

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ  
“ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ”**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**"СОГЛАСОВАНО"**

**Директор Республиканского специализированного научно-практического  
медицинского центра кардиологии**

**Х.Г. Фозилов**



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "X.G. Fozilov", written over a horizontal line.

\_\_\_\_\_ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ  
"ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ"**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Кодирование по МКБ-10:	Нозологическое название:	Специалисты, привлекаемые по нозологии для диагностики и лечения в амбулаторных условиях		Специалисты, занимающиеся нозологиями для стационарной диагностики и лечения	
		Главный курирующий специалист	Дополнительные специалисты, которые будут привлечены	Главный курирующий специалист	Дополнительные специалисты, которые будут привлечены
I48	Фибрилляция и трепетание предсердий	Кардиолог	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Семейный врач</li> <li>2. Терапевт</li> <li>3. Эндокринолог</li> </ol>	Кардиолог	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реаниматолог</li> <li>2. Интервенционный аритмолог</li> <li>3. Эндокринолог</li> <li>4. Невропатолог</li> <li>5. Нефролог</li> </ol>

Кодирование по МКБ-11:	Нозологическое название:	Специалисты, привлекаемые по нозологии для диагностики и лечения в амбулаторных условиях		Специалисты, занимающиеся нозологиями для стационарной диагностики и лечения	
		Главный курирующий специалист	Дополнительные специалисты, которые будут привлечены	Главный курирующий специалист	Дополнительные специалисты, которые будут привлечены
BC81.3	Фибрилляция и трепетание предсердий	Кардиолог	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Семейный врач</li> <li>2. Терапевт</li> <li>3. Эндокринолог</li> </ol>	Кардиолог	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реаниматолог</li> <li>2. Интервенционный аритмолог</li> <li>3. Эндокринолог</li> <li>4. Невропатолог</li> <li>5. Нефролог</li> </ol>

**\*при заполнении стандарта необходимо указать нозологию, ее течение у взрослых, беременных, детей и пожилых людей, а также характер периода заболевания по нозологии. Также не рекомендуется заполнять таблицы, не соответствующие нозологии. (Например, если по нозологии не ведется хирургическая практика, таблица (ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ) не заполняется, или если нозология не включает паллиативное лечение - не заполняется таблица (ПАЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)).**

**ПЛАНОВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДИСПЕНСАРНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОТДЕЛЕННОЙ НОЗОЛОГИИ  
ФИБРИЛЛЯЦИЯ/ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ**

Диагностические мероприятия	Название медицинских услуг	По уровню и виду плановой медицинской помощи					Минимальное количество сервисов или проверок	Продолжительность лечения
		Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка*				
		СВП/СП	МПЦП	Районные (городские) больницы	Медицинские учреждения областного уровня	Медицинские учреждения республиканского уровня		
Консультация <b>основного</b> специалиста (врача)	1. Семейный врач	+	+				По крайней мере, в период медицинского осмотра 2 раза; 1 раз при наличии заявления по болезни и при наличии указания	Амбулаторное наблюдение продолжается на протяжении всей жизни; Стационарное лечение: 5-10 дней*
	2. Кардиолог		+	+	+	+		
	3. Терапевт		+	+	+	+		
<b>Примечание:</b>								
Консультация специалиста ( <b>дополнительно</b> )	1. Реаниматолог			+	+	+	- Проводит 1 обследование в случае заявления по заболеванию и полное обследование в случае показания.	
	2. Интервенционный хирург				+	+		
	3. Аритмолог-хирург					+		
	4. Кардиохирург					+		
	5. Эндокринолог	+	+	+	+	+		
	6. Невропатолог	+	+	+	+	+		
	7. Нефролог			+	+	+		
	8. Акушер-гинеколог	+	+	+	+	+		
<b>Примечание: (согласно инструкции)</b>								
<b>Основные лабораторные анализы</b>	1. Общий (клинический) анализ крови.	+	+	+	+	+	– 1 раз в случае заболевания и/или по инструкции. – Назначается 2 раза в 1 год (ОАК,	
	2. Общий (клинический) анализ мочи.	+	+	+	+	+		
	3. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин,	+	+	+	+	+		

	мочевина)						Биохимия, липидный спектр, ОАМ)  Не менее 1 раза в период стационарного лечения заболевания и/или по инструкции.	
	4. Маркеры воспалительного ответа (С-реактивный белок, АСЛО, РФ)		+	+	+	+		
	5. Уровень сахара в крови	+	+	+	+	+		
	6. Высокочувствительные тропонины.			+	+	+		
	7. МВ-КФК			+	+	+		
	8. Липидный спектр		+	+	+	+		
	9. Коагулограмма		+	+	+	+		
	10. ТТГ			+	+	+		
	11. Мозговой натрийуретический пептид.			+	+	+		
	12. Оценка кислотно- щелочного баланса.			+	+	+		
	13. Д-димер			+	+	+		
	14. Общий белок		+	+	+	+		
	15. Электролиты			+	+	+		
	16. Концентрация <b>анти Ха</b> фактора в крови.					+		

**Примечание: если на материально-технической базе СВП/СП имеется возможность обследования КФК с полным липидным спектром, данные обследования должен проводить семейный врач.**

**Количество лабораторных исследований в стационарных условиях определяется исходя из клинического состояния.**

**Дополнительные  
лабораторные  
исследования**

При выявлении сопутствующих заболеваний во время консультации пациента проводятся доступные лабораторные исследования на уровне медицинских учреждений.

**Примечание: лабораторные исследования обязательно проводит лечащий врач, результаты этих анализов направляются узким специалистам следующего уровня. Повторное лабораторное обследование проводится только по назначению специалиста или в процессе стационарного лечения.**

<b>Основные инструментальные исследования</b>	1. ЭКГ	+	+	+	+	+	- 1 раз при обращении по болезни и/или по инструкции  - Планово 2 раза в 1 год (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография)	
	2. Трансторакальный ЭкзоКГ				+	+		
	3. Рентгенография грудной клетки		+	+	+	+		
	4. Коронарография				+	+		
	5. Холтеровское мониторирование ЭКГ (24-				+	+		

	72 часа)						грудной клетки, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ) - не менее 1 раза в период стационарного лечения по поводу заболевания и/или согласно инструкции.
	6. МСКТ-обследование сердца			+	+	+	
	7. Чреспищеводная ЭХОКГ				+	+	
	8. Электрофизиологическое исследование (инвазивное, неинвазивное)				+	+	

**Примечание:**

**Дополнительные инструментальные исследования**

При выявлении сопутствующих заболеваний во время консультации пациента проводятся доступные инструментальные диагностические исследования на уровне медицинских учреждений.

**Примечание:** инструментальные диагностические исследования проводит лечащий врач.

При наличии показаний к лечению в медицинском учреждении другого уровня оно будет направлено вместе с копиями обследования.

Повторное инструментальное диагностическое обследование проводится только по назначению специалиста или в процессе стационарного лечения.

**\*ИНСТРУКЦИИ ПО СТАЦИОНАРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ: ( здесь написаны инструкции по стационарному лечению, которые появляются при амбулаторном лечении )**

Показания к плановому стационарному лечению (без операции):

1. Дневной стационар не распространяется на кардиологических пациентов. Если у пациентов подтверждена фибрилляция предсердий, их следует госпитализировать.
2. Показания для госпитализации в кардиологическое или терапевтическое отделение клинической больницы и/или районного медицинского объединения и/или частной клиники: - пароксизм мерцательной аритмии; - при наличии нестабильных гемодинамических изменений при постоянной и персистирующей мерцательной аритмии
3. Показания для направления в клиники областных филиалов Республиканского специализированного научной -практического медицинского центра кардиологии: - Фибрилляция предсердий устойчивых к ОМТ; - фибрилляция предсердий неясного генеза;
4. Показания для направления в клиники Республиканского специализированного научной -практического медицинского центра кардиологии или кардиологическое отделение клиник вузов: Фибрилляция предсердий устойчивых к ОМТ; - фибрилляция предсердий неясного генеза;

Инструкция по неотложному стационарному лечению (хирургической практике):

1. Хирургические вмешательства в условиях районных медицинских объединений не проводятся.
2. Показания к обращению в региональное отделение скорой медицинской помощи и/или реанимации областного многопрофильного центра и/или областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии: - острая сердечная недостаточность, стенокардия, нарушения мозгового кровообращения, брадикардия, тахикардия, осложненные эпизоды фибрилляции предсердий. при синдроме WPW,; - пароксизмальная фибрилляция предсердий

3. Направления к Республиканского специализированного научной -практического медицинского центра кардиологии или отделения кардиохирургии или хирургической аритмологии клиник высших учебных заведений: - пациенты с ФП <35%; - для радиочастотной абляции; - для реваскуляризации миокарда; - установить окклюдер в ушко левого предсердия;
4. Осложнения заболевания: - острая сердечная недостаточность; - внезапная сердечная смерть; - тромбоэмболические осложнения (ишемический инсульт, иногда геморрагический инсульт)

Диагностические мероприятия	Название медицинских услуг	По уровню и виду плановой медицинской помощи					Минимальное количество сервисов или проверок	Продолжительность лечения
		Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка				
		СВП/СП	МПЦП	Районные (городские) больницы	Медицинские учреждения областного уровня	Медицинские учреждения республиканского уровня		
Другие виды проверок	1. Шкала симптомов EHRA	+	+	+	+	+	При первом/каждом осмотре	
	2. Шкалы CHA2DS2-VASc и HAS-BLED	+	+	+	+	+	При первом осмотре	
	3. Оценка по классификации Леви по пароксизмальному типу	+	+	+	+	+	При каждом осмотре	
	4. Почечный клиренс по Кокрофту	+	+	+	+	+	Каждые 6 месяцев у пациентов, принимающих антикоагулянты.	

Примечание: (в соответствии с рекомендациями) для оценки значимости клинических проявлений ФП рекомендуется использовать симптоматическую шкалу EHRA (Европейской ассоциации сердечного ритма).

Частоту пароксизмов ФП определяют по классификации Леви.

Шкала CHA2DS2-VASc используется для оценки риска ишемического инсульта.

Шкала HAS-BLED используется для оценки вероятности кровотечения при применении пероральных антикоагулянтов.

Почечный клиренс по Кокрофту используют при подборе антикоагулянтной терапии.

#### (МЕДИКАМЕНТОЗОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

Лечебные мероприятия ( <b>основное</b> лечение)	По уровню и виду плановой медицинской помощи		Средняя суточная дозировка	Дозировка на один курс
	Амбулаторное лечение	Стационарная поддержка		

		ОШП/ОП	КТМП	Районные (городские) больницы	Медицинские учреждения областного уровня	Медицинские учреждения республиканского уровня		
Название препарата (не патентовано международное).	Дозировка и способ применения препарата							
<p><b>Амиодарон*</b> (препарат выбора при наличии органических заболеваний сердца )</p> <p>Средство резерва при отсутствии органических/структурных заболеваний сердца и при беременности.</p>	<p><b>200 мг 3 раза в день / молоко ок. 1 неделя</b> затем <b>200 мг 2 махала / молоко</b> каждые 1-2 недели , затем ревакцинация доза - <b>200 мг/кг</b> , в случае инъекций, в гемодинамически нестабильных случаях - <b>5 мг/кг</b> внутривенно. в течение <b>15-20 мин</b>, затем в/и капельно: <b>1 мг/мин — 6 часов</b>, <b>0,5 мг/мин — 18 часов</b> (до <b>1200 мг в день</b>)</p>	+	+	+	+	+	<p>Насыщающая доза <b>8-12 г</b>, после насыщения <b>200 мг 1 раз в день</b>. В зависимости от клинической ситуации инъекции, при гемодинамически нестабильных аритмиях, <b>150 мг в/в струй</b>, стандартная <b>300 мг в/и капельно</b>.</p>	-
<p><b>Или Соталол*</b> (препарат выбора при наличии органических заболеваний сердца)</p> <p>Средство резерва при отсутствии органических/структурных заболеваний сердца и при беременности.</p>	<p><b>80 мг 2 раза /сутки</b>. Максимальная доза — <b>320 мг/сутки</b></p>	+	+	+	+	+	<p>Стандартная доза — <b>160 мг/сут</b>, максимальная доза — <b>320 мг/сут</b></p>	-
<p><b>II класс антиаритмические средства</b> <b>Небивалол</b> ( не рекомендуется при WPW</p>	<p><b>25-100 мг 1-2 капсулы / сутки</b></p>	+	+	+	+	+	<p><b>2,5-10 мг/день</b></p>	<p><b>На всю жизнь</b></p>

синдроме) Или Бисопролол ( не рекомендуется при WPW синдроме)	2,5-10 мг 1 раз / сутки.	+	+	+	+	+	2,5-10 мг/день	На всю жизнь
Или Карведилол	3,125-25 мг 2 раза / сутки.	+	+	+	+	+	3125–25 мг/день	На всю жизнь
Или Метопролола сукцинат	25-100 мг 1-2 раза / сутки	+	+	+	+	+	25-100 мг/день	На всю жизнь
Или Пропанолол	10-40 мг 4 раза в день / молоко	+	+	+	+	+	120 мг/день	-
Или Дигоксин ( не рекомендуется при WPW синдроме)								
Раналозин	500-1000 мг/день	+	+	+	+	+	1000-2000 мг/день	-
Антиаритмические средства I C класса  Пропафенон  Препарат выбора если нет органического/структурного заболевания сердца, запасной инструмент при беременности, с осторожностью (не рекомендуется при наличии органических заболеваний сердца)	150-300 мг по 1 таблетке 3 раза в день							
		+	+	+	+	+	450 мг/день	-
или Аллапинин/ Аксаритмин Препарат выбора если нет органического/структурного заболевания сердца, не рекомендуется во время беременности (не рекомендуется при наличии органических заболеваний	25-50 мг 3 раза в день							
		+	+	+	+	+	75 мг/день	-
	25-100 мг 1 таблетка 3	+	+	+	+	+	150 мг/день	-

сердца)  или Этацизин Препарат выбора если нет органического/структурного заболевания сердца, не рекомендуется во время беременности (не рекомендуется при наличии органических заболеваний сердца)	раза							
IV группа антиаритмические средства Верапамил ** (не рекомендуется при WPW синдроме)  или Дилтиазем ** или (не рекомендуется при WPW синдроме )	240-480 мг/сут . В виде инъекций в/в каждые 15-30 мин по 2,5-5 мг.	+	+	+	+	+	360 мг/сут, инъекции В виде инъекций в/в каждые 15–30 мин по 2,5–5 мг медленно в течение 20 мин.	-
	120-360 мг/день	+	+	+	+	+	180 мг/день	-
Антикоагулянты Ривароксабан  Или Апиксабан  Или Варфарин	15-20 мг один раз в день	+	+	+	+	+	15/20 мг/день	На всю жизнь
	2,5-5 мг 2 раза в день	+	+	+	+	+	5/10 мг/день	На всю жизнь
	2,5 мг по 1 таблетке 1 раз в 2 дня до достижения контроля ПТИ, МНО в пределах 2-3.	+	+	+	+	+	Индивидуальный подбор*	на всю жизнь

Примечание. С целью подбора дозы варфарина рекомендуется проводить анализ ПТИ, МНО не реже 1 раза в месяц в поддерживающей дозе, после того как целевой результат окажется в пределах 2-3. \* Не рекомендуется применять эти препараты одновременно. \*\* - Эти препараты нельзя

применять одновременно с бета-блокаторами.

Лечебные мероприятия ( <b>дополнительное</b> лечение)		По уровню и виду плановой медицинской помощи					Средняя суточная дозировка	Дозировка на один курс
		Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка				
препарата ( международно не запатентовано).	Дозировка и способ применения препарата	СВП/СП	МПЦП	Районные (городские) больницы	Медицинские учреждения областного уровня	Медицинские учреждения республиканского уровня		
Антиагреганты : клопидогрел или Тикагрелор или Прасургрел	75 мг 1 раз в день	+	+	+	+	+	75 мг	1 год*
	90 мг 2 раза в день	+	+	+	+	+	180 мг	1 год
	5-10 мг 1 раз в день	+	+	+	+	+	5-10 мг	1 год
Эзетимиб	10 мг один раз в день	+	+	+	+	+	10 мг	На всю жизнь
Омега 3	1 г 2 капсулы 2 раза в день	+	+	+	+	+	4 г	На всю жизнь
Нитраты длительного действия: - изосорбида динитрат или - Изосорбида моонитрат	- Изосорбида динитрат: аэрозоль распыляют под язык 1-3 раза только при стенокардии; таблетки – по 20 мг 2–3 раза в день (или по 40 мг 2 раза в день или по 60 мг 1–2 раза в день); капсулы 120 мг 1 раз в день. - Изосорбида моонитрат: 20-40 мг 2-3 раза в день.	+	+	+	+	+	60-120 мг	
Триметазидин	80 мг один раз в день, 35 мг два раза в день	+	+	+	+	+	70-80 мг	
Ацетилсалициловая кислота	75-150 мг один раз в день	+	+	+	+	+	75-150 мг	На всю жизнь
Статины - Розувастатин или Аторвастатин	- Розувастатин 5-40 мг 1 раз в день. - Аторвастатин 10-80 мг один раз в день.	+	+	+	+	+	- Розувастатин 5-40 мг - Аторвастатин 10- 80 мг	Он мистер Бод

<p>Блокаторы РААС:  <b>А) Ингибиторы АПФ:</b>  - Эналаприл или  - Рамиприл или  - Периндоприл или  <b>Б) АРА (сартаны):</b>  - Валсартан или  - Лозартан или  - Кандесартан или  - Телмисартан или  - Азилсартан или  - Олмесартан</p>	<p><b>иАПФ:</b>  - Эналаприл 2,5-20 мг в суточной дозе, разделенной на 2 раза в день.  - Рамиприл 2,5-10 мг 1 раз в день.  - Периндоприл эрбумин 2-8 мг один раз в день.  - Периндопил аргинин 2,5-10 мг 1 раз в день.  <b>АРБ:</b>  - Валсартан – 40-320 мг суточной дозы, разделенной на 2 раза в день.  - Лозартан 25-100 мг 1 раз в день.  - Кандесартан 4-32 мг 1 раз в день  - Телмисартан 10-80 мг 1 раз в день.  - Азилсартан 20-80 мг 1 раз в день  - Олмесартан 10-40 мг 1 раз в день</p>	+	+	+	+	+	<p><b>иАПФ:</b>  - Эналаприл 2,5-20 мг  - Рамиприл 2,5-10 мг  - Периндоприл эрбумин 2-8 мг  - Периндопил аргинин 2,5-10 мг  <b>АРБ:</b>  - Валсартан – 40-320 мг  - Лозартан 25-100 мг  - Кандесартан 4-32 мг  - Телмисартан 10-80 мг  - Азилсартан 20-80 мг  - Олмесартан 10-40 мг</p>	На всю жизнь
<p><b>Нитраты короткого действия:</b>  - Нитроглицерин</p>	<p>Нитроглицерин 0,1-1,2 мг применяют под язык или в виде таблеток или спрея только при приступах стенокардии.</p>	+	+	+	+	+	0,1-1,2 мг	-
<p><b>Дегидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов:</b>  - Амлодипин или  - Лерканидипин или  - Нифедипин длительного действия.</p>	<p>- Амлодипин 2,5-10 мг 1 раз в день.  - Лерканидипин 5-20 мг 1 раз в день.  - Нифедипин ретард 30-60 мг 1 раз в день.</p>	+	+	+	+	+	<p>- Амлодипин 2,5-10 мг  - Лерканидипин 5-20 мг  - Нифедипин ретард 30-60 мг</p>	На всю жизнь

Спиронолактон** Эмпаглифлозин или	25-100 мг/день	+	+	+	+	+	50 мг/день	На всю жизнь
	10 мг/день	+	+	+	+	+	10 мг/день	На всю жизнь
Дапаглифлозин Эплеренон**	10 мг/день	+	+	+	+	+	10 мг/день	На всю жизнь
	25-50 мг/день						25-50 мг/день	На всю жизнь

Примечание. При основном заболевании ХБП применяют препараты из указанных выше дополнительных групп. Блокаторы РААС применяют при АГ, СД и ХСН у больных ИБС. Фенофибрат и препараты Омега-3 применяют при сосуществовании гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии. \* Срок применения клопидогреля — 1 год для пациентов, перенесших процедуры ОКС, ЧКВ или АКШ. Если у пациента с ХБП имеется высокий сердечно-сосудистый риск, его можно применять вместе с ацетилсалициловой кислотой пожизненно. \*\* нельзя использовать одновременно.

(ПЛАНОВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ)

Лечебные мероприятия (оперативное лечение)	По уровню и виду плановой медицинской помощи				
	Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка		
	СВП/СП	МПЦП	Районные (городские) больницы	Медицинские учреждения областного уровня	Медицинские учреждения республиканского уровня
Название операции/вмешательства/лечения					
1. Катетерная абляция легочных вен (радиоволновая/криобаллонная)					+
2. Электрическая кардиоверсия				+	+
3. Установка окклюдера на левую головоломку					+
4. Хирургическая абляция					+
5. Установка кардиостимулятора				+	+
6. Практика баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий				+	+
7. Аорто-коронарное шунтирование				+	+

Комментарий: Катетерная абляция рекомендуется при симптоматической пароксизмальной ФП [класс I, A] или симптоматической персистирующей ФП [класс IIa, B], рефрактерной как минимум к одному антиаритмическому средству I или III класса. Хирургическая абляция проводится при замене митрального клапана, аортокоронарном шунтировании и других подобных операциях на открытом сердце, а также когда антиаритмические препараты неэффективны. Хирургическую абляцию проводят в случаях, когда нет других показаний к операции на



					помощи НПМЦ	помощи НПМЦ		
Консультация <b>основного</b> специалиста (врача)	1. Доктор СМП	+						
	2. ВОП	+	+					
	3. Терапевт		+	+	+	+		
	4. Кардиолог		+	+	+	+		
	5. Реаниматолог/анестезиолог			+	+	+		
	6. Интервенционный аритмолог					+	+	
<b>Примечание:</b>								
Консультация специалиста (врача) ( <b>дополнительно</b> )	1. Невропатолог		+	+	+	+		
	2. Эндокринолог		+	+	+	+		
	3. Нефролог				+	+		
	4. Акушер/гинеколог		+	+	+	+		
<b>Примечание: (согласно инструкции)</b>								
<b>Основные</b> лабораторные анализы	1. Общий (клинический) анализ крови.	+	+	+	+	+		
	2. Общий (клинический) анализ мочи.	+	+	+	+	+		
	3. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевина)	+	+	+	+	+		
	4. Маркеры воспалительного ответа (С-реактивный белок, АСЛО, РФ)		+	+	+	+		
	5. Прокальцитонин				+	+		
	6. Уровень сахара в крови	+	+	+	+	+		
	7. Высокочувствительные тропонины.			+	+	+		
	8. МВ-КФК				+	+		
	9. Липидный спектр		+	+	+	+		
	10. Коагулограмма		+	+	+	+		
	11. ТТГ			+	+	+		
	12. Мозговой натрийуретический пептид.			+	+	+		
	13. Оценка кислотно-щелочного баланса.			+	+	+		

14. Д-димер				+	+	+	
15. Общий белок				+	+	+	
16. X -фактор						+	

**Примечание:**

**Дополнительные лабораторные исследования**

При выявлении сопутствующих заболеваний во время консультации пациента проводятся существующие лабораторные исследования на уровне медицинских учреждений.

**Примечание: лабораторные исследования обязательно проводит лечащий врач, результаты этих анализов направляются узким специалистам следующего уровня. Повторное лабораторное обследование проводится только по назначению специалиста или в процессе стационарного лечения.**

<b>Основные инструментальные исследования</b>	1. ЭКГ	+	+	+	+	+	
	2. Трансторакальный ЭХОКГ			+	+	+	
	3. Коронарография				+	+	
	4. Рентгенография грудной клетки		+	+	+	+	
	5. Ежедневное холтеровское мониторирование ЭКГ.				+	+	
	6. МСКТ-обследование сердца				+	+	
	7. Электрофизиологическое исследование.					+	
	8. Чреспищеводная ЭХОКГ				+	+	

**Примечание:**

**Дополнительные инструментальные исследования**

При выявлении сопутствующих заболеваний во время консультации пациента проводятся доступные инструментальные диагностические исследования на уровне медицинских учреждений.

**Примечание: (согласно инструкции)**

**\*ИНСТРУКЦИИ ПО ЭКСТРЕННОМУ СТАЦИОНАРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ: ( здесь написаны инструкции по стационарному лечению, возникающие при амбулаторном лечении )**

1. Дневной стационар не распространяется на кардиологических пациентов. Если у пациентов подтверждена фибрилляция предсердий, их следует госпитализировать.
2. Показания для госпитализации в кардиологическое или терапевтическое отделение клинической больницы и/или районного медицинского объединения и/или частной клиники: - пароксизм мерцательной аритмии; - при наличии нестабильных гемодинамических изменений при постоянной и персистирующей мерцательной аритмии
3. Показания для направления в клиники областных филиалов Республиканского специализированного научной -практического медицинского центра кардиологии: - Фибрилляция предсердий устойчивых к ОМТ; - фибрилляция предсердий неясного генеза;
4. Показания для направления в клиники Республиканского специализированного научной -практического медицинского центра кардиологии или кардиологическое отделение клиник вузов: Фибрилляция предсердий устойчивых к ОМТ; - фибрилляция предсердий неясного генеза;

Диагностические мероприятия	Название медицинских услуг	По уровню и виду скорой и неотложной помощи					Минимальное количество сервисов или проверок	Продолжительность лечения
		Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка*				
		СМП/ дома	СП/ СВП/ МПЦП	Межрайонный центр скорой медицинской помощи	Филиал Региональной скорой медицинской помощи НМПЦ	Республиканский центр скорой и неотложной медицинской помощи НМПЦ		
Другие виды проверок	Шкала симптомов EHRA	+		+	+	+	+	
	Шкалы CHA2DS2-VASc и HAS-BLED	+		+	+	+	+	
	Оценка по классификации Леви по пароксизмальному типу	+		+	+	+	+	
	Почечный клиренс по Кокрофту	+		+	+	+	+	

Примечание: (в соответствии с руководством) для оценки значимости клинических проявлений БФ рекомендуется использовать шкалу симптомов EHRA (Европейской ассоциации сердечного ритма).

Частоту пароксизмов БФ определяют по классификации Леви.

Шкала CHA2DS2-VASc используется для оценки риска ишемического инсульта.

Шкала HAS-BLED используется для оценки вероятности кровотечения при применении пероральных антикоагулянтов.

Почечный клиренс по Кокрофту используют при подборе антикоагулянтной терапии.

#### (МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

Лечебные мероприятия ( <b>основное</b> лечение)		По уровню и виду скорой и неотложной помощи					Средняя суточная дозировка	Дозировка на один курс
		Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка*				
		СМП/ дома	СП/ СВП/ МПЦП	Межрайонный центр скорой медицинской помощи	Филиал Региональной скорой медицинской помощи НМПЦ	Республиканский центр скорой и неотложной медицинской помощи НМПЦ		
препарата (международно не запатентовано).	Дозировка и способ применения препарата							
Электрическая кардиоверсия	100-300 КДж	+		+	+	+		
Амиодарон*	Жидкость для инъекций, 5 мг/кг внутривенно в течение часа,	+	+	+	+	+	Насыщающая доза 8-12 г, после насыщения 200 мг 1 раз в день. В зависимости от	

	затем 50 мг/час.						клинической ситуации инъекции, при гемодинамически нестабильных аритмиях: 150 мг в/и с потоком, стандартная 300 мг в/и капельно.	
<b>Антиаритмические препараты I C класса</b> <b>Пропафенон</b> (не применяется при структурных изменениях сердца)	<b>300мг+300мг</b> (через 3-4 часа при сохранении ФП) под наблюдением врача	+	+	+	+	+	<b>450 мг/день</b>	-
<b>Или Аллапинин</b> (не применяется при структурных изменениях сердца)	таблетка, <b>25–50 мг</b> под наблюдением врача под	+	+	+	+	+	<b>75 мг/день</b>	-
<b>Или Аксаритмин</b> (не применяется при структурных изменениях сердца)	таблетка, <b>25–50 мг</b> под наблюдением врача под							
<b>Или Этацизин</b> (не применяется при структурных изменениях сердца)	таблетка, <b>50–100 мг</b> под наблюдением врача под	+	+	+	+	+	<b>150 мг/день</b>	-
<b>Верапамил</b>	<b>В виде инъекций в/и</b> вводят каждые 15-30 минут по 2,5-5 мг.	+	+	+	+	+	<b>360 мг/сут,</b> инъекции В виде инъекций в/в каждые 15–30 мин по 2,5–5 мг медленно в течение 20 мин.	
<b>Дигоксин</b> (ФП и в гипотонии и ФП и ХСН приложении может.	таблетка, <b>0,125–0,25 мг</b> один раз в						<b>После достижения насыщающей дозы</b> в зависимости от	

При синдроме WPW не применяется )	сутки						массы тела прием продолжают в поддерживающей дозе.	
<b>Или Соталол*</b>	<b>80 мг 2раза /сутки. Максимальная доза — 320 мг/сутки.</b>	+	+	+	+	+	<b>Стандартная доза — 160 мг/сут, максимальная доза — 320 мг/сут</b>	
<b>Бета-блокаторы: Небивалол</b>	<b>25-100 мг 1-2 капсулы /сутки</b>	+	+	+	+	+	<b>2,5-10 мг/день</b>	
<b>Или Бисопролол</b>	<b>2,5-10 мг 1 раз /сутки.</b>	+	+	+	+	+	<b>2,5-10 мг/день</b>	
<b>Или Карведилол</b>	<b>3,125-25 мг 2 раза /сутки.</b>	+	+	+	+	+	<b>3125–25 мг/день</b>	
<b>Или Дилтиазем</b>	<b>120-360 мг/день</b>	+	+	+	+	+	<b>180 мг/день</b>	
<b>Антикоагулянты Ривароксабан</b>	<b>15-20 мг один раз в день</b>	+	+	+	+	+	<b>15/20 мг/день</b>	
<b>Или Апиксабан</b>	<b>2,5-5 мг 2 раза в день</b>	+	+	+	+	+	<b>5/10 мг/день</b>	
<b>Или Варфарин</b>	<b>2,5 мг по 1 таблетке 1 раз в 4 дня под контролем ПТИ, МНО между 2-3 под контролем</b>	+	+	+	+	+	<b>Индивидуальный подбор*</b>	
<b>Прямые антикоагулянты Гепарин</b>	<b>5000 Ед/1 мл индивидуально под контролем АЧТВ</b>	+	+	+	+	+	<b>При скорости 1000 Ед/ч в дозаторе</b>	<b>до 5-8 дней</b>
<b>Или Эноксипарин натрия</b>	<b>0,4 мл/0,6 мл/0,8 мл На основании почечного клиренса п/к 2</b>	+	+	+	+	+	<b>В дозе 0,1/10 кг дозу уменьшают в 2 раза при падении почечного клиренса ниже 30</b>	<b>до 5-8 дней</b>

	раза.						мл/мин.	
Примечание. Эти антиаритмические средства используются для восстановления синусового ритма при недавней ФП (наивысшая эффективность менее чем за 48 часов, снижается через 7 дней). Инъекционные формы ААП и ББ при пароксизме ФП обладают высокой скоростью и эффективностью. * одновременное применение не рекомендуется.								
Лечебные мероприятия ( <b>дополнительное</b> лечение)		По уровню и виду скорой и неотложной медицинской помощи					Средняя суточная дозировка	Дозировка на один курс
		Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка*				
Название препарата ( международно не запатентовано).	Дозировка и способ применения препарата	СМП/ дома	СП/ СВП/ МПЦП	Межрайонный центр скорой медицинской помощи	Филиал Региональной скорой медицинской помощи НПМЦ	Республиканский центр скорой и неотложной медицинской помощи НПМЦ		
Антиагреганты Клопидогрель или	75 мг 1 раз в день	+	+	+	+	+	75 мг	1 год*
Тикагрелор или	90 мг 2 раза в день	+	+	+	+	+	180 мг	1 год
Прасугрел	5-10 мг 1 раз в день	+	+	+	+	+	5-10 мг	1 год
Нитраты длительного действия: - изосорбида динитрат или - Изосорбида моонитрат	- Изосорбида динитрат: аэрозоль распыляют под язык 1-3 раза только при стенокардии; таблетки – по 20 мг 2–3 раза в день (или по 40 мг 2 раза в день или по 60 мг 1–2 раза в день); капсулы 120 мг 1 раз в день. - Изосорбида моонитрат: 20-40 мг 2-3 раза в	+	+	+	+	+	60-120 мг	

	день.							
Ацетилсалициловая кислота	75-150 мг один раз в день	+	+	+	+	+	75-150 мг	на всю жизнь
Статины - Розувастатин или Аторвастатин	- Розувастатин 5-40 мг 1 раз в день. - Аторвастатин 10-80 мг один раз в день.	+	+	+	+	+	- Розувастатин 5-40 мг - Аторвастатин 10-80 мг	на всю жизнь
Блокаторы РААС: А) Ингибиторы АПФ: - Эналаприл или Рамиприл или Периндоприл или Б) АРА (сартаны): - Валсартан или Лозартан или Кандесартан или Телмисартан или Азилсартан или - Олмесартан	иАПФ: - Эналаприл 2,5-20 мг в суточной дозе, разделенной на 2 раза в день. - Рамиприл 2,5-10 мг 1 раз в день. - Периндоприл эрбумин 2-8 мг один раз в день. - Периндопил аргинин 2,5-10 мг 1 раз в день. АРБ: - Валсартан – 40-320 мг суточной дозы, разделенной на 2 раза в день. - Лозартан 25-100 мг 1 раз в день. - Кандесартан 4-32 мг 1 раз в день - Телмисартан	+	+	+	+	+	иАПФ: - Эналаприл 2,5-20 мг - Рамиприл 2,5-10 мг - Периндоприл эрбумин 2-8 мг - Периндопил аргинин 2,5-10 мг АРБ: - Валсартан – 40-320 мг - Лозартан 25-100 мг - Кандесартан 4-32 мг - Телмисартан 10-80 мг - Азилсартан 20-80 мг - Олмесартан 10-40 мг	на всю жизнь

	10-80 мг 1 раз в день. - Азилсартан 20-80 мг 1 раз в день - Олмесартан 10-40 мг 1 раз в день							
Нитраты короткого действия: - Нитроглицерин	Нитроглицерин 0,1-1,2 мг применяют под язык или в виде таблеток или спрея только при приступах стенокардии.	+	+	+	+	+	0,1-1,2 мг	-
Дегидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов: - Амлодипин или - Лерканидипин - Нифедипин длительного действия.	- Амлодипин 2,5-10 мг 1 раз в день. - Лерканидипин 5-20 мг 1 раз в день. - Нифедипин ретард 30-60 мг 1 раз в день.	+	+	+	+	+	- Амлодипин 2,5-10 мг - Лерканидипин 5-20 мг - Нифедипин ретард 30-60 мг	на всю жизнь
Эмпаглифлозин* или	10 мг/день	+	+	+	+	+	10 мг/день	продолжительность жизни
Дапаглифлозин	10 мг/день	+	+	+	+	+	10 мг/день	продолжительность жизни
Эплеренон* или Спиринолактон	25-50 мг/день						25-50 мг/день	продолжительность жизни
	25-100 мг/день	+	+	+	+	+	50 мг/день	продолжительность жизни
<b>Примечание: (согласно инструкции) * одновременное применение не рекомендуется.</b>								

(БЫСТРАЯ И ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ)

Лечебные мероприятия (оперативное лечение)	По уровню и виду скорой и неотложной медицинской помощи				
	Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка*		
Название операции/вмешательства/лечения	СМП/ дома	СП/ СВП/ МПЦП	Межрайонный центр скорой медицинской помощи	Филиал Региональной скорой медицинской помощи НПМЦ	Республиканский центр скорой и неотложной медицинской помощи НПМЦ
Кардиоверсия с внутрисердечным катетером				+	+
Установка временного кардиостимулятора (в условиях реанимации)			+	+	+
Коронарография и чрескожное коронарное вмешательство			+	+	+
<p>Комментарий: Электрическая кардиоверсия рекомендуется пациентам с гемодинамически нестабильной пароксизмальной фибрилляцией/фибрилляцией предсердий.</p> <p>Республиканские центры неотложной и неотложной помощи НПМЦ рекомендованы пациентам с пароксизмальной фибрилляцией/трепетанией предсердий.</p> <p>Когда фибрилляция предсердий сопровождается полной АВ-блокадой (синдром Фридрика), рекомендуется установить временный кардиостимулятор. КАГ и ЧКВ проводятся срочно при фибрилляции/фибрилляции предсердий на фоне острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда.</p>					

**(ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ/ДИЕТА)**

Режим питания	По уровню и виду скорой и неотложной медицинской помощи				
	Амбулаторное лечение		Стационарная поддержка*		
Диетическая таблица и ее продолжительность	СМП/ дома	СП/ СВП/ МПЦП	Межрайонный центр скорой медицинской помощи	Филиал Региональной скорой медицинской помощи НПМЦ	Республиканский центр скорой и неотложной медицинской помощи НПМЦ
Стол №10 пожизненно (исходя из этиологии ФП)	+	+	+	+	+
<p>Примечание: ( <b>Инструкция о выписке из стационара/инструкция о переводе в плановый стационар должна быть написана полностью</b> )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общее состояние удовлетворительное;</li> <li>2. Переход заболевания в стадию клинической компенсации;</li> <li>3. Отсутствие осложнений после операции;</li> </ol>					

## ( ДИСПАНСАРИЙ )

## (ДИСПАНСЕР ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОГО КОНТИНГЕНТА/КОНТРОЛЬНЫЙ ДИСПАНСАР ПАЦИЕНТОВ «Д»)

Диспансерная деятельность	Название медицинских услуг	ОШП/ОП	КТМП	Минимальное количество событий	Период диспансерного контроля
Консультация эксперта (врача)	1. Медсестра	+	+	В зависимости от вида основного заболевания Согласно инструкции	Мистер
	2. Семейный врач	+	+		
	3. Кардиолог		+		
	4. Интервенционный кардиолог*				
	5. Кардиохирург*				
	6. Интервенционный аритмолог*				
	7. Невролог		+		
	8. Эндокринолог		+		
	9. Нефролог*				
	10. Акушер/гинеколог		+		
Лабораторные испытания	1. Общий анализ крови	+	+	В зависимости от вида основного заболевания Согласно инструкции	
	2. Общий анализ мочи	+	+		
	3. Содержание сахара в крови	+	+		
	4. Креатинин в крови	+	+		
	5. Липидный спектр	+	+		
	6. АЛТ, АСТ, общий КК	+	+		
	7. Коагулограмма	+	+		
	8. Тропонин**				
	9. МВ-КФК		+		
	10. ТТГ		+		
	11. МНУП**				
	12. Электролиты крови: калий, натрий, кальций.		+		
	13. Общий белок		+		
	14. Гомоцистеин**				
Примечание. При периодических обследованиях согласно инструкции рекомендуются дополнительные лабораторные исследования. * Эти специалисты будут осмотрены регионом/МИАТМ по рекомендации кардиолога. **Реализуется исходя из материально-технических возможностей учреждения.					
Инструментальные исследования	1. ЭКГ	+	+	Согласно инструкции	
	2. ЭХОКГ		+		
	3. ХМЭКГ		+		

	4. Рентген грудной клетки		+		
	5. УЗИ брахиоцефальных артерий		+		
	6. УЗИ внутренних органов		+		
	7. Стресс-ЭКГ (ВЭМ, тредмил-тест)	+	+		
	8. Стресс-ЭХОКГ*				
	9. КТ коронарных артерий с контрастированием*				
	10. КАГ*				

Примечание. Во время периодических осмотров рекомендуется проводить дополнительные инструментальные проверки. \* для проведения данных исследований пациент регулярно направляется в региональные/НПМЦ/многопрофильные центры по рекомендации кардиолога.

(ПЕРВИЧНАЯ, ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА/СКРИНИНГ)

Профилактические меры	Название медицинских услуг	ОШП/ОП	КТМП	Минимальное количество событий	Реабилитационный период
Консультация эксперта (врача)	1. ВОП	+	+	1 раз в 1 месяц	По признаку основного заболевания
	2. Кардиолог	+	+	1 раз в 3 месяца	
	3. Терапевт	+	+		
	4. Аритмолог				
	5. Интервенционный аритмолог*			Катетерная абляция легочных вен 1 раз в 1-3-6-12 мес в первый год, в последующем 2 раза в 1 год.	
	6. Эндокринолог	+	+	Согласно инструкции	
	7. Невропатолог	+	+	Согласно инструкции	
	8. Акушер-гинеколог	+	+	Согласно инструкции	
Примечание: * Для обследования пациента направляют в специализированные центры, где проводилась процедура.					
Лабораторные испытания	Общий анализ крови	+	+	Рекомендуется по	

				инструкции после осмотра врача.	
	Общий анализ мочи	+	+		
	АЛТ, АСТ, билирубин	+	+		
	Липидный спектр	+	+		
	Уровень сахара в крови	+	+		
	Креатинин	+	+		
	Электролиты		+		
	ТТГ, свободный Т4		+		
<b>Примечание:</b>					
Инструментальные исследования	ЭКГ	+	+	Рекомендуется по инструкции после осмотра врача .	
	ЭХОКС		+		
	Рентген грудной клетки	+	+		
	Холтеровское мониторирование ЭКГ		+		
	ВЕМ или тест на беговой дорожке	+	+	1-3-6 мес в первый год лечения, 1 раз в 1 год, 2 раза в 1 год в последующий год.	
	Проверьте кардиостимулятор в специальной программе*				
<b>Примечание: * Для обследования пациента направляют в специализированные центры, где проводилась процедура.</b>					
Методы профилактики	1. Первичная профилактика	+	+	Проводится исходя из указаний основного заболевания.	
	2. Вторичная профилактика	+	+		