Наджелудочковые тахикардии

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I47.1, I47.9 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции

Наджелудочковые тахикардии — это тахикардии с ЧСС >100/мин, в механизме которых участвуют синусовый узел, предсердия, мышечные муфты легочных/полых вен, АВ-соединение и/или дополнительные АВ-пути. Рекомендация описывает диагностику по ЭКГ/мониторированию, неотложное купирование, показания к катетерной абляции, особенности при WPW, беременности и врожденных пороках сердца.

Главное

- НЖТ: ≥3 последовательных сердечных сокращения с ЧСС >100/мин; узкий QRS — ≤120 мс, широкий — >120 мс. Большая часть НЖТ регулярная, но не все.
- Диагностическая основа — регистрация ЭКГ/электрокардиосигнала; метод выбирают по частоте и длительности приступов и по наличию гемодинамических нарушений.
- При НЖТ неясного генеза с узкими QRS ≤120 мс и нестабильной гемодинамикой рекомендуется синхронизированная ЭИТ.
- У стабильных пациентов с тахикардией с узкими QRS первая тактика — вагусные приемы, затем трифосаденин 10–20 мг внутривенно болюсом; при неэффективности — верапамил или бета-адреноблокаторы, затем ЭИТ. УУР/УДД: вагусные приемы ЕОК I B, УДД 2 УУР A; трифосаденин ЕОК I B, УДД 1 УУР B.
- При ФП с предвозбуждением/нерегулярной тахикардии с широкими QRS нельзя применять препараты, влияющие на АВ-узел: трифосаденин, верапамил, бета-адреноблокаторы, дигоксин; внутривенный амиодарон также не рекомендован. Предпочтительны ЭИТ при нестабильности и прокаинамид при стабильности.
- Катетерная абляция рекомендуется пациентам с симптомной рецидивирующей АВУРТ.
- При ТП с сопутствующей ФП антикоагулянтная терапия проводится как при ФП по CHA2DS2-VASc; в тексте указаны пороги: мужчины ≥2 баллов, женщины ≥3 баллов — антикоагулянты показаны, мужчины 1 балл и женщины 2 балла — терапию следует обсудить индивидуально.

Диагностика

1. Соберите анамнез приступа: частота и длительность эпизодов, ЧСС и возможные триггеры аритмии.
2. При осмотре оцените рост, массу, окружность талии, ИМТ, температуру, отеки, АД, частоту/регулярность/наполнение пульса, шейные вены, щитовидную железу; всем пациентам нужна аускультация сердца.
3. Выполните общий анализ крови всем пациентам с НЖТ при первичном обследовании и динамическом наблюдении. РКО IIa C, УУР C, УДД 4.
4. Проверьте креатинин, натрий, калий, глюкозу, общий белок, С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, билирубин, мочевую кислоту, ТТГ — при первичном обследовании и наблюдении. РКО IIa C, УУР C, УДД 4.
5. Зарегистрируйте ЭКГ всем пациентам с подозрением на НЖТ. Для подтверждения НЖТ также могут использоваться суточное или многосуточное холтеровское мониторирование, носимый или имплантируемый регистратор событий. ЭКГ: РКО I C, УДД 5 УУР C; регистрация электрокардиосигнала: РКО I B, УДД 2 УУР B.
6. Выполните трансторакальную эхокардиографию для оценки размеров и функции предсердий и желудочков, а также насосной функции сердца. УУР C, УДД 4.
7. Если механизм НЖТ неясен и ЭКГ недостаточно, используйте лекарственный тест с трифосаденином 10–20 мг внутривенно болюсом. Купирование тахикардии с зубцом P′ после комплекса QRS предполагает наличие АВРТ или АВУРТ; трансформация в тахикардию с АВ-блокадой указывает на ПТ или ТП в зависимости от интервалов P-P или F-F, исключает АВРТ и делает АВУРТ маловероятной. УУР B, УДД 1.

Лечение

- Во время восстановления синусового ритма у гемодинамически стабильного пациента ведите ЭКГ-контроль эффективности и безопасности лечения. УУР С, УДД 4.
- Узкие QRS ≤120 мс, нестабильная гемодинамика — синхронизированная ЭИТ. Стабильная гемодинамика — вагусные приемы; если не помогли, трифосаденин 10–20 мг внутривенно болюсом; далее верапамил или эсмолол/метопролол; при неэффективности лекарств — синхронизированная ЭИТ.
- Широкие QRS >120 мс неясного генеза: при нестабильности — синхронизированная ЭИТ; при стабильности — вагусные приемы, затем при отсутствии предвозбуждения на ЭКГ покоя трифосаденин 10–20 мг внутривенно болюсом, далее прокаинамид; амиодарон можно рассмотреть при неэффективности предыдущих мер. Верапамил при широкой тахикардии неизвестной этиологии не применяйте.
- Нерегулярная тахикардия с широкими QRS при дополнительных путях: нестабильность — синхронизированная ЭИТ; для восстановления ритма — прокаинамид, можно рассмотреть пропафенон; если медикаменты неэффективны — ЭИТ. Амиодарон внутривенно не рекомендован.
- Нефизиологическая синусовая тахикардия: ищите и лечите обратимые причины; при симптомах — ивабрадин 2,5–7,5 мг 2 раза в сутки как монотерапия или с бета-адреноблокатором, либо бета-адреноблокаторы. При синдроме постуральной ортостатической тахикардии — постепенно возрастающие физические нагрузки; можно рассмотреть 2–3 л воды/сут и 10–12 г натрия хлорида/сут, малые дозы неселективных бета-адреноблокаторов или ивабрадин 2,5–7,5 мг 2 раза в сутки.
- Фокусная ПТ: нестабильность — ЭИТ; стабильность — трифосаденин 10–20 мг болюсом, затем эсмолол/метопролол при отсутствии декомпенсированной ХСН или верапамил при отсутствии гипотензии/ХСН со сниженной ФВ ЛЖ; далее можно рассмотреть пропафенон или амиодарон. При рецидивах или КАА — катетерная аблация очага в опытном центре.
- ТП/макро-ри-ентри ПТ: при нестабильности — ЭИТ; для восстановления ритма возможны 4-Нитро-N-[(1RS)-1-(4-фторфенил)-2-(1-этилпиперидин-4-ил)этил] бензамида гидрохлорид под мониторингом ЭКГ и АД, прокаинамид, низкоэнергетическая биполярная ЭИТ <100 Дж, сверхчастая стимуляция. Для контроля ЧСС — внутривенные бета-адреноблокаторы или верапамил; пропафенон не рекомендуется для восстановления ритма при ТП.
- АВУРТ: при нестабильности — ЭИТ; при стабильности — вагусные приемы лежа с приподнятыми ногами, затем трифосаденин 10–20 мг болюсом, затем верапамил или эсмолол/метопролол. При симптомных рецидивах АВУРТ — катетерная аблация.

Когда направить и как наблюдать

- После безуспешной догоспитальной неотложной помощи клинически значимый пароксизм НЖТ требует экстренного направления в медицинское учреждение для купирования тахиаритмии и контроля гемодинамики.
- Обязательная госпитализация нужна при НЖТ с выраженной артериальной гипотонией, острой левожелудочковой недостаточностью, ангинозным синдромом, ухудшением мозгового кровообращения или подозрением на инфаркт миокарда.
- Экстренная госпитализация не требуется при хронической тахиаритмии без признаков гемодинамической нестабильности: отека легких, острой левожелудочковой или коронарной недостаточности, персистирующей гипотонии и др.
- Плановая госпитализация возможна, если диагностику/лечение нельзя провести амбулаторно, нужен постоянный врачебный контроль или лечебные процедуры не менее 3 раз в сутки, амбулаторное лечение частых рецидивов неэффективно либо пациент территориально удален от стационара.
- При показаниях к катетерной аблации или имплантации антиаритмического устройства пациента направляют/переводят в организацию, где выполняют соответствующее интервенционное или кардиохирургическое лечение.

Частые вопросы

Какая доза трифосаденина используется для диагностического теста при НЖТ?

В тексте указана доза 10–20 мг внутривенно болюсом. Тест применяют, когда электрофизиологический механизм НЖТ неочевиден, а ЭКГ недостаточно для дифференциальной диагностики.

Что делать при НЖТ с узкими QRS у гемодинамически стабильного пациента?

Начинают с вагусных приемов, лучше лежа с приподнятыми ногами. Если эффекта нет — трифосаденин 10–20 мг внутривенно болюсом, затем верапамил или эсмолол/метопролол; при неэффективности медикаментов — синхронизированная ЭИТ.

Какие препараты опасны при ФП с предвозбуждением желудочков?

Нельзя использовать препараты, влияющие на АВ-узел: трифосаденин, верапамил, бета-адреноблокаторы, дигоксин; они могут повысить риск фибрилляции желудочков. Внутривенный амиодарон при нерегулярной тахикардии с широкими QRS и дополнительными путями также не рекомендован.

Когда при бессимптомном WPW нужна катетерная аблация?

Аблация показана при признаках высокого риска по ЭФИ: самый короткий предвозбужденный RR ≤250 мс, эффективный рефрактерный период дополнительного пути ≤250 мс, множественные дополнительные пути или индуцируемая ДАВС-ассоциированная тахикардия. Также аблация рекомендована при дисфункции ЛЖ, предположительно вызванной электрической диссинхронией.

Нужны ли антикоагулянты при трепетании предсердий?

При ТП с сопутствующей ФП антикоагулянты назначают как при ФП по CHA2DS2-VASc. В комментарии указаны пороги: мужчины ≥2 баллов и женщины ≥3 баллов — терапия показана; мужчины 1 балл и женщины 2 балла — вопрос решают индивидуально с учетом риска кровотечений.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/619-nadzheludochkovye-tahikardii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/619_3