

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
06 серпня 2025 року № 1235

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПАРОКСИЗМАЛЬНА ШЛУНОЧКОВА ТАХІКАРДІЯ У ДІТЕЙ

2025

Загальна частина

Діагноз: Пароксизмальна шлуночкова тахікардія у дітей

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

I47 Пароксизмальна тахікардія

I47.2 Шлуночкова тахікардія

Розробники:

Бекетова Галина Володимирівна	професор кафедри педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації Національного університету охорони здоров'я імені П.Л.Шупика, член-кореспондент НАМН України, експерт МОЗ України, заступник голови робочої групи;
Куркевич Андрій Казимирович	заступник генерального директора державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», кардіолог дитячий, лікар з ультразвукової діагностики;
Руденко Надія Миколаївна	заступник генерального директора з наукової роботи кардіологічного профілю Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри дитячої кардіології та кардіохірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика;
Гончарь Маргарита Олександрівна	завідувач кафедри педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету, професор;
Бойченко Альона Дмитрівна	доцент кафедри педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету;
Саніна Ірина Олександрівна	доцент кафедри педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету;
Бучнева Ольга Володимирівна	завідувач відділення кардіохірургії та патології кровообігу Державної установи «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т.Зайцева Національної академії медичних наук України», професор кафедри хірургії №1 Харківського національного медичного університету;
Доронін Олександр Володимирович	доцент кафедри дитячої кардіології та кардіохірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, лікар-хірург серцево-судинний

відділення електрофізіології та рентгенхірургічних методів лікування порушень ритму серця Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України;

Онікієнко
Олександр
Леонідович

доцент кафедри педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету;

Мешкова
Марина Сергіївна

завідувач відділення електрофізіології та рентгенхірургічних методів лікування порушень ритму серця Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко
Оксана Іванівна

заступник директора департаменту - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;

Шилкіна
Олена
Олександрівна

начальник відділу стандартизації медичної та фармацевтичної допомоги управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти:

Жарінов Олег
Йосифович

завідувач кафедри функціональної діагностики Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, д.мед.н., професор;

Кравчук Борис
Богданович

завідувач відділення лікування аритмій з рентгеноопераційною Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М.Амосова.

Дата оновлення стандарту - 2030 рік

Список скорочень

АКПШ	аритмогенна кардіоміопатія правого шлуночка
АРПК	аритмогенна правошлуночкова кардіоміопатія
ГКМП	гіпертрофічна кардіоміопатія
ГКС	гострий коронарний синдром
ДКМП	дилатаційна кардіоміопатія
ЕКГ	електрокардіографія
ЕхоКГ	ехокардіографія
ЕФД	електрофізіологічне дослідження
ЕІТ	електроімпульсна терапія
ЖЗА	життєзагрозливі аритмії
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
МРТ	магнітно-резонансна томографія
МШТ	мономорфна шлуночкова тахікардія
КПШТ	катехоламінергічна поліморфна шлуночкова тахікардія
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
кТФ	коригована тетрада Фалло
ЛЗ	лікарські засоби
ПШТ	поліморфна шлуночкова тахікардія
ШТ	шлуночкова тахікардія
ПШК	передчасний шлуночковий комплекс
РСС	раптова серцева смерть
СБр	синдром Бругада
СМШТ	стійка мономорфна шлуночкова тахікардія
СМД	стандарт медичної допомоги
ЧСС	частота серцевих скорочень
ХІХС	хронічна ішемічна хвороба серця
ША	шлуночкова аритмія
ШТ	шлуночкова тахікардія
ФШ	фібриляція шлуночків
LQT	синдром подовженого інтервалу QT
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 № 29),

	зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975
Форма № 112/о	форма первинної облікової документації № 112/о «Історія розвитку дитини №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 976/25753

Стандарт медичної допомоги (далі - СМД) «Пароксизмальна шлуночкова тахікардія у дітей» розроблено відповідно до Методики, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28 вересня 2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313. СМД розроблено на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Життєзагрозливі тахіаритмії у дітей», що ґрунтується на принципах доказової медицини, з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій. Ознайомитися з Клінічною настановою, заснованою на доказах «Життєзагрозливі тахіаритмії у дітей» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

На момент розробки даного СМД у інструкціях для медичного застосування деяких антиаритмічних лікарських засобів, що затверджені Міністерством охорони здоров'я України, відсутні показання або існують обмеження щодо їх застосування у дітей. Відповідно до статті 44¹ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», незареєстровані лікарські засоби або зареєстровані лікарські засоби за показаннями, не зазначеними в інструкції для медичного застосування чи короткій характеристиці лікарського засобу, можуть використовуватися в інтересах вилікування особи лише за умови отримання письмової згоди пацієнта або його законного представника.

Стосовно особи віком до 14 років (малолітньої особи) зазначені лікарські засоби можуть використовуватися за наявності письмової згоди її батьків (одного з батьків) або інших законних представників (законного представника), а стосовно особи віком від 14 до 18 років - за її письмовою згодою та письмовою згодою її батьків (одного з батьків) або інших законних представників (законного представника). При отриманні згоди на застосування таких лікарських засобів особі та/або її законному представнику має надаватися повна інформація про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати від застосування цих лікарських засобів, наявність чи відсутність альтернативних варіантів лікування.

Розділ I. Організація надання медичної допомоги дітям з пароксизмальною шлуночковою тахікардією

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога дітям з пароксизмальною шлуночковою тахікардією надається у закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі педіатри, лікарі інших спеціальностей повинні бути обізнані щодо початкових симптомів та клінічних проявів шлуночкової тахікардії (далі - ШТ) у дитячому віці з метою її раннього виявлення та своєчасного направлення дитини з підозрою на пароксизмальну шлуночкову тахікардію до ЗОЗ для проведення діагностики та лікування.

2. Обґрунтування

Своєчасна діагностика тахіаритмій вкрай важлива, оскільки дилатація та порушення функції лівого шлуночка у дітей, зазвичай, повертаються до норми, після початку ефективного лікування, яке має на меті досягнення синусового ритму або (за неможливості його досягнення) контролю частоти серцевих скорочень (далі - ЧСС).

Крім того пароксизмальні шлуночкові тахікардії можуть бути першим клінічним проявом раніше невідомого серцевого захворювання. Випадково виявлена аритмія при рутинному кардіологічному обстеженні (наприклад, при позасерцевих захворюваннях, перед початком занять спортом) та/або при огляді перед проведенням/введенням анестезії/седативних засобів, потребує подальшого ретельного обстеження дитини. Непритомність з підозрою на серцеве походження є симптомом високого ризику і вимагає госпіталізації. Проте, остаточне рішення щодо конкретного пацієнта повинне прийматися відповідальними медичними працівниками на підставі того, що вони вважають найбільш доречним у цих обставинах.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) пацієнти дитячого віку з підозрою на пароксизмальну шлуночкову тахікардію з метою встановлення діагнозу та призначення лікування направляються до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям;

2) наявність локально узгоджених письмових документів, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування дітей з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями;

3) наявність задокументованого індивідуального плану медичної допомоги, що містить дані щодо діагнозу дитини, плану обстеження та лікування, який повинен бути узгоджений з батьками або іншими законними представниками пацієнта, якщо вік дитини до 14 років; та дитиною і батьками або іншими законними представниками пацієнта, якщо вік дитини від 14 до 18 років;

4) дитина та/або батьки або інші законні представники дитини забезпечуються у доступній формі інформацією щодо перебігу захворювання, плану обстеження, лікування та подальшого спостереження, контактами для отримання додаткової інформації та консультацій та навчаються навичкам, необхідним для поліпшення результатів лікування.

Розділ II. Діагностика пароксизмальних шлуночкових тахікардій у дітей

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз «пароксизмальна тахікардія» встановлюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з патологією серця, але може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності на підставі зібраного анамнезу (наявність та вираженість порушення серцевого ритму, посилення симптомів при фізичному навантаженні, наявність серцево-судинних захворювань, нещодавнє вживання проаритмогенних ліків або рекреаційних наркотиків), виявлення у дитини клінічних ознак, а саме синкопе, запаморочення, серцебиття та болю у грудях.

Для визначення типу аритмії мають бути призначені інструментальні методи дослідження, перелік яких наведено у додатку 1 до цього Стандарту.

2. Обґрунтування

Серцева аритмія є порушенням утворення або проведення серцевого імпульсу або того й іншого, що призводить до неправильного ритму, який може бути аномально швидким або повільним для відповідного віку дитини та може виникати у будь-який час. Частота порушень ритму серця у дітей невідома. Клінічна картина залежить від віку та типу аритмії.

Термін «пароксизмальна тахікардія» включає декілька варіантів порушень серцевого ритму, що мають різне походження, механізм дії та різну діагностичну цінність.

Візуалізація має вирішальне значення для оцінки серцевої функції та виявлення кардіоміопатій. Відсутність структурних змін у серці під час візуалізації підтверджує первинне електричне захворювання у дитини зі шлуночковою аритмією (далі - ША). Електрокардіографія (далі - ЕКГ), ехокардіографія (далі - ЕхоКГ) є першочерговими інструментами діагностики та стратифікації ризику захворювань клапанів серця, хвороби коронарних артерій, дилатаційної кардіоміопатії (далі - ДКМП), гіпертрофічної кардіоміопатії (далі - ГКМП), аритмогенної кардіоміопатії правого шлуночка (далі - АКПШ) та некомпактного міокарду лівого шлуночка.

Огляд дітей з ідіопатичною ША передбачає, перш за все, виявлення причин її виникнення. Детальний огляд дитини разом з ретельним аналізом базової ЕКГ та даних доплерЕхоКГ повинні застосовуватися для виявлення/виключення специфічних розладів (синдром подовженого або вкороченого інтервалу QT, синдром Бругада, катехоламінергічна поліморфна шлуночкова тахікардія (далі -

КПШТ), АКПШ, кардіоміопатія, тощо); у разі виявлення яких проводиться лікування, спрямоване на конкретне захворювання.

Важливо визначити наступне:

ступінь вираженості симптомів;

вид шлуночкової аритмії (мономорфні/поліморфні комплекси QRS та передчасний шлуночковий комплекс (далі - ПШК)/нестійка ШТ/стійка ШТ);

локалізацію субстрату аритмії (тахікардія вихідного тракту правого шлуночка, ідіопатична лівошлуночкова тахікардія та інші);

наявність або відсутність гемодинамічних порушень.

Важливим є вік дитини щодо можливості проведення різних діагностичних досліджень. Молодші діти не можуть правильно співпрацювати з лікарем для якісного проведення сигнал-усередненої ЕКГ та тестів з фізичним навантаженням. Необхідність загальної анестезії для проведення МРТ серця у немовлят та дітей молодшого віку значно обмежує використання цього методу, за винятком дуже специфічних ситуацій. Детальна інформація наведена у додатку 1 до цього Стандарту.

Основні визначення, що застосовуються при веденні дітей зі ШТ наведені у додатку 2 до цього Стандарту.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) діагностичні заходи для встановлення діагнозу пароксизмальної тахікардії у дітей передбачають ретельний збір анамнезу захворювання із визначенням перших симптомів та проведення фізикального обстеження:

у випадку підозри на ШТ слід враховувати наявність у дитини факторів ризику розвитку раптової серцевої смерті (далі - РСС), наведених у додатку 3 до цього Стандарту;

у немовлят та дітей слід звернути увагу на «червоні прапорці». Ознаки можливого порушення гемодинаміки включають: зниження серцевого викиду, зміну перфузії або вимірюваних маркерів метаболічного ацидозу. Будь-яку подію, що нагадує синкопе або раптову зупинку серця слід вважати загрозливою. У наймолодших пацієнтів такі симптоми, як надмірна дратівливість або зниження об'єму вжитої їжі, слід вважати достатніми для подальшого обстеження. У пацієнтів старшого віку, які мають підтверджені симптоми пов'язані з аритмією, можуть бути наступні маркери порушення гемодинаміки: запаморочення, синкопе, задишка, швидка втомлюваність та біль в грудях;

ознаки аритмічного синкопе, а саме – відсутність вагусного продрому та сімейний анамнез передчасної або РСС, включаючи синдром подовженого інтервалу QT та КПШТ;

особливості, пов'язані з проаритмічними станами включають середньосистолічне клацання при пролапсі мітрального клапана та шуми в виносному тракті синусу Вальсальви при гіпетрофічній кардіоміопатії. Специфічні особливості шкіри: вузлувата еритема при саркоїдозі, ангіокератома при хворобі Фабрі, ксантелазма/ксантома та долонно-підшвенний кератоз при АКПШ;

2) проведення лабораторного обстеження:

біохімічний аналіз крові;

метаболічна панель та токсикологічний скринінг у немовлят та дітей з вперше виявленою гострою мультиформною або комплексною вентрикулярною ектопією або поліморфною ШТ;

3) інструментальні обстеження для діагностики підтипу шлуночкової аритмії включають:

ЕКГ у 12 відведеннях (тип пристрою для моніторингу ЕКГ та час запису повинні відповідати частоті клінічних подій):

холтерівське моніторування ЕКГ протягом 24-48 годин призначається для діагностики щоденних аритмій;

переривчастий моніторинг протягом більш тривалого періоду з реєстраторами ЕКГ, які може активувати сама дитина (або мобільним телефоном/смартфоном) призначають у випадку нечастих аритмій;

імплантовані петльові реєстратори використовуються для діагностики аритмій у дітей із потенційно небезпечними для життя симптомами, такими як синкопе, які не вдається зафіксувати іншими методами;

ЕхоКГ рекомендована дітям з наявністю симптомів, зазначених у додатках 1, 2 до цього Стандарту;

4) тести з фізичним навантаженням (при стабільному стані дитини) призначаються дітям із підозрюваними / підтвердженими адренергічнозалежними порушеннями ритму, такими як: спричинена фізичним навантаженням ідіопатична мономорфна шлуночкова тахікардія (далі – МШТ), поліморфна шлуночкова тахікардія (далі – ПШТ) або двонаправлена ШТ при КПШТ, у випадку мультиформної або комплексної шлуночкової ектопії або тахікардії вихідного тракту;

Бажані:

5) за необхідності призначається магнітно-резонансна томографія (далі - МРТ) серця з пізнім посиленням парамагнітними контрастними засобами, що містять гадоліній для дітей та немовлят з безперервною або складною формою шлуночкової ектопії або тахікардії, у випадку підозри на міокардит або АКПШ; дослідження також призначається для вимірювання передсердної, двошлуночкової глобальної та регіональної систолічної функції, виявлення набряку міокарду, прихованої кардіоміопатії, фіброзу;

7) за необхідності призначається візуалізація серця за допомогою комп'ютерної томографії (далі - КТ); синхронізація з ЕКГ, додаткові послідовності затримки дихання та бета-блокатор для зниження ЧСС покращують якість обстеження;

8) електрофізіологічні дослідження (далі - ЕФД) включають вимірювання базових інтервалів, програмовану електричну стимуляцію та електроанатомічне картування та призначаються у випадку необхідності проведення катетерної абляції у дітей із ША та передбачувано структурно нормальним серцем;

9) Strain-Ехо дозволяє диференціювати активний і пасивний рух сегментів міокарду та сприяє ранньому виявленню його дисфункції. Порушення руху

стінок серця можуть свідчити щодо наявності кардіоміопатії, запального захворювання, а також перенесеного інфаркту. Глобальна поздовжня деформація є надійним показником порушення функції лівого шлуночка і може вказувати на незначні зміни у його функції при збереженій фракції викиду лівого шлуночка.

Розділ III. Лікування дітей з пароксизмальною шлуночковою тахікардією

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування дітей з пароксизмальними ШТ здійснюється виключно у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Рішення щодо початку лікування ША у немовлят, дітей та підлітків залежить від віку, симптоматики, специфічного діагнозу, а також електричного та гемодинамічного впливу аритмії. Можливі методи лікування включають заходи від заспокоєння та спостереження до призначення антиаритмічних лікарських засобів (далі –ЛЗ), електроімпульсної терапії (далі - ЕІТ) та катетерної абляції. Вибір тактики лікування визначається у кожному окремому випадку індивідуально.

2. Обґрунтування

Враховуючи часто доброякісну природу ШТ у дітей, очікується, що після ретельного діагностичного обстеження більшість пацієнтів не потребуватимуть терапії. Розглядаючи питання щодо лікування немовлят та дітей раннього віку, які не можуть висловити жодних скарг, слід звертати увагу на ознаки можливого порушення гемодинаміки. Вони можуть включати явні ознаки такі як: зниження серцевого викиду, зміна перфузії або вимірних маркерів метаболічного ацидозу. Будь-яку подію, що нагадує синкопе або РЗС, слід вважати загрозливою. У таких пацієнтів слід розглядати необхідність лікування.

Якщо вплив ША є достатньо значним, терапію слід розпочинати поетапно, з постійною переоцінкою обраного курсу щоб гарантувати, що можливість/ймовірність побічних ефектів від лікування не перевищуватиме наслідків аритмії. Таким чином, цілі обраних методів лікування повинні бути чітко визначені та повідомлені родині перед їх застосуванням, оскільки повне усунення аритмії часто не є необхідним і спроба зробити це може призвести до неприйнятної ризику побічних ефектів.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) новонароджені з доброякісним прискореним ідіоventрикулярним ритмом не потребують лікування, але вони повинні перебувати під тривалим спостереженням (зазвичай, впродовж першого року життя), щоб переконатися, що їх стан не погіршується, і вони залишаються безсимптомними; перелік дій при виявленні ШТ у немовлят та дітей наведено у додатку 5 до цього Стандарту;

2) лікування дітей зі стійкою МШТ здійснюється відповідно до алгоритму, наведеному в додатку 4 до цього Стандарту;

3) пацієнти із нестабільністю гемодинаміки потребують негайної синхронізованої кардіоверсії (необхідно зважати на індивідуальний ризик анестезії/седації необхідних для її проведення); якщо синхронізація неможлива, слід використовувати несинхронізовану ЕІТ; цей метод не показаний пацієнтам із повторними епізодами нестійкої ШТ;

4) рекомендується швидке припинення стійкої МШТ навіть у випадку хорошої толерантності до неї, оскільки у дитини може виникнути швидке погіршення гемодинаміки;

5) припинення стійкої тахікардії можна досягти за допомогою електричної кардіоверсії, застосування антиаритмічних лікарських засобів або стимуляцією шлуночків;

6) фібриляцію передсердь з синдромом преекзитації виявляють за картиною ЕКГ (ритм швидкий, широкий, нерегулярний) («FBI» fast, broad, irregular), що може імітувати ШТ;

7) слід уникати внутрішньовенного введення ЛЗ, які уповільнюють атріовентрикулярну провідність;

8) застосування верапамілу у новонароджених протипоказане, оскільки він викликає тяжку гіпотензію у дітей;

9) призначення бета-блокаторів є початковим лікуванням майже усіх форм ША у дітей та особливо ефективні для лікування пацієнтів із синдромом подовженого інтервалу QT або ГКМП; у випадку призначення бета-блокаторів у немовлят необхідно бути обережним щодо ознак і симптомів гіпоглікемії; застосування інших антиаритмічних ЛЗ можна розглядати у дітей без серйозних захворювань серця та ретельно зважуючи ризик небажаних подій;

вибір бета-блокатору обґрунтовується тривалістю дії, селективністю та станом пацієнта;

10) при МШТ призначається катетерна радіочастотна абляція, та інтраопераційна резекція або кріоабляція вогнищ ШТ;

11) імплантація підшкірного кардіовертер-дефібрилятора (далі - ІКД) проводиться у дітей з поліморфною ШТ, коли аритмія зберігається після виключення гострих причин, які піддаються лікуванню та якщо зберігається ризик раптової смерті;

12) у випадку лікування шлуночкових аритмій у дітей, необхідно одночасно з медикаментозною терапією застосовувати програму модифікації способу життя. Пацієнтам та/або батькам або іншим законним представникам пацієнта надаються рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень;

13) для припинення тахікардії у пацієнтів з ІКД застосовується часта стимуляція з кардіоциклом коротшим за кардіоцикл тахікардії;

Бажані:

14) надавати батькам / опікунам, пацієнту усю відповідну інформацію та забезпечити правильне розуміння ними усіх переваг, ризиків та потенційних наслідків різних варіантів лікування, щоб пацієнт міг приймати свідому участь у прийнятті рішень; процес спільного прийняття рішення повинен включати

обговорення різних сценаріїв, включаючи первинну профілактику ІКД, необхідність заміни генератора ІКД в подальшому та потребу у спостереженні пожиттєво.

Розділ IV. Спостереження дітей з пароксизмальними тахікардіями

1. Положення стандарту медичної допомоги

Враховуючи часто доброякісну природу ШТ у дітей, очікується, що після ретельного діагностичного обстеження більшість пацієнтів не потребуватимуть тривалого спостереження.

Діти з встановленим діагнозом пароксизмальної ШТ, підшкірним ІКД мають перебувати під спостереженням лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікаря кардіолога дитячого.

2. Обґрунтування

Лікування дітей із пароксизмальною тахікардією ґрунтується на ретельному аналізі функціонального та симптоматичного впливу на ріст та розвиток немовляти. Доведено, що більшість немовлят з ізольованою ШТ успішно лікуються тільки за умови консервативного спостереження. Немовлята та діти з ідіопатичною тахікардією вихідного тракта, яка добре переноситься, є нечастою, повільною та самоприпиняється, підлягають медичному спостереженню без медикаментозної чи абляційної терапії.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) новонароджені з доброякісним прискореним ідіоventрикулярним ритмом, які не потребують лікування, повинні перебувати під спостереженням у лікаря-кардіолога дитячого (зазвичай, впродовж першого року життя), щоб переконатися, що їх стан не погіршується та відсутні симптоми;

2) діти з діагнозом ПШТ, у яких відсутні симптоми та які не потребують медикаментозного лікування, або діти з ефективно підбраною антиаритмічною терапією повинні планово бути оглянуті лікарем загальної практики-сімейним лікарем 1 раз на 6 місяців та лікарем-кардіологом дитячим 1 раз на рік, з проведенням ЕКГ у спокої у 12 відведеннях при кожному огляді, та ЕхоКГ 1 раз на рік;

3) дітям з діагнозом ПШТ, у яких відсутні симптоми та які не отримують медикаментозного лікування, холтерівське моніторування ЕКГ обов'язково проводиться 1 раз на рік за місцем проживання з подальшим оглядом лікаря-кардіолога дитячого; пацієнтам, які отримують підбрану антиаритмічну терапію, для оцінки її ефективності холтерівське моніторування ЕКГ проводиться 1 раз на 6 місяців;

4) у разі амбулаторного підбору антиаритмічної терапії дитина має бути оглянута лікарем-кардіологом дитячим протягом 3-5 днів щоразу після заміни або додавання нового ЛЗ, або корекції дози препарату, що уже приймався; під час кожного огляду обов'язково має бути проведена ЕКГ у спокої у 12 відведеннях;

у разі прийому антиаритмічних ЛЗ, визначення концентрації яких в сироватці крові є можливим, необхідно провести визначення їх концентрації; за необхідності проводиться контрольне холтерівське моніторування ЕКГ; Критеріями ефективності терапії є зменшення кількості шлуночкових ектопій на 75% від вихідної кількості та відсутність епізодів стійкої шлуночкової тахікардії;

5) у пацієнтів з ідіопатичною ШТ/ПШК та повторюваними понад 20% ПШК на день під час спостереження може бути розглянуто проведення катетерної абляції;

6) якщо у період спостереження не вдається досягти ефективності антиаритмічної терапії, дитина має бути направлена на консультацію до лікаря-кардіолога дитячого або на госпіталізацію до ЗОЗ, у якому проводяться електрофізіологічні втручання у дітей;

7) діти з пароксизмальною ШТ та перенесеним в анамнезі пароксизмом, що припинився самостійно, мають бути позапланово якнайшвидше оглянуті лікарем-кардіологом дитячим з виконанням ЕКГ у спокої в 12 відведеннях, холтерівським моніторуванням ЕКГ та ЕхоКГ; у разі виявлення негативної динаміки дитина має бути направлена на консультацію до лікаря кардіолога-електрофізіолога або до лікаря кардіолога дитячого ЗОЗ, що надає спеціалізовану кардіохірургічну допомогу;

8) дитина, у якої на момент огляду зафіксований пароксизм шлуночкової тахікардії зі стабільною гемодинамікою, має бути екстрено направлена на госпіталізацію до найближчого ЗОЗ, де є можливість виконати електричну кардіоверсію ЕІТ; після стабілізації стану дитина має бути направлена на консультацію до лікаря кардіолога-електрофізіолога або до лікаря кардіолога дитячого ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, та в якому проводяться електрофізіологічні втручання у дітей;

9) діти з діагнозом ПШТ, у яких відсутні симптоми та яким імплантовано або замінено ІКД, вперше оглядаються лікарем-кардіологом дитячим та/або лікарем-кардіологом через 1 місяць після операції та надалі - кожні 6 місяців;

позаплановий огляд необхідний: після кожного спрацювання дефібрилятора, виникненні локальних змін шкіри або запальних реакцій в зоні ІКД; пацієнти з імплантованим ІКД у подальшому потребують спостереження впродовж життя;

10) при виникненні у дитини з ІКД тривалої гіпертермії (більше трьох діб на фоні прийому жарознижуючих засобів) або субфебрилітету (більше 7 діб), що не може бути пояснено іншими причинами, дитина має бути направлена на консультацію до лікаря-кардіолога-електрофізіолога або до лікаря-кардіолога дитячого ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, та в якому проводяться електрофізіологічні втручання у дітей;

11) під час спостереження, у випадку будь-якої події, що нагадує синкопе або раптову зупинку серця, пацієнт має бути направлений на консультацію до лікаря кардіолога дитячого;

Бажані:

12) у пацієнтів з ІКД повинна проводитись оцінка психологічного статусу та лікування дистресу; за необхідності пацієнтів направляють на консультацію до лікаря психолога;

13) пацієнтам, у яких встановлено ІКД, надається необхідна інформація щодо особливостей функціонування пристрою;

14) для забезпечення швидкого виявлення та реагування на події, що потребують медичного втручання, до подальшого спостереження пацієнтів з ІКД, за можливості, слід впроваджувати дистанційний моніторинг.

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам дитячого віку з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями клінічного маршруту пацієнта (далі - КМП).

2. Відсоток дітей з ПШТ, у яких відсутні симптоми та які не потребують медикаментозного лікування, або дітей з ефективно підбраною антиаритмічною терапією, яким під час спостереження було проведено ЕКГ у спокої у 12 відведеннях один раз на рік.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам дитячого віку з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями, КМП.

Зв'язок індикатора із затвердженими клінічними настановами і стандартами медичної допомоги (далі – СМД).

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (КМП) в регіоні. Якість медичної допомоги дітям з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 70%

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями, зареєстрованих на території

обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану допомогу дітям з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з шлуночковою пароксизмальною тахікардією. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає медичну допомогу дітям з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток дітей з ПШТ, у яких відсутні симптоми та які не потребують медикаментозного лікування, або дітей з ефективно підбраною антиаритмічною терапією, яким під час спостереження було проведено ЕКГ у спокої у 12 відведеннях один раз на рік.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем, який надає медичну допомогу дітям з пароксизмальними шлуночковими тахікардіями протягом звітного періоду.

У первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, виконання обов'язкових діагностичних процедур, визначених в СМД, зокрема, ЕКГ у спокої у 12 відведеннях щорічно, а також наявність або відсутність ускладнень захворювання. Пацієнти, для яких записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: лікарі, які надають медичну допомогу дітям з ПШТ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями, які надають медичну допомогу дітям з ПШТ, зареєстрованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ПШТ, зареєстрованими на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість дітей з ПШТ, у яких відсутні симптоми та які не потребують медикаментозного лікування, або дітей з ефективно підбраною антиаритмічною терапією, які перебувають під спостереженням лікаря-кардіолога дитячого або лікаря загальної практики-сіймейного лікаря.

Джерелом інформації є: форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - форма № 025/о); форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975 (далі – форма № 003/о); форма первинної облікової документації № 112/о «Історія розвитку дитини №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 976/25753 (далі – форма № 112/о).

Чисельник індикатора складає кількість дітей з ПШТ, у яких відсутні симптоми та які не потребують медикаментозного лікування, або дітей з ефективно підбраною антиаритмічною терапією, яким під час спостереження було проведено ЕКГ у спокої у 12 відведеннях один раз на рік.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, № 112/о, № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Життєзагрозливі тахіаритмії у дітей», 2025 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559 «Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2020 року за № 1259/35542.

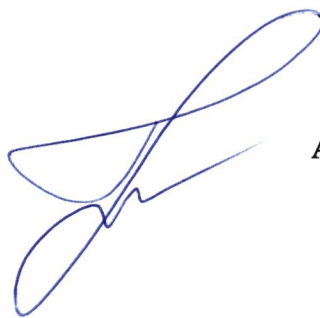
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Андрій ГАВРИЛЮК

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Пароксизмальна шлуночкова
тахікардія у дітей»
(пункт 1 розділу II)

Рекомендації щодо обстеження пацієнтів з ШТ

Рекомендації
Немовлятам та дітям із підозрою на шлуночкову аритмію необхідно провести ЕКГ у 12 відведеннях, ехокардіографію, 24-годинний амбулаторний моніторинг ЕКГ та зібрати детальний особистий і сімейний анамнез
Немовлята та діти з гострою мультиформною або комплексною вентрикулярною ектопією або поліморфною ШТ повинні пройти лабораторне обстеження, яке включає метаболічну панель і токсикологічний скринінг
Дітям із мультиформною або комплексною шлуночковою ектопією рекомендовано проводити навантажувальний тест, при стабільному стані дитини, якщо відчувається, що дитина здатна співпрацювати з таким тестуванням та в інших параметрах відповідає встановленим критеріям для навантажувального тестування
Для немовлят і дітей із раніше задокументованою частою шлуночковою ектопією, а також у разі підтвердження або серйозної підозри на продовження ектопії рекомендується подальший 24-годинний амбулаторний ЕКГ-моніторинг
Навантажувальний тест може бути корисним у дітей зі стійкою частою шлуночковою ектопією або тахікардією вихідного тракту, якщо відчувається, що дитина здатна співпрацювати з таким тестуванням і таким чином відповідає встановленим критеріям для навантажувального тестування
МРТ може бути корисним у немовлят і дітей із безперервною або складною формою шлуночкової ектопії або тахікардії, як частина оцінки можливого міокардиту у пацієнтів, які вважаються достатньо стабільними для безпечного проходження тестування
МРТ може бути корисним у дітей зі шлуночковими аритміями, у яких є клінічна підозра на аритмогенну кардіоміопатію правого шлуночка (АКПШ)

МРТ може бути доцільним у старших немовлят із шлуночковими аритміями, у яких є клінічна підозра на АКПШ

Сигнал-усереднена ЕКГ може бути доцільною у дітей із шлуночковими аритміями, у яких є клінічна підозра на АКПШ

Діагностичне ЕФД без наміру катетерної абляції не рекомендована для дітей із шлуночковими аритміями та передбачувано структурно нормальним серцем

МРТ не рекомендується немовлятам із прискореним шлуночковим ритмом

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Пароксизмальна шлуночкова
тахікардія у дітей»
(пункт 2 розділу II)

Визначення, які застосовуються в СМД

Нестійка шлуночкова тахікардія (НШТ): послідовне скорочення шлуночків від 3 ударів до 30 с.

Мономорфна шлуночкова тахікардія (МШТ): однакова морфологія комплексів QRS під час тахікардії.

Поліморфна шлуночкова тахікардія (ПШТ): різноманітна морфологія комплексів QRS під час тахікардії.

Стійка мономорфна/поліморфна шлуночкова тахікардія: безперервна ШТ протягом щонайменше 30 с, або яка вимагає втручання для її припинення.

Мономорфні шлуночкові тахікардії

Тахікардія вихідного тракту правого шлуночка (ВТПШ): тахікардія, що походить від трикуспідального клапана та каудально до легеневого клапана, найчастіше із задньоперегородкового відділу або вільної стінки правого шлуночка трохи нижче легеневого клапана. Рідше вогнища тахікардії можуть виникати з ділянок над легеневим клапаном або поблизу пучка Гіса. Подібну морфологію можна спостерігати при ШТ, що походить із вихідного тракту лівого шлуночка (ВТЛШ) або стулок аорти. Тахікардія мономорфна з морфологією QRS блокади лівої ніжки пучка Гіса та віссю QRS, що спрямована донизу. Часто спостерігається пізній перехід ($>V3$) у прекардіальних відведеннях.

Клінічна характеристика. Два клінічні варіанти тахікардії ВТПШ, які можуть бути спектром одного захворювання. Найпоширеніший варіант – часті ПШК або нестійка мономорфна ШТ, що виникає у стані спокою або в період відновлення після фізичного навантаження. Рівень шлуночкової ектопії, зазвичай, зменшується під час фізичного навантаження. Менш поширений варіант проявляється у вигляді тривалих циклів мономорфної ШТ, викликані фізичними вправами або стресом. Типовий середній вік при зверненні становить 8 років, у дітей до року спостерігається рідко. Тахікардія ВТПШ частіше реєструється у дівчаток, та існує підвищена частота виникнення цієї аритмії, пов'язаної з менструальним циклом.

Клінічні симптоми: серцебиття або синкопе (приблизно у 50%-67% пацієнтів). Синкопе є рідкісним явищем і повинно викликати підозру на альтернативний діагноз або асоційовану кардіоміопатію. Тахікардія ВТПШ у 25%-68% випадків може провокуватися тестуванням з фізичним навантаженням.

Тахікардія ВТПШ, зазвичай, виникає у структурно нормальному серці або зі структурними аномаліями у вихідному тракті ПШ, які виявляються за

допомогою КТ або МРТ, що включають вогнищеве витончення стінки правого шлуночка, сегментарні аномалії та жирова інфільтрація (у 25% досліджуваних).

Диференційна діагностика тахікардії ВТПШ включає міокардит, пухлини, КПШТ, АДПШ, аномалію Уля.

Стійка шлуночкова тахікардія у грудному віці: рідкісна форма ШТ, що виникає в дитинстві та зазвичай мономорфна і найчастіше бере початок з лівого шлуночка.

Клінічна характеристика. Клінічний перебіг характеризується стійкою тахікардією з ЧСС нерідко більше 200 уд/хв. Діти старшого віку частіше мають симптоми серцевої недостатності. Безперервна ШТ більше 80% протягом доби може призводити до виникнення тахііндукованої кардіоміопатії.

Перебіг ШТ. Можливий спонтанний регрес тахікардії протягом 1-2 років. За наявності супутнього захворювання серця (КМП, міокардит, тощо) смертність становить до 15%.

Інтрафасцикулярна верапаміл-чутлива re-entry тахікардія або ідіопатична ШТ: виникає від середньої до верхівкової частини перетинки лівого шлуночка. На її частку припадає 10-15% ШТ. Тахікардія мономорфна з морфологією QRS правої ніжки пучка Гіса, вісь QRS переважно спрямована вгору. Відхилення осі вправо спостерігається в 5-10%.

Клінічна характеристика. Характерні тривалі або нетривалі епізоди мономорфної ШТ, викликані стресом або фізичним навантаженням. Частота тахікардії коливається від 120 до 250 уд/хв, зазвичай від 150 до 200 уд/хв. Тахікардія, як правило, добре переноситься, особливо при більш повільних темпах. Тахікардія виникає у хлопчиків частіше, ніж у дівчаток, перша реєстрація нападу часто трапляється в підлітковому віці. Більшість пацієнтів мають легкі симптоми серцебиття або запаморочення та рідко обмежені в активності через тахікардію, спричинену фізичним навантаженням.

Перебіг ШТ. Природній перебіг ідіопатичної ШТ, зазвичай, є доброякісним при самостійній регресії нападів ШТ. Рідко реєструється РСС за наявності тахііндукованої кардіоміопатії.

Re-entry тахікардія ніжки пучка Гіса: тахікардія часто виникає внаслідок хвороби Гіса-Пуркін'є, пов'язаної зі збільшенням лівого шлуночка та серцевою недостатністю. Вона може спостерігатися у молодих пацієнтів із міотонічною дистрофією, у яких уповільнена провідність у системі Гіса-Пуркін'є є типовою, незважаючи на збережену функцію лівого шлуночка. Вихідна ЕКГ, зазвичай, вказує на ознаки хвороби Гіса-Пуркін'є, такі як неспецифічна затримка міжшлуночкової провідності або подовження PR. МШТ з морфологією QRS лівої ніжки пучка Гіса і верхньою віссю. Менш поширеною є морфологія QRS правої ніжки пучка Гіса з нижньою віссю.

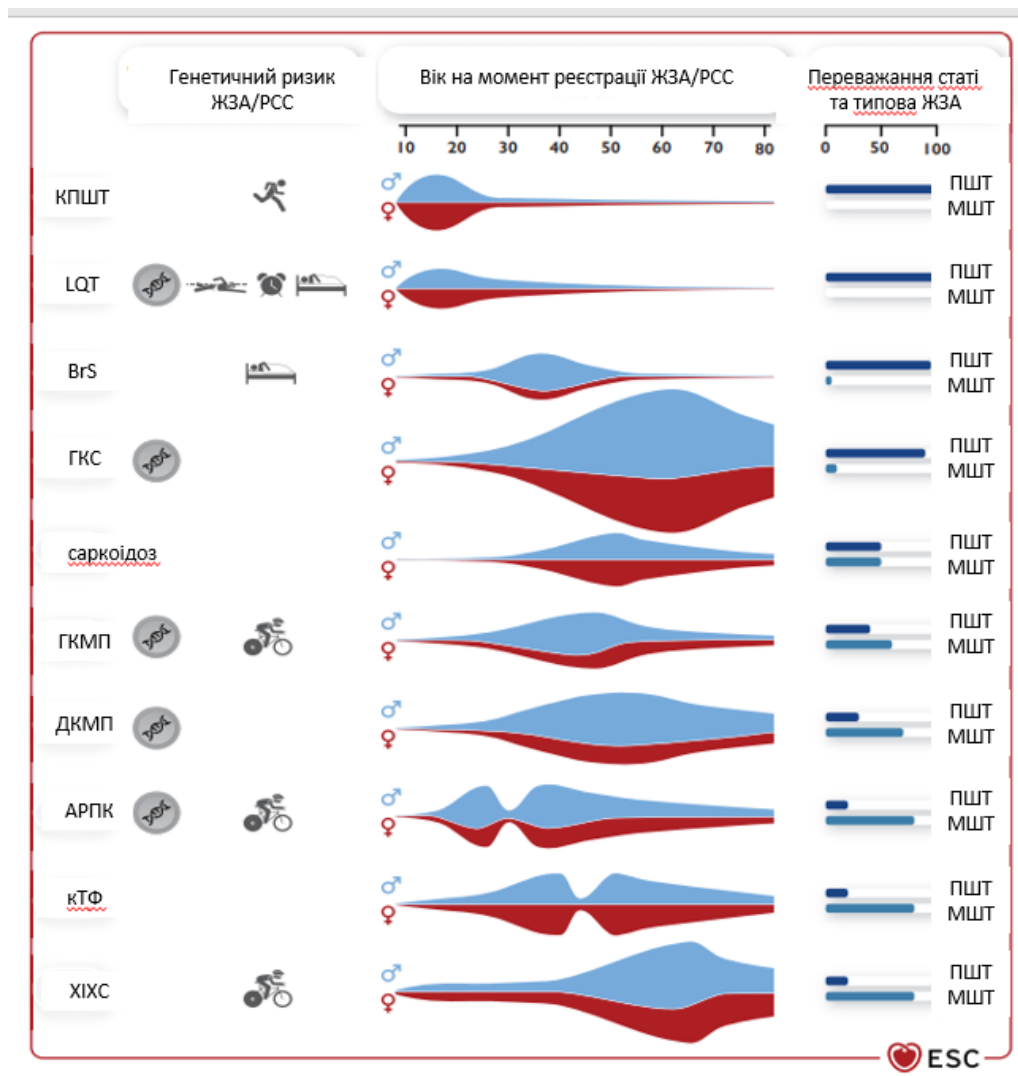
Клінічна характеристика. Тахікардія re-entry ніжки пучка Гіса рідко зустрічається у дорослих. Ця аритмія залежить виключно від спеціалізованих провідних систем і, зазвичай, зустрічається у пацієнтів з розвиненою структурною хворобою серця. Симптоми включають серцебиття або

запаморочення, коли функція лівого шлуночка збережена, а синкопе або серцево-судинний колапс є поширеними при зниженні серцевої функції.

Природний перебіг тахікардії re-entry ніжки пучка Гіса здебільшого пов'язаний з основним захворюванням. У пацієнтів з міотонічною дистрофією повідомлялося про прогресуючу хворобу Гіса-Пуркінє та пізній розвиток блокади серця.

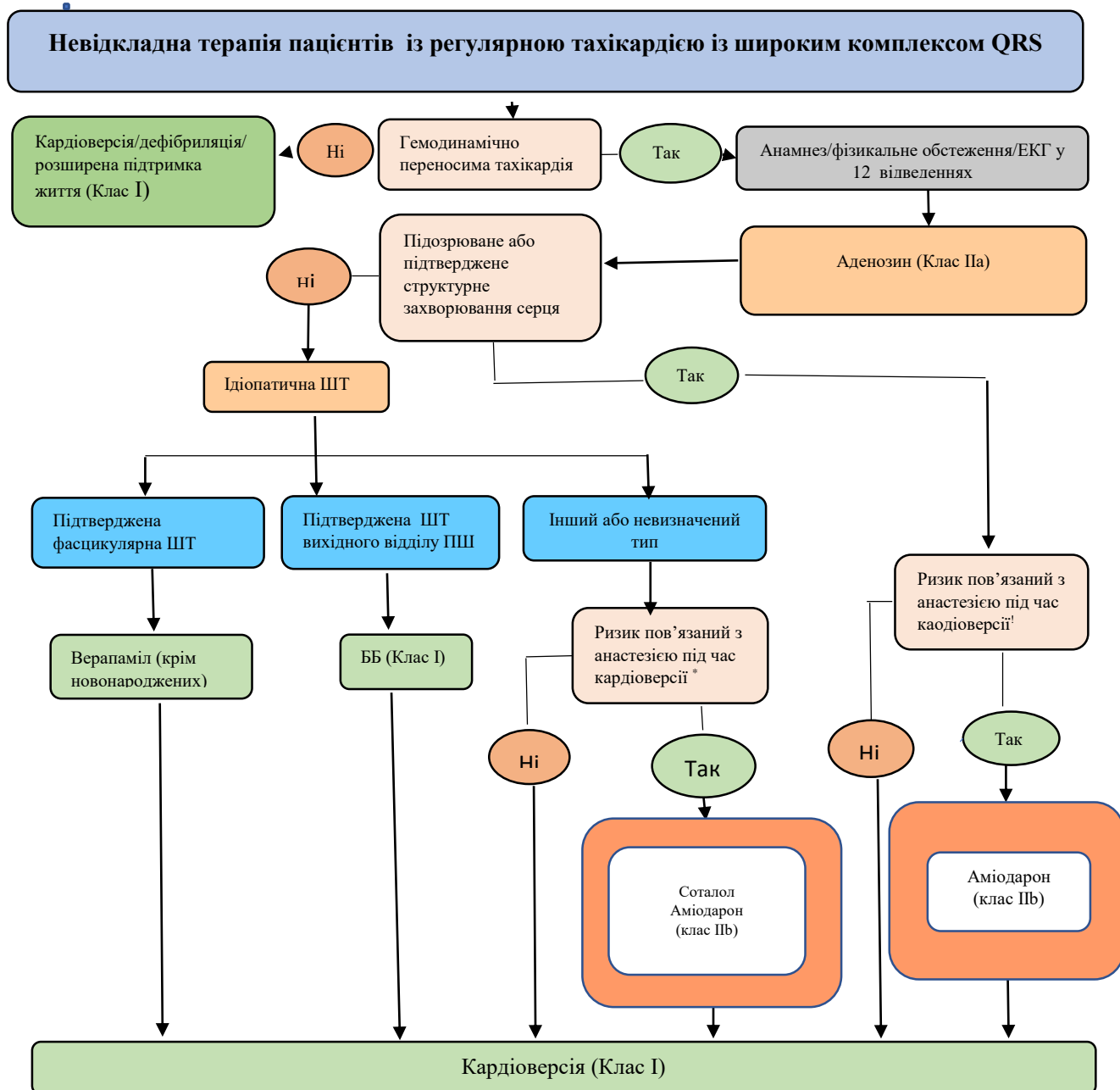
Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Пароксизмальна шлуночкова
тахікардія у дітей»
(підпункт 1, пункту 3 розділу II)

Генетичний ризик ЖЗА/РСС, типові тригери ЖЗА/РСС, вік на момент реєстрації ЖЗА/РСС, переважання статі та типова ЖЗА (ПШТ/фібриляція шлуночків проти МШТ при різних захворюваннях, пов'язаних із ША/РСС)



Додаток 4
 «Пароксизмальна шлуночкова
 тахікардія у дітей»
 (підпункт 2, пункт 3 розділу III)

**Алгоритм невідкладної терапії при стійкій тахікардії із широким
 комплексом QRS**



Примітка:

* - Переваги кардіоверсії слід порівняти з ризиками, пов'язаними з анестезією/седацією. Зважаючи на обмежену доступність інших антиаритмічних ЛЗ.

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Пароксизмальна шлуночкова
тахікардія у дітей»
(підпункт 1, пункт 3 розділу III)

**Лікування дітей із шлуночковими аритміями та структурно
нормальним серцем**

Рекомендації
Безсимптомні немовляти та діти з нормальною функцією шлуночків і частою, але ізольованою ектопією шлуночків або прискореним шлуночковим ритмом підлягають медичному спостереженню без медикаментозної чи абляційної терапії
Немовлята та діти з ідіопатичною тахікардією вихідного тракту, яка добре переноситься, є нечастою, повільною та самоприпиняється підлягають медичному спостереженню без медикаментозної чи абляційної терапії
Дітей із ШТ або частими шлуночковими ектопіями, які, як вважають, є причиною задокументованої дисфункції шлуночків, слід лікувати медикаментозно або за допомогою катетерної абляції*
Дітей, у яких спостерігається порушення гемодинаміки через передбачувану ідіопатичну тахікардію вихідного тракту, слід лікувати медикаментозно або за допомогою катетерної абляції*
Діти та немовлята старше 1 року, які мають симптоми з передбачуваною інтрафасцикулярною верапаміл-чутливою re-entry тахікардією повинні отримати початкове медикаментозне лікування за допомогою блокатора кальцієвих каналів або катетерної абляції*
Немовлята та діти з гострим проявом поліморфної ШТ повинні мати негайну корекцію причин, які піддаються лікуванню, наприклад порушення електролітного балансу або токсичності ліків
У безсимптомних немовлят і дітей із частими складними або мультиформними шлуночковими ектопіями терапія бета-блокаторами може бути корисною. Якщо це не дозволяє контролювати аритмію, також може бути корисною супресивна терапія блокаторами кальцієвих каналів. Якщо ця аритмія дуже добре переноситься і виникає рідко, корисним може бути лише спостереження

<p>Для дітей із симптомами та передбачуваною ідіопатичною тахікардією вихідного тракту або з симптомами, корельованими з ритмом через шлуночкову ектопію чи прискорений ідіовентрикулярний ритм, може бути корисною супресивна терапія бета-блокатором або катетерна абляція</p>
<p>У немовлят віком до 1 року з передбачуваною інтрафасцикулярною верапаміл-чутливою повторною тахікардією може бути корисною медикаментозна терапія бета-блокаторами</p>
<p>У немовлят і дітей із частою складною або мультиформною шлунорковою ектопією лікування іншими ЛЗ (класу I або III) після неефективності бета-блокаторів та/або блокаторів кальцієвих каналів може бути доцільним</p>
<p>Катетерна абляція* може бути доцільною у дітей зі складними шлуночковими аритміями, де домінує одна морфологія, або коли є підозрюваний тригер, на який можна впливати</p>
<p>Імплантація підшкірного кардіовертер-дефібрилятора може бути доцільною у дітей або немовлят старшого віку з поліморфною ШТ, коли аритмія зберігається після виключення гострих причин, які піддаються лікуванню, якщо зберігається ризик раптової смерті</p>
<p>Катетерна абляція у немовлят і дітей раннього віку не рекомендована, за винятком випадків ШТ, яка не піддається належному медичному контролю та супроводжується порушеннями гемодинаміки</p>
<p>Обмеження фізичних вправ не рекомендуються дітям із нормальною функцією шлуночків, відсутністю або мінімальними симптомами та мономорфною шлунорковою аритмією, що добре переноситься та/або є добре контрольованою</p>
<p>Імплантація підшкірного кардіовертер-дефібрилятора не рекомендована дітям з ідіопатичною шлунорковою тахікардією, незалежно від симптомів, за винятком випадків, коли тахікардію неможливо адекватно контролювати за допомогою медикаментів та/або катетерної абляції, і, на думку фахівця, у дитини ризик раптової смерті вищий, ніж очікувалося</p>

Примітка:

*- катетерна абляція шлуночкових аритмій у дітей має виконуватися лише в спеціалізованих центрах лікарями, які мають досвід проведення абляційної терапії у дітей.