекта пациентам со стабильной гемодинамикой следует начать внутривенное введение противоритмических препаратов. Препаратами выбора являются аденозин (АТФ) или антагонисты кальциевых каналов негидропиридинового ряда.

Преимущества аденозина, по сравнению с блокаторами кальциевых каналов или бета-адреноблокаторов при внутривенном введении, состоит в его быстром начале действия и коротком периоде полувыведения. Поэтому чаще всего предпочтение дается в/в введению аденозина за исключением пациентов с тяжелой бронхиальной астмой. Больным, получающим теофиллин, могут потребоваться более высокие дозы аденозина, чтобы достичь эффекта, а дилпиридамол потенцирует действие аденозина. Кроме того, может нарастать степень АВ блокады в тех случаях, когда аденозин назначается пациентам принимающим карбамазепин. Использование препаратов длительного действия (таких как блокаторы кальциевых каналов или бета-адреноблокаторы) предпочтительнее у пациентов с частыми предсердными или желудочковыми экстрасистолами, которые являются пусковым механизмом непароксизмальных НЖТ.

Аденозин или электроимпульсная терапия (кардиоверсия) является методом выбора у лиц с гемодинамически значимой НЖТ. Аденозин может спровоцировать фибрилляцию предсердий в 1 - 15% случаев, которая обычно носит временный характер, но может быть жизнеугрожающей у пациентов с синдромом предвозбуждения желудочков. Необходимо соблюдать крайнюю осторожность при одновременном в/в назначении блокаторов кальциевых каналов и бета-адреноблокаторов, поскольку существует опасность появления гипотензии и/или брадикардии.

Во время выполнения вагусных приемов или введения препаратов целесообразна регистрация ЭКГ, поскольку реакция на них может помочь в диагностике, даже если аритмия не прекратилась. Купирование тахикардии с зубцом Р' расположенным после комплекса QRS, предполагает диагноз АВРТ или АВУРТ. Предсердная тахикардия (ПТ) часто нечувствительна к аденозину. Трансформация в тахикардию с АВ-блокадой фактически указывает на ПТ или трепетание предсердий (в зависимости от интервала P-P или F-F), исключает АВРТ и делает АВУРТ маловероятной.

Рекомендации по неотложной помощи  
при гемодинамически стабильной СВТ

Таблица 1

ЭКГ-ПРИЗНАКИ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Узкий QRS-комплекс	Вагусные пробы Аденозин Верапамил, Дилтиазем Бета-блокаторы Амиодарон Дигоксин	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО  МАЛО ЭФФЕКТИВНО МАЛО ЭФФЕКТИВНО МАЛО ЭФФЕКТИВНО
Тахикардии с широкими QRS-комплексами • СВТ+блокада ветви п. Гиса  • Преэкситация + СВТ/ФП  • Тахикардии с широким комплексом QRS неизвестного происхождения	Вагусные пробы Аденозин Верапамил, дилтиазем β-блокаторы Амиодарон Дигоксин Электрическая кардиоверсия Прокаиамид Флекаинид* Ибутилид* Прокаиамид Соталол* Амиодарон Электрическая кардиоверсия Лидокаин Аденозин β-блокаторы Верапамил	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО  МАЛО ЭФФЕКТИВНО МАЛО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО  МАЛО ЭФФЕКТИВНО МАЛО ЭФФЕКТИВНО НЕ ПОКАЗАНО  ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
Тахикардии с широким комплексом QRS неизвестного происхождения у пациентов с нарушенной функцией ЛЖ	Амиодарон Электрическая кардиоверсия, Лидокаин	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО

Таблица 2

Рекомендации для лечения синусовой тахикардии

МЕТОДЫ ТЕРАПИИ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Медикаментозный (неинвазивный)	Бета-блокаторы Верапамил, дилтиазем	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО
Инвазивный	Катетерная абляция – модификация/устранение синусового узла	МАЛО ЭФФЕКТИВНО

Таблица 3

Рекомендации для лечения синдромов эктопической и непароксизмальной узловой тахикардии

ТАХИКАРДИЯ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Эктопическая узловая тахикардия	Бета-блокаторы Флекаинид* Пропафенон Соталол* Амиодарон Катетерная абляция	ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО
Непароксизмальная узловая тахикардия	Устранение дигиталисной интоксикации Коррекция гипокалиемии Лечение ишемии миокарда Бета-блокаторы, Блокаторы Са каналов	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО

Таблица 4

**Рекомендации для длительной терапии возвратной АВ  
реципрокной тахикардии**

КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Нестойкая АВ реципрокная тахикардия с гемодинамической нестабильностью	Катетерная абляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Верапамил, дилтиазем	ЭФФЕКТИВНО
	Бета-блокаторы	ЭФФЕКТИВНО
	Соталол,* амиодарон Флекаинид,* пропафенон	ЭФФЕКТИВНО
Возвратная симптоматическая АВ реципрокная тахикардия	Катетерная абляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Верапамил	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Дилтиазем	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Бета-блокаторы Дигоксин	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
Возвратная АВ реципрокная тахикардия, устойчивая к бета-блокаторам, блокаторам Са каналов и у пациентов, не желающих проводить радиочастотную абляцию	Флекаинид*, Пропафенон,	ЭФФЕКТИВНО
	Соталол	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Амиодарон	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
Редкие или одиночные эпизоды АВ реципрокной тахикардии у пациентов, желающих полного контроля аритмии	Катетерная абляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО

Продолжение таблицы 4

КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Пароксизмальная СВТ, которая проявляется только двунаправленным проведением по АВ узлу, зарегистрированная при электрофизиологическом исследовании и нет никаких других признаков аритмии	Верапамил, дилтиазем Бета-блокаторы Флекаинид* Пропафенон	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО  ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО
	Катетерная абляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
Медленная устойчивая АВ узловая реципрокная тахикардия	Без лечения	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Вагусные пробы	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Верапамил, Дилтиазем	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Бета-блокаторы в таблетках Катетерная абляция	ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО

\* - при регистрации данных препаратов в Украине

Исследования пациентов с WPW-синдромом, перенесших остановку сердца, ретроспективно определили ряд критериев, с помощью которых можно выявить пациентов с повышенным риском внезапной смерти. К ним относятся:

- 1) Укороченный R-R - менее 250 мс при предвозбуждении желудочков во время спонтанной или индуцированной ФП;
- 2) Анамнез симптоматичной тахикардии;
- 3) Множественные дополнительные пути;
- 4) Аномалия Эбштейна.

Таблица 5

**Рекомендации для длительной терапии аритмий при наличии дополнительных путей проведения**

ВИД АРИТМИИ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
WPW-синдром (преэкситация и симптоматические аритмии), хорошо переносимые	Катетерная абляция Флекаинид*, Пропафенон Соталол*, Амиодарон, бета-блокаторы Верапамил, Дилтиазем, Дигоксин	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО  ЭФФЕКТИВНО  ЭФФЕКТИВНО  НЕ ПОКАЗАНО
WPW-синдром (ФП с большой частотой проведения или плохо переносимой АВ реципрокной тахикардией) АВ реципрокная тахикардия, плохо переносимая (без преэкситации)	Катетерная абляция Флекаинид*, Пропафенон Соталол*, Амиодарон Бета-блокаторы Верапамил, Дилтиазем, Дигоксин	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО  ЭФФЕКТИВНО  МАЛО ЭФФЕКТИВНО НЕ ПОКАЗАНО
Одиночные или редкие эпизоды АВ реципрокной тахикардии (без преэкситации)	Не лечить Вагусные пробы Верапамил, дилтиазем,  Бета-блокаторы Катетерная абляция Соталол*, Амиодарон Флекаинид*, Пропафенон Дигоксин	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО  ЭФФЕКТИВНО ЭФФЕКТИВНО МАЛО ЭФФЕКТИВНО  МАЛО ЭФФЕКТИВНО  НЕ ПОКАЗАНО

Продолжение таблицы 5

ВИД АРИТМИИ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Преэкситация, асимптоматическая	Не лечить	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Катетерная абляция	ЭФФЕКТИВНО

\* - при регистрации данных препаратов в Украине.

**Трепетание предсердий**

Трепетание предсердий характеризуется регулярным ритмом с частотой сокращений предсердий 250 – 350 уд/мин. Электрофизиологические исследования показывают, что по поверхностной ЭКГ можно предположить различные круги ри-ентри. Часто круги ри-ентри занимают значительные области миокарда предсердий и потому называются макро-ри-ентри. Классический тип трепетания предсердий (то есть, типичное трепетание) зависит от функциональных свойств области cavo-трикуспидального перешейка (КТП), расположенного между нижней полой веной и кольцом трикуспидального клапана. Тип истмус-зависимого трепетания предсердий влияет на методику проведения катетерной абляции, и не меняет подходов к медикаментозной терапии.

**Клиника**

Пациенты с ТП жалуются на острые симптомы – одышку, быструю утомляемость, боль в груди. В тоже время, эта аритмия может характеризоваться более серьезными симптомами, например, резкой слабостью, ощущением остановки сердца или отеком легкого. Трепетание предсердий бывает у 25-30% пациентов с ФП и может быть связано с более выраженными симптомами, вследствие более частых желудочковых сокращений. В большинстве случаев, ТП характеризуется АВ-проведением 2:1. Частота сокращений предсердий – приблизительно 300/мин. С частотой по желудочкам – 150/мин. (Трепетание с неправильным АВ-проведением – может проявляться чрезвычайно нерегулярным ритмом.) В редких случаях, при нагрузках, может регистрироваться АВ-проведение 1:1 и это может приводить

к угрожающим жизни состояниям. Антиаритмики IC класса могут замедлять предсердную частоту, но способствовать улучшению АВ-проведения. Поэтому, антиаритмики IC класса должны применяться совместно с препаратами замедляющими АВ-проведение. Пациенты с дополнительными АВ-проводящими путями, склонны к проведению 1:1, что является опасным для жизни. Пациенты с сердечной недостаточностью, при которой скоординированное предсердное сокращение является гемодинамически значимым, могут испытывать ухудшение, даже при небольшой частоте желудочковых сокращений. ТП с неконтролируемой частотой желудочковых сокращений может самостоятельно усугублять кардиомиопатию. Нарушения гемодинамики из-за ТП часто являются поздним осложнением оперативного лечения по методике Senning и Fontan врожденного порока сердца. У этих пациентов трепетание является маркером плохого прогноза.

#### **Лечение**

Ia класс антиаритмиков показан, чтобы уменьшить скорость проведения в цепи ри-ентри, а в целом, эти вещества имеют свойства сокращать период возбудимости; IC класс - снижает проведение и замедляет трепетание. И напротив, III класс антиаритмиков, (амиодарон) увеличивает период рефрактерности и может купировать трепетание, потому что фронт импульса наталкивается на ткань, которая рефрактерна. Частая предсердная стимуляция может купировать трепетание при создании функционального блока в ортодромном или антидромном плече круга ри-ентри. Кроме того, эффективность стимуляции может быть увеличена антиаритмической терапией, которая облегчает создание зоны абсолютной рефрактерности. Электрическая кардиоверсия очень эффективна из-за моментальной, гомогенной деполяризации венозного синуса. Практические значения этих эффектов обсуждены в соответствующих разделах терапии.

#### **Неотложная терапия трепетания предсердий**

Неотложная терапия для пациентов с ТП зависит от клинического состояния. Если у больного гемодинамический коллапс, или застойная сердечная недостаточность, то показана синхронизированная

электрическая кардиоверсия (рис. 3). Успешное восстановление синусового ритма возможно разрядом менее, чем 50 Дж, при использовании однофазных разрядов и даже меньшей энергией при использовании двуфазных разрядов. В большинстве случаев, больные с трепетанием 2:1 или с более сильной АВ-блокадой гемодинамически стабильны. Поэтому, врач может использовать препараты замедляющие АВ-проведение для контроля частоты. Адекватный контроль частоты особенно важно достигнуть, если восстановление синусового ритма откладывается, например, для проведения антикоагулянтной терапии. Чреспищеводная или предсердная стимуляция является методом выбора для восстановления синусового ритма, т. к. медикаментозная кардиоверсия малоэффективна при ТП. Независимо от метода восстановления, после 48 часов ТП необходимо применение антикоагулянтов. Если запланирована острая фармакологическая кардиоверсия, то контроль частоты сокращения желудочков необходим. Антиаритмики IC класса могут замедлить частоту предсердных сокращений, и улучшить АВ-проведение, что приведет к парадоксальному увеличению желудочковых сокращений. У 60% пациентов ТП происходит как осложнение основного заболевания, при острых заболеваниях легких, в послеоперационном периоде после хирургических вмешательств на легких и сердце, на фоне инфаркта миокарда. Если ТП является осложнением основного заболевания, то в большинстве случаев, после восстановления ритма, поддерживающая терапия не нужна. В случаях неотложной терапии ТП должны рассматриваться: стимуляция предсердий, электрическая или фармакологическая кардиоверсия и препараты замедляющие АВ-проведение.



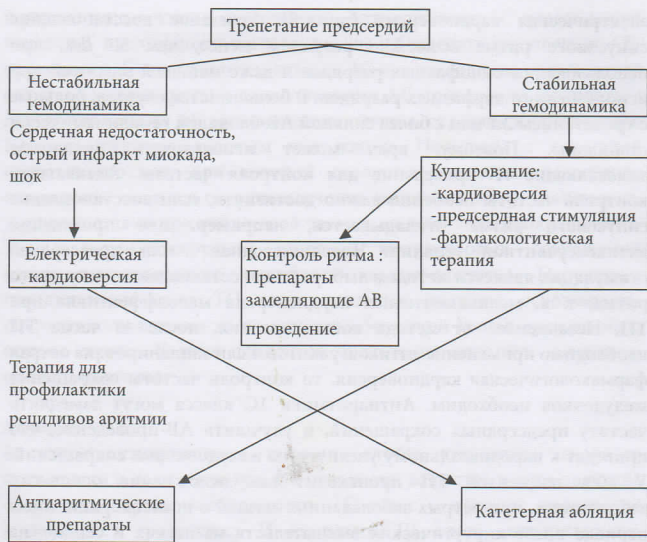


Рисунок 3. Лечение ТП, в зависимости от стабильности гемодинамики

#### Нефармакологическая неотложная терапия.

Эффективность электрической кардиоверсии составляет 95 – 100%. Восстановление ритма может быть достигнуто разрядом от 5 до 50 Дж, особенно когда используется двухфазные волны. Для больных с нестабильной гемодинамикой рекомендуемые разряды выше. ЗИТ рекомендовано для быстрого восстановления синусового ритма. Использование и эффективность предсердной или трансэзофагальной сверхчастой стимуляции для купирования ТП давно доказано и составляет 82% в среднем. Предсердная стимуляция более эффективна при трепетании предсердий после операции на сердце, поскольку эти пациенты зачастую имеют эпикардиальные проводники для стимуляции. Кроме того, доказано, что прокаинамид, ибутиlid, пропafenон повышают эффективность ЭКС. Еще более эффективна стимуляция экстрасимулами. Эта стимуляция используется в

современных искусственных водителях ритма. Стимуляция может заканчиваться ФП, которая предшествует восстановлению синусового ритма.

#### Роль антикоагулянтной терапии для пациентов с ТП.

Роль антикоагулянтной терапии для пациентов с фибрилляцией предсердий доказана многими рандомизированными исследованиями, но такие исследования не проводились для больных с ТП. Основываясь на наблюдениях, изначально думали, что риск эмболии при ТП незначительный. Наблюдательные исследования показали, что риск эмболии при ТП значительный в пределах от 1,7% до 7%. Кроме того, множество исследований доказали, что частота внутрисердечного тромба варьирует от 0 до 34% у пациентов без антикоагулянтной терапии при ТП длительностью более 48 часов. Другие причины для беспокойства – образование тромбов в полости сердца после кардиоверсии, которая сохраняется в течение нескольких недель. В нескольких исследованиях ТП коэффициенты риска эмболии подобны таковым при ФП. В общем, риск эмболии у больных с ТП во время кардиоверсии составляет 2,2%, - он значительно ниже, чем при ФП (5-7%). Рандомизированные исследования для ТП не проводились. И наше мнение, что ведение больных с ТП должно быть подобно ведению больных с фибрилляцией предсердий. Электрическая или фармакологическая кардиоверсии должны проводиться у больных, которым проведена антикоагулянтная терапия и у них достигнуто целевое значение INR (2-3) или аритмия существует менее 48 часов и трансэзофагальная эхокардиография (ТЭЭхоКГ) не обнаруживает внутрисердечных тромбов. При отрицательных результатах ТЭЭхоКГ должна проводиться профилактическая антикоагулянтная терапия. Целесообразность применения ингибиторов фактора Ха (ривароксабан, аписабан\*) с целью профилактики инсульта следует оценить у пациентов, которые отказываются от показанной им терапии ОАК или у которых невозможно провести терапию ОАК (например, невозможность проводить или продолжать мониторинг показателей свертываемости крови).

Таблица 6  
Рекомендации по неотложному лечению трепетания предсердий.

Клиническая ситуация/ стратегия терапии	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Гемодинамически значимое ТП: -восстановление ритма	Неотложная кардиоверсия b-блокаторы	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Верапамил или дилтиазем	ЭФФЕКТИВНО
-контроль частоты желудочковых сокращений	Гликозиды	ЭФФЕКТИВНО
	Амиодарон	МАЛО ЭФФЕКТИВНО МАЛО ЭФФЕКТИВНО
ТП без гемодинамических нарушений -восстановление ритма	Предсердная или чрепшицеводная стимуляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Электрическая кардиоверсия	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
-контроль частоты желудочковых сокращений	Ибутилид*	ЭФФЕКТИВНО
	Флекаинид*	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Пропафенон	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Соталол*	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Прокаиамид*	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Амиодарон	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Дилтиазем или Верапамил	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	b-блокаторы	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
Гликозиды**	МАЛО ЭФФЕКТИВНО	
Амиодарон	МАЛО ЭФФЕКТИВНО	

\* - при регистрации данных препаратов в Украине.

\*\* - у больных с сердечной недостаточностью

Таблица 7  
Рекомендации для длительного лечения трепетания предсердий

Клиническая ситуация/ стратегия терапии	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Первый и хорошо переносимый пароксизм трепетания предсердий	Чрепшицеводная стимуляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Электрическая кардиоверсия	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Ибутилид*	ЭФФЕКТИВНО
	Флекаинид*	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Пропафенон	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Соталол	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Прокаиамид	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
Амиодарон	МАЛО ЭФФЕКТИВНО	
Рецидивирующее и хорошо переносимое трепетание предсердий	Катетерная абляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Дофетилид	ЭФФЕКТИВНО
	Амиодарон, соталол,	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Флекаинид,	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Хинидин,	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
	Пропафенон , Прокаиамид,	МАЛО ЭФФЕКТИВНО
Дизопирамид	МАЛО ЭФФЕКТИВНО	
Плохо переносимое трепетание предсердий	Катетерная абляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
	Катетерная абляция	ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНО
Трепетание предсердий, возникшее при лечении фибрилляции предсердий антиаритмическими препаратами IC класса или амиодароном.	Отменить назначенный препарат и использовать другой	ЭФФЕКТИВНО
	Катетерная абляция	ЭФФЕКТИВНО
Истмус-независимое трепетание предсердий, рефрактерное к антиаритмической терапии	Катетерная абляция	ЭФФЕКТИВНО

\* - при регистрации данных препаратов в Украине.

### Тахикардия с широкими комплексами QRS.

При тахикардии с широкими комплексами QRS (более 120 мс) важно дифференцировать наджелудочковые тахикардии (НЖТ) от желудочковой тахикардии (ЖТ) (рис. 4). При лечении НЖТ назначаемые парантерально препараты, особенно верапамил или дилтиазем, потенциально опасны, поскольку могут способствовать развитию коллапса у больных с ЖТ. Для дифференциальной диагностики НЖТ от ЖТ общепринятые критерии диагностики малоинформативны. Если диагноз НЖТ невозможно подтвердить или установить, то тахикардию следует расценивать и лечить как ЖТ.

Тахикардия с широкими комплексами QRS может быть разделена на 3 группы:

- НЖТ с блокадой ножек пучка Гиса;
- НЖТ с проведением по дополнительному предсердно-желудочковому соединению (ДПЖС);
- Желудочковая тахикардия.

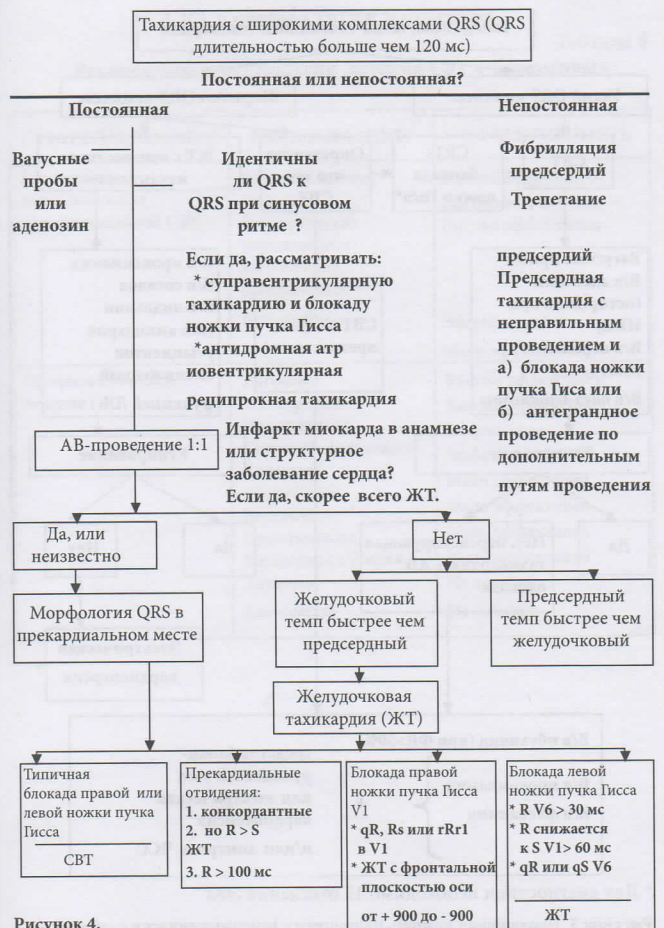
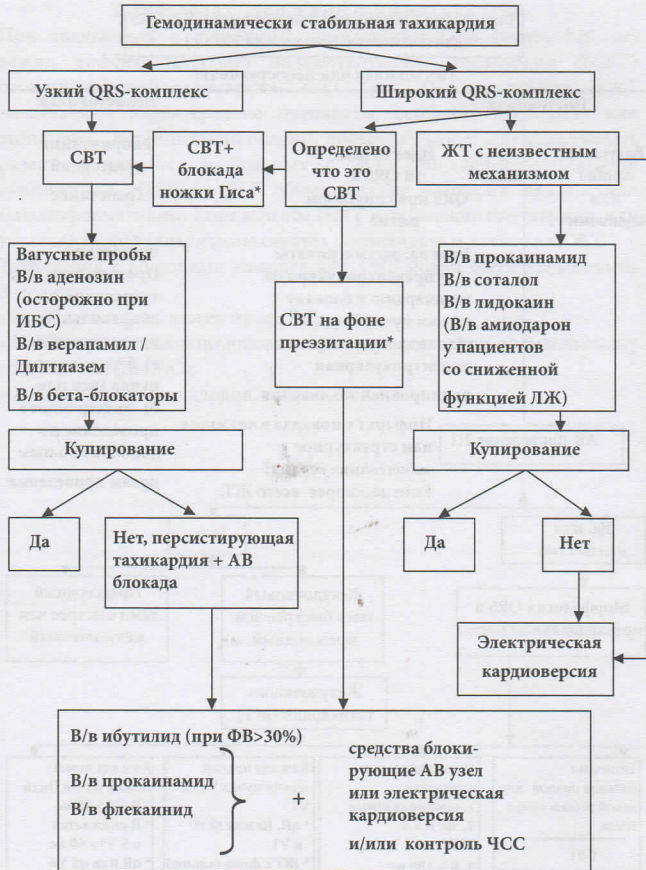


Рисунок 4. Дифференциальный диагноз для тахикардии с широкими комплексами QRS.



\* Для диагностики необходимо 12 отведений ЭКГ

Рисунок 5. Неотложная помощь пациентам с гемодинамически стабильной тахикардией

### СВТ у особых групп пациентов

Таблица 8

Рекомендации по стратегии лечения СВТ у беременных

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Неотложное восстановление пароксизмальной СВТ	Вагусные пробы Аденозин Электрическая кардиоверсия Метопролол, пропранолол Верапамил	Высоко эффективны Высоко эффективна  Эффективны Мало эффективен
Профилактическое лечение	Дигоксин Метопролол Пропранолол Соталол*, флекаинид* Хинидин*, пропафенон, Верапамил Прокаинамид, Катетерная абляция, Атенолол Амиодарон	Высоко эффективен Высоко эффективен Эффективен Эффективен Мало эффективен Мало эффективен Мало эффективен Мало эффективен Не показан Не показан

\* - при регистрации данных препаратов в Украине.

Таблица 9

## Рекомендации по лечению СВТ у взрослых с врожденными пороками сердца

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ	РЕКОМЕНДАЦИИ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Неэффективная терапия антиаритмическими и симптоматическими средствами		
Прооперированный ДМПП	Катетерная абляция в специализированном центре	Высоко эффективно
Прооперированная по методике Mustard или Senning транспозиция магистральных сосудов	Катетерная абляция в специализированном центре	Высоко эффективно
Неоперированный бессимптомный ДМПП гемодинамически незначимый	Закрытие ДМПП для лечения аритмии	Не эффективно
Неоперированный гемодинамически значимый ДМПП с трепетанием предсердий*	Закрытие ДМПП с абляцией зоны перешейка	Высоко эффективно
Пароксизмальная СВТ и аномалия Ебштейна с гемодинамическими нарушениями и показаниями для хирургического лечения	Хирургическая абляция дополнительных путей проведения во время оперативного лечения в специализированном центре	Высоко эффективно

\* Терapiя для восстановления и профилактики такая же как и при трепетании предсердий.

# Пропанорм®



## Чіткий ритм вашого серця

Антиаритмічний препарат з помірним β-блокуючим ефектом  
1 таблетка містить 150 або 300 мг пропafenону



Ефективний препарат для лікування та попередження:

- ✓ фібриляції передсердь (ФП)
- ✓ шлуночкової та надшлуночкової екстрасистоїї
- ✓ суправентрикулярної тахіаритмії, в т.ч. у пацієнтів з додатковими шляхами проведення збудження (WPW-синдрому, синдрому Клерка – Леві – Кристеско)

221088493

Представництво «ПРО МЕДІС Прага а.с.» в Україні  
04210, м. Київ, пр. Героїв Сталінграда 4, корп. 8, офіс 22.  
Тел.: (044) 951 71 95, office@promedics.com.ua / www.promedics.eu

PRO.MED.CS  
Praha a.s.