Суправентрикулярные (наджелудочковые) тахикардии

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I45.6, I47.1, I47.9, I48 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Всероссийская общественная организация "Ассоциация детских кардиологов России", Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции

Суправентрикулярные тахикардии — нарушения ритма у детей, при которых источник тахикардии находится выше желудочков или участвует дополнительный проводящий путь. Рекомендация охватывает подтверждение аритмии, купирование приступа, профилактику рецидивов, радиочастотную абляцию и диспансерное наблюдение.

Главное

- СВТ обычно проявляется регулярным ритмом с узкими QRS; широкие комплексы возможны при антидромной АВ-реципрокной тахикардии, антероградном проведении по дополнительному пути или аберрантном проведении.
- В 95% случаев СВТ выявляется у детей со структурно нормальным сердцем. Факторами риска и триггерами могут быть лихорадка, метаболические и электролитные нарушения, отравления, нарушение нейровегетативной регуляции, психоэмоциональная лабильность и высокий уровень невротизации.
- Наиболее опасны приступы с гипотензией, обмороком, сердечной недостаточностью, кардиогенным шоком, а также хроническая СВТ с тахииндуцированной кардиомиопатией и фибрилляция/трепетание предсердий при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта.
- Ключевой метод подтверждения и дифференциальной диагностики — регистрация ЭКГ во время тахикардии; ЭКГ вне приступа помогает выявить предвозбуждение и сопутствующие нарушения ритма и проводимости.
- Длительная антиаритмическая терапия нужна при частых клинически или гемодинамически значимых приступах, хронической СВТ с риском тахииндуцированной кардиомиопатии либо невозможности интервенционного лечения.
- РЧА — метод выбора у большинства пациентов с СВТ; у детей с массой тела менее 15 кг обычно предпочитают медикаментозную терапию, а РЧА выполняют по жизненным показаниям в подготовленных клиниках.
- Диспансерное наблюдение проводят не реже одного раза в 6 месяцев с ЭКГ, ЭХОКГ и холтеровским мониторированием; при длительной антиаритмической терапии ЭКГ выполняют не реже одного раза в 3 месяца.

Диагностика

1. Уточнить начало и длительность приступов, их внезапность, возможные триггеры, симптомы сердечной недостаточности, предобмороки и обмороки, ранее перенесённые заболевания и операции по поводу ВПС; собрать семейный анамнез аритмий, потерь сознания и внезапной смерти.
2. Оценить рост и массу тела, цвет кожи и наличие цианоза или отёков, температуру, пульс, артериальное давление, частоту дыхания, состояние шейных вен, размеры печени и щитовидной железы; выполнить пальпацию, перкуссию и аускультацию.
3. Подтвердить тахикардию регистрацией ЭКГ или другой методикой регистрации электрокардиосигнала; при возможности получить ЭКГ в 12 отведениях во время приступа и вне него. Рекомендация: УДД 4, УУР С.
4. Выполнить общий и биохимический анализы крови, включая калий, натрий, общий кальций и магний; целевой уровень калия — 4,5–5 ммоль/л. Определить ТТГ, свободный тироксин и антитела к тиреопероксидазе. Для общего и биохимического анализов крови, а также тиреоидных показателей: УДД 5, УУР С.
5. Провести трансторакальную ЭХОКГ для оценки строения сердца, размеров и объёмов камер, сократительной функции, органической патологии и гемодинамического влияния аритмии. Рекомендация: УДД 4, УУР С.
6. При частых пароксизмах или хронической тахикардии использовать холтеровское мониторирование; для плановой индукции и электрофизиологической верификации приступа — ЧПЭФИ. ЭРП дополнительного проводящего пути 250 мс и менее учитывают при определении показаний к РЧА. Для подтверждения СВТ с

помощью ЭКГ, холтеровского мониторирования или другой методики регистрации электрокардиосигнала: УДД 4, УУР С.

Лечение

- При нестабильной гемодинамике — сердечной недостаточности, низком артериальном давлении или синкопе — выполняют синхронизированную наружную электрическую кардиоверсию под контролем ЭКГ и жизненных функций. Энергия разряда у детей: 0,5–1–2 Дж/кг. Рекомендация: УДД 5, УУР С.
- При стабильной гемодинамике начинают с вагусных приёмов: у детей раннего возраста используют рефлекс погружения, назогастральный зонд или переворот вниз головой; у школьников — пробу Вальсальвы или нажатие на корень языка. Рекомендация: УДД 5, УУР С.
- Если вагусные приёмы не помогли, применяют чреспищеводную электрокардиостимуляцию либо внутривенный трифосаденин. Дозы трифосаденина: 0,1–0,2–0,3 мг/кг последовательно с интервалом 1–2 минуты, максимум 12 мг; у детей первого года жизни первая доза — 0,15 мг/кг. Вводят болюсно через крупную вену за 1–2 секунды с немедленным введением 0,9% раствора натрия хлорида. Рекомендация: УДД 5, УУР С.
- Верапамил допустим при устойчивой СВТ у детей старше 1 года без признаков предвозбуждения и только при стабильной гемодинамике: 0,1 мг/кг внутривенно за 2 минуты. Его не применяют у детей первого года жизни, при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта, сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса или неизвестной тахикардии с широкими QRS. Рекомендация: УДД 5, УУР С.
- При неэффективности трифосаденина и/или верапамила используют внутривенный амиодарон: нагрузочная доза 5–10 мг/кг за 40–60 минут, затем 5–15 мкг/кг/мин на 5% растворе декстрозы; инфузию можно продолжать до 5 дней. Нужен мониторинг ЭКГ и артериального давления. Рекомендация: УДД 5, УУР С.
- Для длительной терапии симптомной СВТ применяют пропранолол 1–3 мг/кг/сут в 3–4 приёма, атенолол 0,3–1,3 мг/кг/сут в один приём, пропафенон 5–15 мг/кг/сут в 3 приёма или соталол 2–8 мг/кг/сут в 2 приёма. Начальная доза соталола — 2 мг/кг/сут с осторожным титрованием под контролем ЭКГ и АД; обычно его максимальная доза не превышает 4–6 мг/кг/сут.
- Амиодарон обычно назначают после неэффективности бета-адреноблокаторов и пропафенона, он является препаратом выбора у детей со сниженной фракцией выброса левого желудочка: насыщение 10 мг/кг/сут внутрь в 2 приёма в течение 10 дней, затем 5 мг/кг/сут в один приём. Препарат не используют при исходно увеличенном или пограничном QTc; на лечении QTc не должен превышать 500 мс.
- РЧА показана при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта с остановкой кровообращения, синкопе и предикторами высокого риска, при постоянной или рецидивирующей СВТ с неэффективностью или побочными эффектами антиаритмической терапии, дисфункцией миокарда или гемодинамическими нарушениями у пациентов с массой тела не менее 15 кг, а также при рецидивирующей СВТ, для купирования которой использовалась синхронизированная кардиоверсия. Рекомендация: УДД 5, УУР С.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать при клинически значимом пароксизме СВТ, не купированном на догоспитальном этапе, при впервые зарегистрированной СВТ у ранее не обследованного ребёнка или при побочных и аритмогенных эффектах антиаритмических препаратов.
- Плановая госпитализация нужна для специализированной или высокотехнологичной помощи, процедур, невозможности диагностики и лечения амбулаторно, территориальной удалённости от стационара или неэффективности амбулаторного лечения.
- У детей с массой тела ≤15 кг и медикаментозно-рефрактерными жизнеопасными СВТ РЧА выполняют специалисты, имеющие опыт лечения пациентов данного возраста; более безопасно выполнять РЧА в аритмологических центрах с возможностью кардиохирургической поддержки.
- При любых, включая отсроченные, осложнениях после РЧА необходима скорейшая госпитализация в специализированный кардиологический или кардиохирургический стационар.

Частые вопросы

Что делать при стабильном приступе СВТ у ребёнка?

Начать с возрастных вагусных приёмов. При их неэффективности в условиях мониторинга используют чреспищеводную электрокардиостимуляцию или внутривенный трифосаденин.

Какая доза трифосаденина применяется для купирования СВТ?

Вводят последовательно 0,1–0,2–0,3 мг/кг с интервалом 1–2 минуты, но не более 12 мг. У детей первого года жизни первая доза составляет 0,15 мг/кг; препарат вводят быстрым внутривенным болюсом с последующим введением 0,9% раствора натрия хлорида.

Когда нельзя применять верапамил при СВТ?

Верапамил не применяют у детей первого года жизни, при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта, нестабильной гемодинамике, сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса, а также при тахикардии с широкими QRS неясного происхождения.

Когда ребёнку с СВТ показана РЧА?

Показания включают синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта с эпизодом внезапной остановки кровообращения или с синкопе и предикторами внезапной остановки кровообращения; постоянную или рецидивирующую СВТ при неэффективности или побочных эффектах антиаритмической терапии; дисфункцию миокарда или гемодинамические нарушения при массе тела ≥15 кг; рецидивирующую СВТ, при купировании которой использовалась синхронизированная кардиоверсия; феномен Вольфа–Паркинсона–Уайта с предикторами внезапной остановки кровообращения у пациентов с массой тела ≥15 кг.

Как наблюдать ребёнка после РЧА?

Через 3 месяца проводят ЭКГ в 12 отведениях, ЭХОКГ и холтеровское мониторирование. После РЧА предсердной тахикардии эти исследования выполняют через 3, 6 и 12 месяцев; при отсутствии рецидива пациента снимают с диспансерного учёта.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/973-supraventrikulyarnye-nadzheludochkovye-tahikardii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/973_1