

Джастин Эмери

По-настоящему
ДЕЛЬНОЕ
РУКОВОДСТВО

по паллиативной помощи детям
для врачей и медсестер
во всем мире

A Really
PRACTICAL
HANDBOOK of
Children's Palliative Care

for Doctors and Nurses
Anywhere in the World

JUSTIN AMERY

And INCLUDING
(By kind permission of Dr. Sat Jassal)

The APPM Master Formulary 2015

Copyright © 2016 Justin Amery.

Все права защищены. Никакая часть этой книги не может быть воспроизведена, сохранена или передана любыми способами — посредством аудио, графики, механически или в электронном виде — без письменного разрешения как издателя, так и автора, кроме случаев краткого цитирования в критических статьях или обзорах. Неавторизованное воспроизводство любой части этой работы незаконно и карается законом.

Информация, идеи и рекомендации из этой книги не заменяют профессиональные медицинские консультации. Прежде чем следовать рекомендациям, содержащимся в этой книге, вы должны проконсультироваться со своим врачом. Ни автор, ни издатель не будут нести ответственность за любые проблемы или вред, которые будут расценены как возникшие вследствие применения информации или рекомендаций, приведенных в этой книге.

ISBN: 978-1-4834-4402-4 (sc)

ISBN: 978-1-4834-4403-1 (e)

Контрольный номер Библиотеки Конгресса США
(Library of Congress Control Number): 2015921132

По причине динамичной природы Интернета любые адреса или ссылки, содержащиеся в этой книге, могут измениться с момента ее публикации и стать недоступными. Взгляды, изложенные в этой работе, полностью принадлежат автору и могут не совпадать со взглядами издателя, который не несет за них ответственности.

Подписано в печать Lulu Publishing Services: 02/19/2016

Джастин Эмери

По-настоящему
ДЕЛЬНОЕ
РУКОВОДСТВО

по паллиативной помощи детям
для врачей и медсестер
во всем мире

включая

Сводный фармацевтический справочник АРРМ 2015 года
(с любезного разрешения доктора Сэта Джассала)

Москва
2017

УДК (07):616-08

ББК 53.5

Э54

Эмери Дж.

Э54 По-настоящему дельное руководство по паллиативной помощи детям для врачей и медсестер во всем мире / Пер. с англ. Т. Бабанова; Ред. перевода канд. мед. наук Н. Савва — М.: Издательство «Проспект», 2017. — 464 с.

ISBN 978-5-98597-341-9

Данное руководство построено вокруг общих вопросов паллиативной помощи детям, которые часто возникают в сложных паллиативных ситуациях. Рекомендации по каждому из обсуждаемых вопросов даются с опорой на практический опыт, исследования и преподавательскую практику, которыми автор руководства — доктор Джастин Эмери занимался более 20 лет. Руководство включает Формуляр лекарственных средств Ассоциации педиатрической паллиативной медицины (АРРМ).

Руководство предназначено для врачей паллиативной помощи, педиатров, детских онкологов/гематологов, неврологов, генетиков, анестезиологов-реаниматологов, детских хирургов, врачей общей практики, медсестер, фельдшеров, студентов медицинских вузов и колледжей.

УДК (07):616-08

ББК 53.5

ISBN 978-5-98597-341-9

© Justin Amery, 2016

© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2017

Содержание

Благодарность	vii
Предисловие	viii
Мне помогли	ix
Как пользоваться этой книгой	xviii
ЧАСТЬ ПЕРВАЯ. Как общаться с детьми и их семьями	1
ЧАСТЬ ВТОРАЯ. Как сообщать плохие новости детям и их семьям	10
ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ. Как справляться с сильными эмоциями и трудными вопросами	19
ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ. Как оценить все потребности ребенка и его семьи и справиться с ними	24
ЧАСТЬ ПЯТАЯ. Как оказывать паллиативную помощь детям с ВИЧ и СПИДом	33
ЧАСТЬ ШЕСТАЯ. Как проводить симптоматическую терапию в паллиативной педиатрии	47
Как оценить интенсивность боли и уровень дискомфорта у ребенка	47
Как справляться с болью у детей	52
Как справляться с нарушениями жидкостного и электролитного баланса у детей	66
Как справляться с проблемами при кормлении детей	69
Как справляться с воспалением слизистой рта у детей	72
Как справляться с дисфагией у детей	74
Как справляться с гастроэзофагеальным рефлюксом	77
Как справляться с желудочно-кишечным кровотечением у детей	80
Как справляться с тошнотой и рвотой у детей	83
Как справляться с запором у детей	89
Как справляться с диареей у детей	94
Как справляться с кашлем у детей	98
Как справляться с кровохарканьем у детей	101
Как справляться с одышкой у детей	104
Как справляться с судорогами у детей	108
Как справляться со спастикой и дистонией у детей	111
Как справляться с проблемами кожных покровов у детей	116
Как справляться с тревогой у детей	127
ЧАСТЬ СЕДЬМАЯ. Как оказывать паллиативную помощь при кризисных состояниях в конце жизни	132
Практические подходы к ведению любого кризисного состояния в терминальной стадии болезни в паллиативной педиатрии	137

Как лечить беспокойство и возбуждение в конце жизни	138
Как лечить массивное кровотечение в конце жизни	139
Как лечить острую тяжелую обструкцию верхних дыхательных путей в конце жизни	140
Как лечить шумное дыхание («предсмертный хрип») в конце жизни	140
ЧАСТЬ ВОСЬМАЯ. Как играть с детьми.....	142
ЧАСТЬ ДЕВЯТАЯ. Как оказывать паллиативную помощь подросткам	151
ЧАСТЬ ДЕСЯТАЯ. Как работать с этическими дилеммами в паллиативной педиатрии	161
ЧАСТЬ ОДИННАДЦАТАЯ. Как оказывать духовную поддержку семьям	169
ЧАСТЬ ДВЕНАДЦАТАЯ. Как оказывать помощь в конце жизни ребенку и его семье	175
ЧАСТЬ ТРИНАДЦАТАЯ. Как справиться с практическими вопросами, возникающими после смерти ребенка	188
ЧАСТЬ ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ. Как помочь семье в горе и горевании после тяжелой утраты?.....	193
ЧАСТЬ ПЯТНАДЦАТАЯ. Как самому выжить и преуспевать в паллиативной педиатрии	201
Формуляр лекарственных средств	213
Введение	214
Аббревиатуры	216
Справочник	217
ПРИЛОЖЕНИЯ	378
Приложение 1. Эквивалентность разовой дозы морфина (1, 2, 5)	378
Приложение 2. Совместимость препаратов для подкожных инъекций	379
Приложение 3. Образец плана лечения симптомов	380
Образец плана лечения боли	381
Образец плана лечения тошноты и рвоты	383
Образец плана лечения судорог	385
Образец плана лечения острой одышки	388
Образец плана лечения повышенных респираторных выделений	391
Образец плана лечения сильного кровотечения	394
Образец плана лечения мышечного спазма (дистонии)	397
Образец плана лечения боли во рту	400
Образец плана лечения компрессии спинного мозга	403
Образец плана лечения возбуждения, беспокойства, расстройства сознания и тревоги	406
Образец плана лечения запора	409
Библиографический указатель Формуляра лекарственных средств	411
Примечания	438

Благодарность

Я хотел бы поблагодарить следующие организации, без которых было бы невозможно издать эту книгу.

- Хоспис Keech (www.keech.org.uk), руководство которого предоставило мне логистическую, психологическую и материальную поддержку, а также дало мне возможность совместить работу над книгой с моей работой в хосписе.
- The True Colours Trust, благотворительную организацию под руководством небольшой группы людей, которая оказала огромное влияние на развитие детской паллиативной помощи во всем мире, за их финансовую поддержку, которая позволила покрыть расходы на публикацию этой книги.
- Группу Ассоциации педиатрической паллиативной медицины, работающую над фармацевтическим справочником, за разрешение включить его в эту книгу бесплатно.
- Международную сеть детской паллиативной помощи (www.icrsp.org), которая постоянно поддерживала эту работу и согласилась помочь с распространением этой книги после ее публикации.
- Наконец, Together for Short Lives (www.togetherforshortlives.org.uk) за их вклад в эту книгу через Катрину Мак-Намара, а также за то, что позволили мне опираться на «Руководство по детской паллиативной помощи для врачей общей практики».

Предисловие

В своих путешествиях по миру как человек, практикующий и преподающий паллиативную педиатрию, я был потрясен тем, насколько детская паллиативная помощь, по сути, выглядит одинаково всюду, куда бы я ни попал. Конечно, можно наблюдать и большое количество отличий, но это не значит, что здесь есть противоречие. Куда бы мы ни отправлялись, дети остаются детьми, а паллиативная помощь остается паллиативной помощью.

Как ответ на такое довольно парадоксальное положение дел во мне долгое время жила мечта написать что-то, что было бы в свободном доступе для каждого и что было бы в одинаковой степени полезно как врачам в США, так и медсестрам в Боливии и медицинским чиновникам в Уганде. Эта книга — попытка создать нечто подобное. Она основана на том, что я наблюдал: большинство докторов и медсестер уже владеют большей частью знаний, навыков и установок, необходимых им для качественного оказания паллиативной помощи детям. Но им не хватает уверенности, или порой их пугают проблемы, с которыми они неизбежно сталкиваются, когда ребенок умирает.

Поэтому книга построена вокруг общих вопросов, которые мы часто задаем себе в сложных паллиативных ситуациях, и написана с опорой на исследования, преподавательскую практику и обучение, которыми я занимался более 20 лет. Каждая часть отвечает на один вопрос, в начале части содержится напоминание о том, что мы уже знаем, а затем восполняются некоторые общие пробелы. Книга завершается Формуляром лекарственных средств Ассоциации педиатрической паллиативной медицины (АРРМ), по-настоящему великолепной работой, которая была любезно предоставлена Сэтом Джассалом и всей командой АРРМ. Я надеюсь, что это даст вам все, что нужно для того, чтобы, где бы вы ни оказались, уверенно справиться с реальными жизненными ситуациями.

Мне помогали

Чтобы быть уверенным в том, что эта книга будет востребована любым врачом или медсестрой в любой точке мира, я в значительной степени опирался на вклад людей, проживающих на пяти континентах и имеющих огромный опыт в оказании паллиативной помощи детям (лишь в Антарктике я не нашел никого, кто соответствовал бы моим требованиям). Помощь этих людей была бесценна, и я выражаю им огромную благодарность. Вот их имена:

Доктор Энтони Херберт (Dr. Anthony Herbert)

Энтони — педиатр, специализирующийся на педиатрической паллиативной помощи в детской больнице Lady Cilento в Брисбене (Квинсленд, Австралия). Он провел часть своего исследовательского проекта, работая в Департаменте медицины боли и паллиативной помощи в детской больнице в Вестмид (Сидней). Он работает в Службе паллиативной помощи детям в Брисбене с 2008 года и является старшим лектором в университете Квинсленда. Его клинические и исследовательские интересы включают лечение боли, бессонницы и использование телемедицины.

Фрэнсис Эдвардс (Francis Edwards)

Фрэнсис работал последние три года в Бристольской королевской детской больнице как медбрат-посредник по детской паллиативной помощи, развивая паллиативные услуги для младенцев, детей и молодых людей. До переезда в Бристоль он работал на севере Шотландии как медбрат-консультант по педиатрической паллиативной помощи. Фрэнсис обладает большим опытом работы с кризисными состояниями в паллиативной педиатрии в хосписах, а также является почетным лектором в университетах Абердина (Шотландия) и Ковентри (Англия). Он много лет проработал как клинический медбрат в детской онкологии в детской больнице в Брайтоне и Королевской больнице Марсден в Лондоне. Работа в детской онкологии сформировала его подход к паллиативной помощи детям. Он — приверженец всеобъ-

емлющей семейно-ориентированной помощи и считает «душевную работу» ключевым элементом помощи. Фрэнсис также участвовал в создании руководства «Пути помощи»* вместе с командой Together for Short Lives.

Доктор Джейн Накавеси (Dr. Jane Nakawesi)

Джейн — педиатр, последние шесть лет она работает в Mildmay Uganda. В 2007 году она получила степень магистра медицины по педиатрии и детскому здоровью в Университете Makerere в Уганде. Она обучалась паллиативной помощи детям в Южной Африке в 2009 году. С тех пор она преподает паллиативную педиатрию медицинским работникам из Уганды и других стран на краткосрочных и на длительных курсах. Один из ее учителей — известный специалист по ППД доктор Джастин Эмери. Ее первоначальное обучение в Mildmay при поддержке Мемориального фонда Дианы, принцессы Уэльской (DPWMF), планировалось как шестимесячный курс. Благодаря ее лидерству и при поддержке DPWMF этот курс был продлен до дипломного курса. Этот курс она завершила в апреле 2014 года в Mildmay Uganda. Джейн глубоко заинтересована в клинических исследованиях, она представляла несколько докладов по паллиативной помощи детям как на локальных, так и на международных конференциях. В этом году один из ее докладов («Потребность в паллиативной помощи у выявленных ВИЧ-инфицированных детей, принятых на стационар в педиатрическое отделение в Уганде») был принят для публикации в электронном журнале *esancermedicalscience***.

Доктор Джулия Эмблер (Dr. Julia Ambler)

Джулия окончила Университет Кейптауна по специальности бакалавр медицины в 1998 году. После первых лет врачебной практики она провела шесть лет в Оксфорде (Великобритания) и вернулась домой в начале 2008 года. Проживая в Великобритании, она обучалась и работала как врач общей практики и врач детского хосписа «Дом

* http://www.togetherforshortlives.org.uk/professionals/care_provision/care_pathways

** *Esancermedicalscience* — открытый электронный, рецензируемый специалистами журнал о раке, основанный Европейским институтом онкологии в Милане.

Хелен и Дагласа» (Helen and Douglas Houses) в Оксфорде. Она член Королевского колледжа врачей общей практики в Великобритании и обладательница диплома педиатрической паллиативной медицины Университета Кардиффа в Уэльсе. У нее также есть диплом по детскому здоровью. С 2008 по 2012 год Джулия работала в фонде «Большие туфли» в Дурбане. Когда эта некоммерческая организация закрылась в декабре 2012 года, Джулия многое сделала для создания Умдузуци (Umduduzi) — хосписной помощи детям, чтобы продолжать работать в паллиативной педиатрии. Через эту организацию она консультирует государственные больницы и хосписные программы и проводит обучение в области паллиативной помощи детям. Она также работает приглашенным лектором на факультете педиатрии в Медицинской школе имени Нельсона Манделы в Университете Квазулу-Натал (UKZN).

Кейти Хилл (Katie Hill)

Кейти с отличием окончила Тринити-колледж в Дублине (Ирландия) по специальности «Детское и общее медсестринское дело» в апреле 2012 года, получив золотую медаль Тринити-колледжа за академические заслуги. Во время своего обучения она увлеклась паллиативной помощью детям и в октябре 2011 года за доклад по педиатрической паллиативной помощи получила студенческую медсестринскую награду Ирландии и Северной Ирландии. С тех пор этот доклад был переработан и опубликован в Британском медсестринском журнале (British Journal of Nursing) под заголовком «Паллиативная помощь детям в Ирландии и Великобритании». После окончания учебы Кейти провела шесть месяцев в качестве волонтера в детских хосписах «Баттерфляй» (Китай) и до сих пор работает с ними. В качестве волонтера в детских хосписах «Баттерфляй» она провела свыше 18 месяцев в Китае, где в настоящее время работает главной медицинской сестрой и управляет командами медицинских сестер в двух хосписах. В настоящее время она живет то в Китае, то в Ирландии, где обучается по магистерской программе «Сестринское дело, здоровье и благополучие детей». Для Кейти большая честь работать в Китае в детских хосписах «Баттерфляй», предоставляю-

щих паллиативную помощь и лечение детям с угрожающими жизни заболеваниями.

Катрина Мак-Намара (Kartina McNamara)

Катрина Мак-Намара — директор по развитию практики и услуг в британской организации детской паллиативной помощи «Вместе за короткие жизни». Она руководит командой, нацеленной на поддержку специалистов и организаций в их деятельности по разработке передовых практик и услуг для детей и молодых людей с неизлечимыми заболеваниями, а также их семей. В 2009 году она получила «Награду Элизабет Кюблер-Росс за выдающийся вклад» за разработку первого британского интегрированного подхода к детской паллиативной помощи. Она член Комитета по защите Международной сети детской паллиативной помощи, который занимается развитием детской паллиативной помощи во всем мире. До того, как она начала работать в некоммерческом секторе, она работала в качестве детской медицинской сестры, сестры общей практики и патронажной сестры в Мерсисайд* и в Департаменте здоровья в Англии.

Доктор Халия Аиша Джонсон (Dr. Khaliah Aesha Johnson)

Халия — клинический врач паллиативной помощи детям в Детском здравоохранении в Атланте (штат Джорджия, США). Доктор Джонсон получила свое медицинское образование в Медицинской школе Стэнфордского университета в Пало Альто (штат Калифорния), а затем прошла обучение по общей педиатрии в Университете Джона Хопкинса в Балтиморе (штат Мэриленд). Ее горячее желание и ориентация на заботу о детях со сложными, неизлечимыми заболеваниями привели к тому, что она подала заявку на стипендию для обучения детской паллиативной помощи в детской больнице Филадельфии, эту программу она завершила в 2012 году. У доктора Джонсон была возможность исследовать и работать в области паллиативной помощи детям и их семьям в разных странах мира, в том числе в Эфиопии и Южной Африке. Ее личные карьерные инте-

* Мерсисайд (Merseyside) — графство в Англии.

рессы включают улучшение доступа к паллиативной помощи детям в странах с ограниченными ресурсами и к педиатрической помощи в хосписах.

Доктор Куан Геок Лан (Dr. Kuan Geok Lan)

Доктор Куан Геок Лан пропагандирует ППД в Малайзии с 2006 года, когда она создала первую команду ППД в больнице штата Малакка (Малайзия). Она продолжает служить в педиатрическом отделении больницы Малакки в должности главного педиатра и заботиться о детях этого сообщества с потребностью в ППД. Она также преподает студентам-медикам. Она председательствует в Педиатрической ассоциации Малайзии, в подкомитете по паллиативной помощи детям, работа которого привела к тому, что Министерство здравоохранения Малайзии реорганизовало программы подготовки и развития педиатров по ППД. Подкомитет также ставит целью продолжать просвещение работников здравоохранения, повышать информированность общественности, продвигать исследования, а также вовлекать население. С 2013 года благодаря ее усилиям в двух больницах в штате Джохор в Малайзии заработали услуги ППД. В 2015 году она работала с 12 сельскими клиниками, сотрудничающими с этими двумя больницами, по обеспечению помощи на дому на основе принципов «здесь и сейчас».

Мэгги Комак (Maggie Comac)

Мэгги Комак — клиническая медсестра, специализирующаяся на педиатрической паллиативной помощи в больнице Грейт Ормонд Стрит. У нее большой опыт в педиатрической онкологии и паллиативной помощи как в Великобритании, так и на Ближнем Востоке. В июне 2010 — мае 2014 года Мэгги работала в Кувейте как медсестринский консультант Министерства здравоохранения и в последнее время как директор по предоставлению помощи в детской больнице Бейт Абдулла, первом учреждении, предоставляющем педиатрическую паллиативную помощь в регионе. Мэгги увлечена развитием медсестринской практики, поддерживая качественные услуги, основанные на доказательной медицине. Ее профессиональ-

ные интересы связаны с клиническими исследованиями в этой области, и в своей будущей работе она надеется внести вклад в развитие доказательной медицины.

Доктор Прадняя Талавадекар (Dr. Pradnya Talawadekar)

Прадняя — национальный координатор проекта детской паллиативной помощи в Индийской ассоциации паллиативной помощи. Она помогала отстаивать внедрение паллиативной помощи в штате Махараштра и включение паллиативной помощи в программу обучения Университета медицинских наук Махараштры (MUHS). Она разрабатывала образовательные материалы и материалы по защите прав и интересов граждан в Индии и организовывала обучение для индийских работников медицинской сферы. Она работает с некоммерческими организациями, чтобы помогать детям, нуждающимся в паллиативной помощи. Кроме того, она помогла создать три пилотных службы ППД для повышения доступности услуг в Махараштре.

Доктор Рене Мак-Каллох (Dr. Renee McCulloch)

Рене — консультант по паллиативной педиатрии в больнице Грейт Ормонд Стрит, почетный старший клинический лектор в Институте детского здоровья в Лондоне, она также работает в хосписе «Дом Хелен и Дагласа» в Оксфорде. У нее огромный опыт, включающий работу специалиста в педиатрических центрах, в детских хосписах и в предоставлении паллиативной помощи на дому. В 2010–2013 годах она работала в Кувейте, поддерживая развитие детской паллиативной помощи в детском онкологическом центре и затем в детском хосписе Бейт Абдулла. В 2010–2013 годах Рене и ее семья уехали жить в Кувейт, чтобы помочь там в становлении детской паллиативной помощи. Сначала Рене работала в детском онкологическом центре, затем в детском хосписе Бейт Абдулла (первом детском хосписе на Ближнем Востоке). Рене очень многое сделала в области детской паллиативной помощи, ей нравится участвовать в исследованиях, в тренинговых и образовательных программах. Ее особые интересы связаны с развитием доказательной базы для практики, улучшения

паллиативной помощи детям и с увеличением доступности опиоидных препаратов для детей во всех странах.

Доктор Рут Киман (Dr. Rut Kiman)

Рут — глава команды педиатрической паллиативной помощи в материнско-младенческом отделении больницы профессора А. Посадаса в Аргентине. Она также работает профессором-ассистентом педиатрии и старшим лектором в педиатрическом отделении Медицинской школы Университета Буэнос-Айреса. Рут работает с детьми и их семьями более 30 лет, у нее 20-летний опыт работы с неизлечимо больными младенцами и детьми. Она также преподает студентам, врачам-ординаторам больницы Посадаса и студентам, получающим постдипломное образование на курсе в некоммерческой организации «Паллиум» (Pallium). Являясь членом Latinoамериканской ассоциации паллиативной помощи, она принимала участие во множестве семинаров в разных частях региона. В качестве члена совета директоров Международной сети детской паллиативной помощи с 2006 года она также написала несколько статей и была соавтором ряда книг по своей специализации.

Доктор Сэтбир Джассал (Dr. Satbir Jassal)

Сэт — старший партнер — врач общей практики и директор по медицинским вопросам детского хосписа Rainbows в Лэ́фборо (графство Лестершир в Англии), управляет командой из четырех врачей в отделении на 14 коек, работает с детьми и молодыми людьми. Он был врачом общей практики в течение 25 лет и работает в детской паллиативной помощи свыше 20 лет. Он — автор и редактор документа «Базовый контроль симптомов» детского хосписа Rainbows, соавтор «Оксфордского руководства по паллиативной педиатрии» и редактор реферативного журнала Synopsis. Он — председатель группы Формуляра лекарственных средств Ассоциации педиатрической паллиативной медицины (APPM) и редактор Формуляра АРРМ. Он также читает лекции в Университете Кардиффа по педиатрической паллиативной медицине и является почетным консультантом LOROS (хосписа для взрослых). Возглавляет направление «Детское

здоровье» в CCG* Западного Лестершира и клиническое направление в сети EOF** Стратегической клинической сети Ист Мидлэндс***. Он был удостоен почетной стипендии Королевского колледжа педиатрии и детского здоровья (FRCPCН), в 2014 году стал кавалером ордена Британской империи (МВЕ****).

Сью Бюше (Sue Boucher)

Сью Бюше — педагог, редактор-консультант и автор детских книг и учебных пособий. Редактор международного детского раздела сайта e-Nospice, отвечает за социальные медиа в Международной сети детской паллиативной помощи (ICPCN). Советник Фонда Элизабет Кюблер-Росс, работает в наблюдательном Комитете по паллиативному лечению детей в Южной Африке и является членом Совета хосписной заботы о детях Умдудуци в Дурбане. Сью присоединилась к ICPCN в 2007 году в качестве международного информационного специалиста и теперь является директором по коммуникациям. Она ведет активную работу в образовании, защите прав, создании материалов для ICPCN, а также участвует в создании учебных пособий, журнальных статей и в организации конференций.

Доктор Зиппора Али (Dr. Zipporah Ali)

Зиппи — исполнительный директор хосписов Кении и Ассоциации паллиативной помощи (КЕНРСА) и член совета нескольких международных организаций по детской паллиативной помощи. Она получила награду Африканской ассоциации паллиативной помощи (АРСА) за вклад в развитие паллиативной помощи в Африке и за работу в инаугурационном совете АРСА. Раньше она служила в составе Совета АРСА и Совета Раковой ассоциации Кении. Она работает с программами защиты интересов и повышения осведомленности о паллиативной помощи в Кении и сделала немало для того, чтобы интегрировать паллиативную помощь в работу государственных

* Clinical Commissioning Group.

** End of life — окончание жизни.

*** East Midlands Strategic Clinical Network.

**** Member of the Order of the British Empire.

больниц Кении и в образовательные программы учебных заведений Кении, готовящих медицинский и фельдшерский персонал. Зиппора была награждена почетной докторской степенью Университета Оксфорд Брукс в знак признания ее выдающегося вклада в паллиативную помощь как на международном, так и на местном уровне, а также «Наградой за защиту интересов» от Ассоциации паллиативной помощи Африки и фонда «Открытое сообщество».

Другие помощники

Все мы очень благодарны за вклад Лин Гоулд (Lyn Gould) из детского хосписа «Баттерфляй» в Китае и доктору Марте Мерекумombe (Dr. Martha Mherekumombe) из Департамента медицины боли и паллиативной помощи сети детских больниц Сиднея.

Как пользоваться этой книгой

Надеюсь, вам будет легко пользоваться этой книгой. Каждая часть построена вокруг вопроса:

«Как?»

Поэтому просто обратитесь к содержанию, выберите тему, которая наиболее близка к той проблеме, с которой вы столкнулись, и следуйте рекомендациям.

Если рекомендации включают применение лекарственных средств, перейдите к Формуляру АРРМ в конце книги и изучите информацию о препарате. Формуляр АРРМ — лучшее профессиональное издание по ППД*, он постоянно пересматривается и обновляется.

Если вам захотелось побольше почитать по теме, в конце каждой части предложены полезные источники информации.

Ссылки на литературу можно найти в конце книги.

По привычке я использовал британское, а не американское английское правописание. Пожалуйста, простите, если вы предпочитаете второе. Также я использовал универсальные названия препаратов в английском правописании в тех случаях, когда в международной практике существуют разные варианты написания.

* Паллиативная помощь детям.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

Как общаться с детьми и их семьями

Что вам, возможно, уже известно

- Вы, скорее всего, знаете больше, чем вам кажется, о том, как общаться с детьми. Даже если у вас нет детей в семье, вы можете обратиться к опыту своего детства.
- Докторов и медсестер обучают общению, в частности тому, как использовать невербальную коммуникацию и как общаться с семьями. Эти навыки легко можно перенести в сферу паллиативной помощи детям.
- В жизни существует много того, на что повлиять не в наших силах. Большая часть работы врачей и медсестер состоит в том, чтобы помогать людям жить с проблемами, которые они не могут решить.
- Иметь дело со смертью ребенка страшно и эмоционально выматывающе, особенно если нет специальных структур и системы поддержки. Но если делать все правильно, эта работа может обогащать вас как профессионала и как человека.
- Качественная паллиативная помощь детям требует хорошей командной работы; зачастую это значительно труднее организовать, чем кажется.

Что может оказаться вам полезным

Слушание

Во всех сферах работы врачей и медсестер хорошие коммуникации — это внимательное слушание и способность услышать то, что не сказано вслух. Дети могут никогда не рассказать о том, что их беспокоит или что у них на уме.

Как общаются дети

- **Язык тела.** Детей обычно довольно легко «прочесть», но иногда они могут ввести в заблуждение. Сами дети тоже отлично понимают язык тела и жестов, поэтому вам важно осознавать это и в процессе общения принимать открытые, дружелюбные и расслабленные позы.
- **Язык игры.** Дети скорее покажут, чем расскажут о своей жизни. Пусть у вас под рукой будут материалы для игры; выделите время, чтобы посидеть с ребенком, с интересом наблюдайте и ждите. Остальное они сделают сами.
- **Разговорный язык.** Разговор не является основным инструментом для общения у очень маленьких детей. Даже дети постарше могут предпочитать коммуницировать другими способами. Представьте себе, что вы говорите с кем-то из другой страны, другой культуры, на не родном ему языке, поэтому уберите из своей речи жаргонные слова и предположения. Если ваш родной язык не является родным языком ребенка, для общения с более взрослыми детьми вам может понадобиться переводчик.

Почему хорошие коммуникации так важны в паллиативной педиатрии

- Слушая и отвечая, мы можем выяснить, что дети знают и чего не знают. Мы можем помочь им, предоставив нужную информацию, поддержку и понимание.
- Если мы не говорим о чем-то, это не значит, что коммуникации не происходит: избегание темы само по себе уже является определенным невербальным сообщением.
- Дети и родители обычно стремятся защищать друг друга от огорчений, избегая трудных разговоров; поэтому ребенок может оказаться эмоционально изолированным.
- Хорошие коммуникации помогают детям вовлекаться в собственный процесс лечения¹, и это улучшает соблюдение режима терапии.

- Хорошие коммуникации снижают количество жалоб и неудовлетворенность помощью, предоставляемой пациентам.
- Открытое общение с детьми и их семьями помогает улучшить вашу профессиональную удовлетворенность работой.
- И конечно, хорошие коммуникации помогают нам получать ценную информацию, на основе которой мы можем правильно диагностировать проблемы и разрабатывать эффективные планы лечения.

Что может препятствовать хорошим коммуникациям с детьми

Социальные факторы. В богатом ресурсами обществе детская смерть встречается редко, в то время как в условиях недостатка ресурсов это все еще ужасающе обыденно. Люди, живущие там, где детские смерти редки, имеют мало подобного опыта, боятся встречаться со смертью или имеют нереалистичные ожидания. С другой стороны, люди, живущие там, где детские смерти привычны, могут выработать «иммунитет», не относиться к этому по-настоящему чутко, с трудом понимать необходимость эффективной помощи.

Культурные факторы. Культурные факторы играют ключевую роль в том, как мы относимся к здоровью, болезням и умиранию. Поэтому очень важно, чтобы мы, с одной стороны, осознавали, как наши собственные культурные «очки» искажают наши представления о мире, а с другой — уважали и принимали во внимание взгляды и культурные особенности других людей. Но здесь всегда должно быть большое «ОСТОРОЖНО!». Мы часто думаем, что дети разделяют культуру своих родителей. Это верно, но отчасти, т.к. мир ребенка — это совершенно иное пространство, чем мир взрослого, к какой бы культуре ни принадлежали родители. Осознание культурных отличий и уважение к ним — это нечто большее, чем простая вежливость в отношении людей, которые отличаются от нас (хотя и это тоже важно). Все это имеет практические последствия, т.к. культурные факторы влияют на наши мысли и поведение, а также

на нас в целом как на родителей и специалистов, и, как следствие, накладывает серьезный отпечаток на то, как ребенок переживает умирание и смерть.

Языковые факторы. Языковые барьеры могут создавать трудности для эффективной коммуникации. Важно, чтобы все: семья, ребенок и медицинские специалисты — понимали все сказанное. Иногда для точного понимания необходим переводчик.

Факторы пациента. Дети и их семьи могут недоговаривать о проблемах, потому что боятся, что с этим ничего нельзя сделать; боятся перегружать тех, кто заботится о них, или потому что хотят выглядеть сильными. Кроме того, дети часто не говорят о проблемах, потому что боятся попасть в больницу и/или боятся болезненных процедур, или потому, что привыкли жить с этой проблемой, или потому, что знают, что трудные разговоры расстраивают родителей, и не хотят этого.

Заблуждения. Мы часто заблуждаемся или делаем неправильные предположения в отношении того, что думают дети или что их беспокоит. Например, мы можем предполагать, что ребенок с прогрессирующим раком проявляет беспокойство из-за боли, которую будет испытывать в конце жизни. А на самом деле девочка, например, может быть в ужасе оттого, что ее тело после смерти будут поедать черви. Честные, открытые коммуникации помогут избежать ложных предположений.

Дистанцирование. Очень сложно заботиться о людях, которые являются постоянным напоминанием о твоих собственных страхах (и, возможно, источником плохих воспоминаний). Чтобы избавиться от этих мыслей, специалисты могут избегать оказывать помощь и избегать трудных разговоров, которые должны состояться.

Страх расстроить и причинить вред. Дети с ограничивающими жизнь заболеваниями обычно знают гораздо больше, чем думают их родители и специалисты. Практически нет свидетельств того,

что предоставление детям большого объема информации оказывает на них долгосрочный негативный эффект. Поэтому важной составляющей паллиативной помощи детям является непростой поиск баланса между уважением к взглядам родителей и работой «в лучших интересах ребенка». Тайный сговор и притворство приводят к принятию решений, касающихся ребенка, без участия самого ребенка и попытки узнать у него самого, что его беспокоит, какие идеи и ожидания у него есть. Подобная «закрытость» может быть очень разрушительной для ребенка и усложнять оказание паллиативной помощи.

Боязнь спровоцировать сильные эмоции. Гнев, слезы, отрицание и депрессия — это лишь некоторые из эмоций и реакций, которые у нас ассоциируются со смертью ребенка. Большинство из нас не хочет оказаться на месте тех, кому адресованы эти эмоции, поэтому мы, естественно, стремимся их избежать. Важно дать членам семьи и ребенку пространство, время и возможность выразить свои чувства.

Чувство некомпетентности. Вы можете чувствовать, что хотели бы иметь больше навыков. Но вряд ли вы причините вред, разговаривая с ребенком на сложные темы. Скорее всего, вы принесете много пользы, слушая и просто сохраняя способность оставаться рядом с ребенком в трудный и болезненный для него период, даже если вы не можете унять душевную боль.

Страх «потерять» лицо. Мы все боимся болезней и смерти, мы все испытали потери. Нас учили всегда сохранять профессиональную честь, поэтому страх потерять контроль над собой и не сдержаться эмоции может быть огромным барьером в коммуникации.

Страх не найти решения. Вам может казаться, что вы всегда должны иметь лекарство или решение от всех проблем и чувствовать поражение, если не можете дать это пациенту. Однако истинное заблуждение как раз в том, чтобы считать, что вопрос жизни и смерти имеет ответ в принципе. Даже если нельзя предотвратить смерть, у вас есть множество способов, как помочь.

Как правильно выстраивать коммуникации с детьми

Даже если вы молчите, это не значит, что вы ничего не говорите. Помните о силе невербальной коммуникации. Помните, что, если вы или семья избегаете острых вопросов, ребенок скорее всего будет думать, что происходит что-то очень плохое или пугающее и поэтому ему об этом не говорят. Представьте, как он может чувствовать себя при этом.

Выделите время. Помните старую поговорку: «Тише едешь — дальше будешь». Задайте себе вопросы: «Нужно ли взять опытного переводчика или воспользоваться помощью члена семьи или друга? Правильное ли это пространство? Не будут ли меня отвлекать?»

Предупредите своих коллег, что вы не сможете быть на связи; выключите телефон или передайте его коллегам; сядьте и постарайтесь осознанно расслабить свое тело; будьте открытым для разговора. Ребенку нужно знать, что в этот момент времени он ваш единственный приоритет.

Создайте контакт. Используйте открытую и дружелюбную манеру; не спешите; пожмите руку, представьте всех присутствующих и объясните роль каждого; создайте общее пространство непринужденности и взаимопонимания как с ребенком, так и с его семьей.

Посмотрите на себя со стороны. Возможно, вы уже забыли, как выглядит мир, когда вы всего два фута* роста. Подумайте: каково это сидеть на полу, когда мир взрослых жужжит над вами? Для ребенка вы можете выглядеть пугающе. Поэтому улыбнитесь, сделайте себя меньше, опуститесь на его уровень, согнитесь и избегайте крупных, быстрых, устрашающих движений. Когда вы контролируете свои собственные чувства (включая дыхание), это помогает максимально сфокусироваться на ребенке и родителе (некая форма осознанности).

* 1 фут = около 30 см.

Уважайте пространство. Уважайте личное пространство ребенка. Подождите, пока к вам придут или, по крайней мере, пока вас пригласят. Не нужно щипать ребенка за щеку, похлопывать его по плечу, гладить по голове, ерошить ему волосы.

Прикосновения. Когда вы почувствуете, что сблизились — для одних детей прикосновения могут стать уместными, для других — остаться непереносимыми. Но рано или поздно вам нужно будет это сделать, чтобы осмотреть ребенка. Очень легкое прикосновение к руке или к кисти может сказать ребенку очень многое.

Сделайте пространство дружелюбным для ребенка. У вас случайно не стоит на виду какое-нибудь пугающее оборудование? А игрушки или цветные карандаши есть в комнате? У вас на стене висят фотографии ужасных заболеваний? Снимите их и замените на что-то более успокаивающее. Яркие цветные комнаты помогают детям чувствовать себя более комфортно и расслабленно. Можно предложить ребенку, с которым встречаетесь, нарисовать что-то или сделать что-то своими руками, чтобы вы прикрепили это на стену.

Сделайте так, чтобы ребенку было комфортно. Убедитесь, что ребенку комфортно (например, на коленях у мамы, на полу с игрушками, на кровати и т.д.). Обязательно ли осматривать его на кушетке или можно оставить на коленях у мамы? И почему бы не провести осмотр прямо на полу, где малыш играет?

Постоянно предлагайте поддержку и хвалите. Каждый раз, когда есть возможность сказать «молодец» или «умница», делайте это, даже за то, что он вошел в ваш кабинет без слез. Чем больше ребенок будет уверен в себе, тем лучше он будет с вами сотрудничать. Полезно держать у себя такие вещи, как стикеры или леденцы на палочках, чтобы поощрять ребенка за хорошее поведение, тем самым завоевывая его доверие.

Объясняйте, что вы делаете. Если необходимо провести болезненную процедуру, объясните ребенку, что вы собираетесь делать и будет ли ему больно. По возможности используйте отвлекающие техники или лекарства, чтобы предотвратить боль или помочь справиться с ней. Что бы вы ни делали, не поддавайтесь соблазну сказать, что больно не будет: если ребенок почувствует боль, он утратит доверие к вам и будет бояться всех медицинских работников впоследствии.

Проявляйте уважение. Избегайте снисходительности, осуждения, жесткости или резкости, особенно с детьми постарше. Слушайте и уделяйте внимание всему, что они хотят сказать; не давайте обещаний, которые не сможете выполнить; сохраняйте верность своему слову. У подростков спрашивайте, хотят ли они, чтобы кто-то был с ними во время вашего разговора или проведения процедуры. Не перебивайте их; позвольте говорить до тех пор, пока они не закончат сами и не выскажут все то, что хотели сказать. При работе с девочками-подростками пусть вас всегда сопровождает женщина.

Избегайте предположений. В разговоре с ребенком всегда отвечайте вопросом на вопрос, чтобы прояснить, что скрывается за некоторыми из них. Например, на вопрос: «Я умираю?» — вы можете спросить: «Почему ты так думаешь?» или что-то в этом роде. Все дети разные, поэтому не думайте, что вы все знаете лишь потому, что раньше уже сталкивались с подобной ситуацией: этот ребенок может испытывать совсем другие чувства и под сходным вопросом подразумевать другие вещи.

Не сдавайтесь. Если вы напортачили, не останавливайтесь. Если у вас добрые намерения, вы сможете восстановить взаимопонимание. Если вы скажете, что сожалеете, и попросите дать вам второй шанс, ребенок поймет, что вы уважаете его и, возможно, это даже улучшит ваше положение относительно того, с чего вы начинали. Дети обычно очень хорошо умеют прощать и готовы давать второй шанс (и третий, и четвертый, и пятый...) до тех пор, пока они вам доверяют и знают, что вы стараетесь сделать как лучше.

Полезные источники информации

- Darnill, S. and Gamage, B. (2006) 'The patient's journey: palliative care — a parent's view'. *British Medical Journal* [online] 332 : 1494 doi: 10.1136/bmj.332.7556.1494 <http://www.bmj.com/content/332/7556/1494.full>
- Ranmal, R., Prictor, M, Scott, J.T. (2008) 'Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer'. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD002969. DOI: 10.1002/14651858.CD002969. pub2. Available from <<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD002969/frame.html>>
- Amery, J. (Ed.) (2009) *Children's Palliative Care in Africa*. Oxford: Oxford University Press. Available from <http://www.icpcn.org.uk/core/core_picker/download.asp?id=204>
- Goldman, A., Hain, R. and Liben, S. (2012). (Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Second Edition . Oxford. OUP.
- gp-training.net (2006) *Communicating with Children* [online] available from <http://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/children.htm>
- ICAN <http://www.ican.org.uk/>
- Kids Behaviour (UK): <http://www.kidsbehaviour.co.uk/>
A website offering advice, help and support to parents or carers who need guidance when dealing with a child's behaviour
- Levetown, M. (2008) 'Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information'. *Pediatrics*, 121(5), pp.e1441-e1460. [Online]. Available from: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/18450887/Communicating_with_children_and_families:_from_everyday_interactions_to_skill_in_conveying_distressing_information
- Osbourne, H (2001) ' In other words...Start Where They Are... Communicating With Children and Their Families About Health and Illness' *On Call Magazine*. [Online]. Available from: <http://www.healthliteracy.com/article.asp?PageID=3776>

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

Как сообщать плохие новости детям и их семьям

Что вам, возможно, уже известно

- Принципы сообщения плохих новостей одинаковы при работе как с детьми, так и со взрослыми.
- Механизмы психологической защиты очень сильно влияют на то, как мы сами можем справиться с печальной информацией и донести ее до других.
- Врачи и медсестры вынуждены иметь дело с большим объемом потенциально тяжелой информации. Поэтому обычно они достаточно компетентны, чтобы сделать все максимально правильно.
- Обычно люди сами приходят к пониманию, что они умирают или умирают их дети. Часто им требуется чуть больше, чем мягкая и последовательная поддержка, для полного осознания происходящего.

Что может оказаться вам полезным

- В ситуациях, когда каждый осознает происходящее и участвует в диалоге, гораздо легче оказывать паллиативную помощь. А она, в свою очередь, более эффективна и дает большую поддержку.
- Не так легко достичь столь прекрасного состояния дел на практике.
- Когда ребенок умирает, он сам и его семья должны пройти две дороги: физический путь к смерти и эмоциональный путь к смерти.

- До тех пор, пока движение по эмоциональному пути не слишком отстает от путешествия по физическому, обычно нет необходимости подталкивать детей и их семьи к осознанию смерти. У вас есть время на то, чтобы постараться выстроить доверие и коммуникацию.
- Однако иногда путешествие по эмоциональному пути запаздывает настолько сильно, что становится невозможным выстраивать эффективные планы или принимать адекватные решения. В данной ситуации дети могут испытывать ненужные страдания.
- Иногда наши коллеги блокируют раскрытие информации, и не из плохих намерений, а просто потому, что они сами не готовы. Когда это происходит, мы можем оказаться в сложном треугольнике.
- В какой-то момент (лучше раньше, чем позже) вам нужно будет сообщить прогноз течения болезни ребенка его семье, а в идеале и самому ребенку.
- Вполне понятен страх перед таким разговором, который переживают врачи и медсестры. Именно он, вероятно, является самой весомой причиной, по которой во всем мире паллиативная помощь детям осуществляется так плохо (по крайней мере, по моему опыту).
- Поэтому вы **ДЕЙСТВИТЕЛЬНО** должны уметь это делать...

Ключевые моменты при сообщении плохих новостей

- С родителями нужно общаться открыто и честно.
- Родителей следует воспринимать как экспертов в вопросах заботы об их детях.
- Важные новости следует сообщать в приватной обстановке.
- Специалисты должны выделять достаточно времени на разговор о состоянии ребенка и на обсуждение того, что это значит для семьи.

- Необходимо предоставлять возможность быть вместе обоим родителям при разговоре. Адвокаты и переводчики должны быть доступны, чтобы сопровождать семью.
- Новости нужно доносить, используя ясный и хорошо понятный язык без специфических терминов.
- Между специалистами и семьей должен идти открытый диалог.
- Родителям нужно дать время на то, чтобы изучить разные сценарии лечения и задать вопросы.
- При сообщении плохих новостей нужно дать возможность что-то записывать или обеспечить письменной информацией, поскольку дети и семьи часто забывают многое из того, что было сказано, из-за переживаемого шока и стресса.

8 шагов в сообщении плохих новостей

Сообщать плохие новости, действительно, трудно. Вот несколько ключевых шагов, которые помогут вам:

1. Подготовьтесь к сообщению важных новостей.
2. Оцените уровень осведомленности каждого из вовлеченных людей.
3. Узнайте, как много известно ребенку и семье.
4. Узнайте, как много ребенок и семья хотят знать.
5. Работайте с отрицанием и негласными соглашениями.
6. Сообщая новости, используйте метод «Предупреждение — Пауза — Проверка» (ППП). Выделяйте время для молчания.
7. Реагируйте на чувства ребенка и членов его семьи.
8. Планируйте и реализуйте запланированное².

1. Подготовьтесь к сообщению важных новостей

- Вы должны подготовиться заранее. Убедитесь, что вы получили и поняли все, что можно, о состоянии пациента и его лечении до настоящего момента.
- Предусмотрите вопросы, которые вам могут задать. Подумайте, что бы вы сами спросили в такой ситуации.

- Заранее попрактикуйтесь в том, какие фразы и формулировки вы будете использовать. Не просто подумайте о них, но на самом деле произнесите их, лучше перед зеркалом. Это придаст вам уверенности при разговоре с семьей.
- Спланируйте, в каком месте вы будете сообщать новости. Убедитесь, что это расслабляющее пространство, дающее возможность уединиться. Убедитесь, что при разговоре будут присутствовать именно те люди, которые нужны.
- Если вы предполагаете, что у разных членов семьи разный уровень знаний или они по-разному относятся к ситуации, возможно, было бы правильно увидеться с ними по отдельности. Однако сделайте так, чтобы со всеми ключевыми людьми, принимающими решение, вы поговорили примерно в одном временном промежутке, иначе вы рискуете создать напряженность и конфликтные ситуации.
- Присутствие ребенка может быть уместным или неуместным. Часто, особенно с детьми помладше, родители предпочитают сначала услышать новости самим, а затем организовать совместную встречу с ребенком.
- Объем информации, который родители разрешают предоставлять своему ребенку, во всем мире разный. Специалисты, помогавшие мне в написании этой книги, высказывали разные мнения. Тем не менее все были согласны, что в идеале, когда это возможно, лучше всего открыто предоставлять информацию и обсуждать ее.

2. Оцените уровень информированности каждого из вовлеченных людей

Когда ребенок и семья сталкиваются с ограничивающим жизнь или угрожающим жизни диагнозом, они могут оказаться в одном из четырех разных «пространств информированности»:

- **Закрытая информация.** Ребенок не знает о диагнозе, а те, кто знают, скрывают это.
- **Информированность, основанная на подозрениях.** Ребенок подозревает, что что-то не так, но не уверен в этом.

- **Взаимное притворство.** Ребенок, семья и специалисты-медики знают обо всем, но никто об этом не говорит.
- **Открытая информированность.** Все знают и открыто говорят об этом.

Открытая информированность — это идеал, поскольку позволяет озвучивать страхи и тревоги и работать с ними, разрабатывать максимально эффективные планы помощи путем совместного обсуждения, что дает возможность ребенку и его семье почувствовать, что они контролируют ситуацию.

Часто ребенок, семья и специалисты оказываются в разных пространствах информированности или застревают во «взаимном притворстве»³. Обычно это происходит потому, что правда причиняет большие страдания, с которыми трудно справиться.

В целом нет ничего плохого в том, чтобы позволить каждому достичь «открытой информированности» в свое время. Но если блокирование коммуникаций увеличивает вероятность страданий ребенка (например, когда ребенок изолирован и очень встревожен или события развиваются так быстро, что без диалога невозможно все спланировать, подготовить и адаптироваться), ваше вмешательство может быть крайне необходимо (см. ниже «Работайте с отрицанием и тайными соглашениями»).

3. Узнайте, как много известно ребенку и семье

Постарайтесь выяснить, как много известно каждому человеку. Поговорите с каждым индивидуально, сделайте это так, чтобы другие не мешали и не прерывали вас. Всегда позволяйте людям говорить свободно, чтобы у них была возможность выразить то, что они действительно хотят сказать. Найдите время выслушать, время и пространство помолчать. Когда они закончат говорить, проанализируйте, что они сказали, и убедитесь, что вы точно поняли, что им известно, прежде чем делать следующий шаг.

4. Узнайте, как много ребенок и семья хотят знать

Сначала нужно выяснить уровень отрицания, на котором сознательно или подсознательно находятся ребенок и члены его семьи.

Если они посылают сигналы о том, что не готовы быть открытыми, сделайте шаг назад и вернитесь к этому позже. Не навязывайте им информацию, если они ее не хотят.

5. Работайте с отрицанием и негласными соглашениями

Это скорее искусство, чем наука. Нет четких универсальных рецептов. Вам нужно постараться сбалансировать риски и преимущества продолжающегося отрицания. В тех случаях, когда мотивация основана на любви (а не на желании контролировать), негласные соглашения и отрицание обычно исчезают по мере того, как развиваются события и люди привыкают к ситуации. В этом случае нужно лишь подождать, пока это случится естественным образом. Если ситуация быстро ухудшается, то у вас нет такой роскоши, как время; если ребенок очевидно изолирован и расстроен сговором и отрицанием, вам необходимо поговорить с родителями о том, что вы видите, как они себя ведут, и понимаете, что причина — нежелание ранить друг друга. При этом объясните, что они могут по неосторожности причинить боль ребенку, не позволяя разговору состояться. Дети могут догадываться по невербальному поведению об эмоциях, которые испытывают другие люди, и очень быстро чувствуют стресс и напряжение, переживаемые взрослыми.

6. Сообщая новости, используйте метод «Предупреждение — Пауза — Проверка» (ППП)

«Метод PPP» — хороший способ. Он простой и работает. Начните с того, что мысленно разделите сообщение информации на части. В случаях неизлечимых заболеваний есть несколько составляющих, которые нужно донести до ребенка и семьи:

- О том, что ребенок умрет.
- Умрет ли он скоро, или течение болезни продолжительное, с постепенным угасанием, имеющее широкий спектр потребностей в помощи.
- О том, что ребенок может испытывать неприятные симптомы, несмотря на адекватное лечение.
- О том, что семье нужно знать, что делать, если произойдет какая-то из вышеперечисленных ситуаций.

Немногие люди сумеют справиться со всем объемом плохой информации за один раз (если таковые вообще есть). Человек автоматически отключается на каком-то уровне боли и перестает слушать. Несмотря на то что вам будет хотеться поскорее завершить этот процесс и сообщить все важные новости сразу (это можно понять), велика вероятность, что вам не удастся это сделать.

Метод ППП

Решите, какую часть новости вы хотите сообщить.

- **Предупреждение.** Дает человеку возможность подготовиться и взять себя в руки, помогает принять трудную информацию.
- **Пауза.** Дает человеку возможность решить, хочет ли он продолжать, а также отреагировать на услышанное. Если он выражает согласие (вербально или невербально), сделайте следующий шаг и сообщите первую часть новости.
- **Проверка.** Спросите, что он (они) понял, поправьте его (их) или подтвердите правильность сказанного. Так вы сможете убедиться, что вас поняли, а также сделать все, чтобы новость правильно отложилась в памяти человека. Это важно, потому что после травматичных событий люди часто забывают то, что случилось, или то, что было сказано.
- Решите, готовы ли они двигаться дальше. Если готовы, сообщите им следующую часть информации, используя тот же метод.
- На каждой стадии должна быть возможность записывать информацию или должна быть предоставлена готовая письменная информация для дальнейшего использования.

7. Отреагируйте на чувства ребенка и его семьи

Теперь вам нужно сесть и переждать реакцию ребенка или родителей. Какова бы ни была их реакция, сохраняйте спокойствие. Если они начнут проявлять эмоции или страх, постарайтесь не паниковать. Эмоции начнут таять и сойдут на нет, если вы не будете их подогревать. Будьте мягкими и покажите при помощи невербальной коммуникации, что у вас есть столько времени, сколько им нужно

(даже если это не так). Самое важное, какова бы ни была реакция, покажите, что вы понимаете, почему люди так себя ведут. Например, вы можете сказать, что «это нормально — злиться/расстраиваться»; «многим людям трудно говорить, когда они слышат подобные новости».

Когда реакция уляжется, вы должны продолжать разговор до тех пор, пока не случится одна из следующих ситуаций:

1. Больше не останется информации, которую нужно сообщить.
2. Ребенок или родители дадут вам понять, что для них достаточно на этот раз.
3. У вас появится ощущение, что они больше не слышат или не принимают информацию.
4. Вы сами чувствуете, что больше не в силах продолжать (и это нормально, если вы можете назначить время, чтобы вернуться к разговору).

8. Планируйте и реализуйте запланированное

Когда вся важная информация донесена, когда вы дали людям время отреагировать и выразить свои эмоции, когда вы дали им понять, что их эмоции — это естественно, переходите от слушания к более активной фазе. Начните озвучивать возможности, предложите источники поддержки и расскажите о планах помощи при возникновении проблем и вопросов, о которых вы говорили. Предоставьте письменную информацию и буклеты, чтобы они могли взять их с собой и прочесть в течение следующих нескольких дней. Что бы вы ни делали в дальнейшем, убедитесь, что родители смогут связаться с вами или с вашими коллегами в течение следующих нескольких дней. Проверьте, чтобы у них на руках была ваша контактная информация, чтобы они чувствовали поддержку в это время.

Полезные источники информации

- Buckman, R.A. (2005) *Breaking bad news: the S.P.I.K.E.S. Strategy*. Community Oncology. <<http://www.communityoncology.net/journal/articles/0202138.pdf>>

- Goldman, A. Hain, R. and Liben, S. (2006) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children — Chapters 2, 7-10*. Oxford: Oxford University Press
- Buckman, R.A. (1992) *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Department of Health, Social Services & Public Safety (DHSSPS) (2003) *Breaking Bad News ... Regional Guidelines Developed from Partnerships in Caring*. Belfast: DHSSPS
- Scope (1993) *Right From The Start — template document. A guide to good practice in diagnosis and disclosure*. London: Scope Publications
- Proulx, M. (2009) ‘Using silence as a communication tool’. *Analytical Mind*. [Online]. Available from: <http://analytical-mind.com/2009/11/23/using-silence-as-a-communication-tool/>
- Irish Hospice Foundation (nd.) *How Do I Break Bad News— Information for Staff*. [Online]. Available from: <http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/04/How-Do-I-Break-Bad-News.pdf>
- Blancaflor, S. (2010) *Communication and End of Life Decision Making— A Resource Guide for Physicians*. [Online]. Available from: <http://www.ctendoflifecare.org/documents/CommunicationandEndofLifeDecisionMaking000.pdf>
- RCN (2013) *Breaking bad news: supporting parents when they are told of their child's diagnosis* [Online]. Available from: http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0006/545289/004471.pdf

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

Как справляться с сильными эмоциями и трудными вопросами

Что вам, возможно, уже известно

- Эмоциональные реакции — неотъемлемая часть жизни с неизлечимым и угрожающим жизни заболеванием.
- Будучи врачом или медсестрой, вы, вероятно, уже привыкли сталкиваться с трудными и часто не имеющими ответа вопросами.
- Роль врача или медсестры в том, чтобы лечить излечимое, а также помогать пациентам примириться с тем, что вылечить нельзя.
- Вы привыкли помогать пациентам справляться с их проблемами.
- Вы привыкли использовать разные невербальные и вербальные инструменты, чтобы оказывать поддержку при общении с ними.
- Поддержание собственного здоровья и благополучия — это ваш долг перед вашими пациентами, перед вашими семьями и перед собой.

Что может оказаться вам полезным

Переживание сильных эмоций

Когда дети и члены семьи выражают гнев, глубокую печаль или другие сильные эмоции, это выглядит довольно пугающе и может подавлять. Тем не менее эти реакции нормальны и уместны, потому что ребенку поставлен диагноз, требующий паллиативной помощи. Более того, эти реакции могут быть полезными и очищающими. Важно всегда помнить, что эмоции направлены не на вас, а на ситуа-

цию. Если вы обнаруживаете себя в эпицентре эмоциональной бури, напомните себе, что никто не может находиться в столь сильном эмоциональном состоянии бесконечно. Обычно эмоции довольно быстро остывают, даже если сначала кажется, что им не будет конца. Лучшее, что вы можете сделать, следующее:

- Обеспечьте себе безопасное пространство и возможность уйти, если будете вынуждены это сделать.
- Оставайтесь в открытой позе, держитесь скромно и будьте настолько эмпатичны, насколько сможете.
- Дышите медленно и глубоко.
- Слушайте.
- Не перебивайте и не спорьте.
- Когда эмоции улягутся, осторожно дайте обратную связь, проверьте и подтвердите, что вы услышали, чтобы убедиться, что вы правильно поняли все, что было сказано.
- При любой возможности давайте понять, что такие эмоции членов семьи объяснимы, и всегда поддерживайте их в такой непростой ситуации.
- Предложите им встретиться снова, договоритесь о времени и месте. Если ребенок или семья не хотят встречаться, убедитесь, что у них есть возможность связаться с вами по телефону в рабочее время.
- Обеспечьте себе возможность поговорить с кем-нибудь о своих собственных эмоциях после любого эмоционального разговора.

Работа с трудными вопросами

Дети могут и используют самые неподходящие моменты, чтобы задать свои вопросы. Они также не всегда демонстрируют взрослую деликатность. Вопросы ребенка могут быть очень прямыми и по существу. Велики шансы, что вы услышите трудный вопрос тогда, когда меньше всего его ожидаете и менее всего к нему готовы.

Тем не менее тот факт, что ребенок задает вопрос, свидетельствует о доверии. А если ребенок готов доверять вам в своих тревогах и страхах, есть реальные шансы сделать что-то очень поддерживаю-

щее и стоящее, а именно успокоить и помочь подготовиться к смерти. Вот некоторые подсказки, которые должны помочь вам справиться с большинством ситуаций:

Отвечайте вопросом на вопрос до тех пор, пока не убедитесь, что вы на одной волне. Например, если умирающий ребенок говорит: «Что случится со мной?», не нужно немедленно пускаться в разговоры о смерти и загробной жизни. Возможно, они хотят поговорить об этом, а возможно, нет, имея в виду что-то более прозаичное. Ответьте на вопрос своим вопросом. Например, скажите: «Это хороший вопрос. Но прежде чем я отвечу, скажи мне: как ты думаешь, что может случиться с тобой?» Однажды я получил такой ответ: «Я думаю, что могу пропустить ужин, потому что мне придется ждать, пока принесут лекарства».

Не используйте свои вопросы, чтобы избежать ответа на заданный ребенком вопрос. Дети поддоят вас, и вы потеряете их доверие.

Используйте понятный язык, подходящий ребенку по возрасту, т.е. не используйте специальные термины. Помните, что ребенок может не знать даже таких достаточно простых анатомических терминов, как, например, «грудная клетка».

Не используйте метафоры или эвфемизмы. Взрослые люди используют множество эвфемизмов и абстрактных концепций, чтобы говорить о смерти и жизни после смерти. Абстрактный или религиозный язык может быть сбивающим с толку и расстраивать ребенка. Если вы описываете смерть как «сон», не удивляйтесь, когда ребенок откажется идти спать или будет проявлять беспокойство, что может снова не «проснуться». Ребенок, которого спрашивают, хочет ли он увидеть тело своего брата, может поинтересоваться, почему ему нельзя увидеть и голову тоже. Ребенок, которому сказали, что мама ушла на небеса, может волноваться, почему она не навещает его или не пишет писем. Важно в разговоре с ребенком выражаться ясно и объяснять ему в простых терминах на том языке, который ему легко понять и который соответствует его возрасту.

Давайте простые, ясные и честные ответы на вопросы. Если вы вступаете в разговор о смерти ребенка, будьте абсолютно честны. Дети обычно не обращаются с вопросами ко взрослым до тех пор, пока не исчерпают все другие возможные способы навести справки (в частности, других детей, телевидение, книги, Интернет, подслушивание взрослых разговоров и собственную фантазию). Высока вероятность, что ребенок задаст вопрос только тогда, когда возникнет одна или две ситуации. Первая — когда они уже знают ответ и хотят получить подтверждение. Вторая — когда у них есть какое-то путаное представление или беспокоящая их идея и они хотят, чтобы вы им объяснили. В любом случае вам нужно быть честными и откровенными. Если не сможете, вы утратите их доверие и/или запугаете их или заставите беспокоиться.

После объяснений проверьте, что они усвоили. По окончании разговора всегда давайте им возможность повторить свою версию того, что вы только что сказали. Удивительно, насколько часто дети неверно все понимают. Или, возможно, правильнее будет сказать, удивительно, насколько часто мы даем детям неверное представление.

Будьте готовы сказать: «Я не знаю». Дети живут в мире, который они не понимают. Поэтому для детей гораздо привычнее и легче, чем для взрослых, не знать что-то. Несмотря на распространенное заблуждение, они не ожидают, что взрослые знают все (несмотря на то, что они не перестают задавать вопросы). Если вы не знаете чего-то, так и скажите. Скажите им, что вы постараетесь найти ответ на вопрос или расскажете им, как только узнаете все сами. Так вы завоеуете их доверие. Если вы предпримете попытки помочь им найти ответ, они также будут вам очень благодарны. И то, и другое будет очень полезно, когда вы будете приближаться к концу и вам потребуется их сотрудничество и доверие. Помните, что духовные убеждения влияют на понимание и рождают надежду, поэтому расскажите о своем понимании личных убеждений, но в то же время придерживайтесь медицинской честности относительно клинической картины.

Не бойтесь проявить эмоции, но, если это случится, не забудьте объяснить их. В целом дети знакомы с эмоциями. Они их не пугают, если есть понимание причины эмоций или есть уверенность, что они сами не сделали что-то не так. Если кто-то (вы в том числе) расстраиваетесь во время консультации, потратьте время на то, чтобы объяснить, почему люди так расстроены, и убедить ребенка в том, что он не сделал ничего плохого и это не его вина.

Полезные источники информации

- Lo, B., Ruston, D., Kates, L.W. Arnold, R.M., Cohen, C.B. Faber-Langendoen, K., Pantilat, S.Z. Puchalski, C.M., Quill, T.R., Rabow, M.W., Schreiber, S., Sulmasy, D.P. & Tulskey, J.A. (2002) 'Discussing Religious and Spiritual Issues at the End of Life'. *JAMA*, 287(6), pp. 749-754. [Online]. Available from: <http://services.medicine.uab.edu/publicdocuments/palliativecare/Discussing%20Religious%20and%20Spiritual%20Issues%20at%20the%20End%20of%20Life.pdf>
- Australian Palliative Care Organisation (1999) *Multicultural Palliative Care Guidelines*. [Online]. Available from: <http://www.palliativecare.org.au/portals/46/resources/multiculturalguidelines.pdf>
- Al-Shahri, M.Z. & Al-Khenaizan, A. (2005) 'Palliative Care for Muslims'. *The Journal of Supportive Oncology*, 3(6), pp.432-436. [Online]. Available from: <http://www.oncologypractice.com/jso/journal/articles/0306432.pdf>

ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

Как оценить все потребности ребенка и его семьи и справиться с ними

Что вам, возможно, уже известно

- Многие, хотя не все, врачи и медсестры привыкли воспринимать пациента как личность в мультидисциплинарном контексте.
- Существует множество факторов, влияющих на качество жизни.
- У детей есть особенные потребности, которых нет у взрослых: в развитии, в образовании, в самоидентификации, в зависимости от взрослых.
- Добраться до корня проблемы — это лишь половина эффективной работы. Чтобы добиться реальных изменений, проблему необходимо решать.
- Разработка индивидуального плана помощи — это процесс переговоров с ребенком (если это возможно), с семьей и с другими имеющими к этому отношение людьми.
- Хорошее планирование помощи включает постановку и достижение договоренности со всеми сторонами о конкретных и достижимых целях лечения, планирование на случай непредвиденных ситуаций, а также своевременный пересмотр плана и «передачу» его в руки семьи.

Что может оказаться вам полезным

Главной причиной оказания плохой паллиативной помощи во всем мире является нежелание специалистов признавать неминуемую смерть и сообщать плохие новости. Вероятно, следующей по зна-

чимости причиной является плохая коммуникация, координация и командная работа между специалистами и службами. Поэтому, если вы считаете, что эта часть выглядит скучной и вам можно ее пролистать, пожалуйста, не делайте этого.

Оценка и планирование помощи

Хорошее планирование паллиативной помощи детям подразумевает следующее: надеемся на лучшее, но готовимся к худшему. Без полной оценки и согласованного достижимого и реалистичного плана очень трудно оказывать эффективную паллиативную помощь детям. Мы знаем, что профессионалы часто откладывают трудные разговоры и планирование, пока это не становится уже слишком поздно, заставляя ребенка и семью испытывать ненужные страдания или проводить свои последние дни в больнице, а не дома, где чаще всего им хочется быть.

Совместная работа нескольких служб имеет решающее значение. Попытка создать единую работающую систему с семьей и коллегами может быть полна разочарования и потребовать много времени на начальных стадиях. Тем не менее, чтобы действовать эффективно, крайне важно работать внутри этой совместной сложной структуры.

Оценка потребностей и планирование

Оценка потребностей ребенка и семьи, а также планирование помощи должны начинаться как можно раньше после постановки диагноза. Этот процесс должен быть непрерывным, и потребности и план должны часто пересматриваться. Не ждите, когда разразится кризис, чтобы начать эту работу: если вы заранее подготовитесь к худшему, многих кризисных ситуаций можно будет избежать.

В идеале в оценку и планирование помощи должны быть вовлечены разные службы и специалисты в разных областях, включая команду, работающую с пациентом (и вас тоже); ребенка; его ближайших и любых других членов семьи или законных представителей, наделенных полномочиями принимать решения относительно

ребенка; других представителей сообщества или волонтерских организаций, которые задействованы в процессе оказания помощи ребенку. Должна быть организована встреча с семьей и с как можно большим количеством людей, вовлеченных в оказание помощи ребенку, в идеале — в доме его семьи. Может так случиться, что за одну встречу не удастся завершить оценку потребностей. Оценка следует рассматривать как непрерывный процесс, а не как разовое событие. В зависимости от индивидуальных потребностей семьи этот процесс может иногда потребовать нескольких дней или даже недель.

Руководство «Пути помощи», разработанное Together for Short Lives⁴, описывает некоторые ключевые цели процесса оценки потребностей:

- Оценка потребностей ребенка и семьи должна быть проведена как можно раньше после постановки диагноза или сообщения о нем.
- Должен использоваться комплексный подход с участием всех необходимых служб, чтобы избежать ненужных повторных оценок.
- Оценка потребностей должна проводиться в партнерстве с семьей.
- Ребенок или молодой человек должен быть в центре процесса и должен быть вовлечен в него.
- Необходимо уважать индивидуальность и этнические особенности.
- Информацию необходимо собирать и записывать систематически, чтобы обеспечить последовательность.
- Необходимо использовать понятный язык без жаргонных слов.
- Важно сохранять конфиденциальность и получать разрешение.
- Семье должен быть обеспечен доступ к собранной во время оценки информации.
- Должна быть ясность в том, кто играет лидирующую роль.
- Те, кто проводят оценку потребностей, должны обладать необходимыми навыками и знаниями.

В теории оценка потребностей и планирование помощи выглядят просто:

- Проведите всестороннюю оценку, фиксируя все индивидуальные физические, психологические, социальные и духовные потребности ребенка (в идеале — каждого члена семьи тоже).
- Основываясь на оценке потребностей, составьте перечень проблем и определите приоритеты.
- Обсудите и выработайте план работы с каждой из проблем.
- Создайте план помощи, включающий все службы.
- Включите семью.
- Договоритесь о времени следующего обсуждения.

Однако на практике все становится несколько сложнее

- Паллиативная помощь детям включает выявление, оценку и работу с комплексом физических, психологических, социальных и духовных проблем. Поэтому список проблем часто получается длинным и сложным и требует хорошо организованного, понятного и соответствующего текущему моменту плана помощи.
- У нас есть тенденция видеть те потребности, в работе с которыми мы чувствуем себя уверенными и компетентными, и игнорировать те, в которых мы этого не ощущаем. Поэтому оценка потребностей врача часто фокусируется лишь на медицинских проблемах и на применении лекарственных средств, оценка учителя — на потребности в обучении, оценка капеллана — на духовных потребностях. У ребенка конечно же есть все эти потребности, но мы должны мыслить «по-крупному», чтобы хорошо провести работу, даже если это потребует от нас думать за рамками собственной зоны комфорта.
- Принятие решений в детской паллиативной помощи часто дается трудно, т.к. включает принятие решения о прогнозе, рисках и преимуществах различных видов лечения; влияние сложной семейной динамики, а также этических и юридических вопросов.

- Вопросы о том, как наилучшим образом обеспечить качество жизни, запутанны, и достичь консенсуса бывает непросто.
- Такие проблемы, как вина, страх, отрицание, избегание и негласные соглашения со стороны ребенка, семьи или специалистов, могут очень осложнить создание реального перечня потребностей и плана помощи.
- Потребности каждого ребенка с течением времени постоянно меняются по мере его личностного развития и с прогрессированием болезни. Эти меняющиеся потребности часто требуют участия разных специалистов и добровольных помощников, что может привести к неразберихе и плохой коммуникации.
- Потребности детей младшего возраста, подростков и молодых людей отличаются, поэтому работа должна строиться с учетом возрастных особенностей. Эмоциональные потребности подростков и молодых взрослых обычно более острые, у них появляются дополнительные темы, такие как образ своего тела, сексуальные потребности и потребности в независимости и определении целей в жизни⁵.
- Потребность в непрерывной помощи диктует необходимость хранить подробные клинические записи и делать их доступными всем специалистам, работающим над каждым конкретным случаем. Это может создать дополнительные трудности для перегруженных и недостаточно обеспеченных ресурсами учреждений и служб системы здравоохранения⁶, работающих в разных учреждениях (учрежденных властью и добровольных) и в разных обстоятельствах (больницы, хосписы, школы, центры временной помощи, дома).
- На самом деле почти невозможно собрать всех, кто заботится о ребенке, одновременно в одном месте. Если никто не выступит и не возьмет на себя функцию «координатора», произойдет одна из двух вещей: либо никто не несет ответственности, и тогда ребенок и его семья оказываются в вакууме, либо все пытаются взять бразды правления в свои руки, и многочисленные специалисты загружают семью разнообразными оценками и планами. Процесс, который должен

быть плавным, комплексным и обнадеживающим для семьи, может стать несвязным, фрагментарным и печальным. Вот почему так важно, чтобы координатор или ведущий специалист были определены как можно раньше после постановки диагноза.

Следует ли мне стать координатором/ ведущим специалистом?

Если вы задаете себе этот вопрос в контексте конкретного случая, ответ скорее всего «да», потому что вы уже выявили потребность в координации и отсутствие координатора. Если вы не возьмете на себя эти функции, на вас ложится ответственность за то, чтобы помочь ребенку и его семье найти другого человека на эту роль.

Координатор (или ведущий специалист) несет ответственность за координацию всеобъемлющего пакета помощи, координирует и поддерживает связь со всеми специалистами и службами, связанными с ребенком, а также является главным контактным лицом для семьи. Это не означает, что вы должны делать все. Это означает, что вам нужно постараться, чтобы все было сделано.

В лице ключевого сотрудника часто выступает детская медсестра или специалист, работающий в составе мультидисциплинарной команды. Идеальный координатор — это человек, у которого сложились постоянные и долговременные отношения с семьей; обладающий навыками оценки потребностей и планирования помощи; имеющий опыт построения связей и координации помощи пациентам; имеющий влияние в отношениях с другими службами и специалистами, чтобы его мнение принималось во внимание; имеющий доступ к помещениям и вспомогательному персоналу, которые могут потребоваться в процессе работы. В реальности это не всегда достижимо, особенно в ситуациях ограниченных ресурсов, но вышеперечисленные качества крайне необходимы тому, кто возьмет на себя координирующую роль.

Так почему бы это не сделать вам?

Оценка потребностей: процесс и содержание

Врачи и медсестры привыкли анализировать, как болезнь влияет на общее физическое, психологическое, социальное и духовное состояние пациента. Однако в паллиативной помощи детям вам, возможно, потребуются больше системности в прояснении вещей, с которыми вы, вероятно, не привыкли работать.

Вот несколько подсказок, чтобы помочь вам в процессе оценки:

- Объясните, что такое процесс оценки. Обозначьте, что и когда произойдет, кто и с какой целью будет вовлечен.
- Подключите ребенка к обсуждению с учетом его возрастных особенностей.
- Прекрасный способ начать процесс оценки — попросить ребенка и его семью рассказать вам в подробностях, как проходит у них обычный день. Это даст вам богатый материал, а также станет хорошим способом помочь ребенку и его семье повысить уверенность в себе, преодолеть стеснительность и начать больше доверять вам.
- Когда доверительные отношения установлены, попросите семью рассказать вам об их размышлениях, тревогах и ожиданиях по поводу состояния ребенка и его прогнозов. Это поможет вам понять их проблемы и определить их приоритетность.
- Познакомьтесь с руководством «Пути помощи» *Together for Short Lives*⁷, чтобы понять, как системно оценивать все аспекты жизни ребенка и его семьи и выявлять проблемы, которые могут влиять на качество жизни.

Оценка должна покрывать потребности всей семьи, включая отцов, братьев и сестер, дедушек и бабушек и других важных людей, которых определяет ребенок. Собранная информация будет включать фактические данные о ребенке и его семье, данные о специалистах и службах, которые работают с семьей, медицинскую информацию, функциональные возможности ребенка, уход за ним и другие личные потребности в помощи, эмоциональные потребности, образовательные потребности и обстоятельства домашней жизни семьи.

В этом списке приведены различные области, о которых вы должны подумать, когда проводите оценку потребностей.

Семья

- Информация — выбор помощи
- Консультирование по финансам/социальным выплатам
- Эмоциональные потребности
- Благополучие братьев и сестер
- Функционирование семьи
- Короткие перерывы (социальная передышка)
- Качество жизни
- Переводчик
- Духовные, культурные и религиозные потребности
- Перевод во взрослые службы
- Генетическое консультирование
- Контактная информация для специалистов

Ребенок или молодой человек

- Симптомы и лечение боли
- Личные потребности в помощи
- Лечение
- Эмоциональные потребности
- Социальная передышка
- Образование
- Досуг/игры
- Качество жизни
- Сестринская поддержка
- Духовные, культурные и религиозные потребности
- Перевод во взрослые службы
- Потребность в независимой жизни
- Наблюдение ребенка в динамике (рутинно/в кризисных случаях)

Среда

- Место предоставления помощи
- Адаптация

- Оценка рисков
- Оценка домашнего пространства
- Потребности в оборудовании
- Транспортные потребности
- Школа/колледж/университет

Полезные источники информации

- Together for Short Lives (2003) *Guide to the Assessment of Children with Life-limiting Conditions and their Families*. Bristol: Together for Short Lives
- Together for Short Lives, 2009. *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services*, 3rd Edition. Bristol: Together for Short Lives
- Together for Short Lives (2004) *A Framework for the Development of Integrated Multi-agency Care Pathways for Children with Life-threatening and Life-limiting Conditions*. Bristol: Together for Short Lives
- Together for Short Lives (2009) *A Family Companion to the Together for Short Lives care pathway* [online]. Available from <<http://www.act.org.uk/page.asp?section=118§ionTitle=Family+companion+to+the+Together+for+Short+Lives+care+pathway>>
- Department of Health (2010) *National framework for Children and Young Peoples Continuing Care*. [online] available from <<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH114784>>
- Department for Education (2009) *Early identification, assessment of needs and intervention — The Common Assessment Framework (CAF) for children and young people: A guide for practitioners*. [online] available from <<http://education.gov.uk/publications/standard/publicationDetail/Page1/IW91/0709>>
- The Scottish Government (2009) *Getting it Right for Every Child in Scotland* [online] available from <<http://www.scotland.gov.uk/Topics/People/Young-People/childrenservices/girfec/programme-overview/Q/editmode/on/forceupdate/on>>

ЧАСТЬ ПЯТАЯ

Как оказывать паллиативную помощь детям с ВИЧ и СПИДом

Что вам, возможно, уже известно

- ВИЧ/СПИД все еще является причиной значительной части смертей в детском возрасте во всем мире.
- Паллиативная помощь играет важную роль в облегчении тягостных симптомов болезни и общего дискомфорта.
- Симптомы, спровоцированные ВИЧ/СПИД, можно успешно купировать, используя те же принципы, что и симптомы, возникающие на фоне других заболеваний.

Чего вы, возможно, не знаете

- Даже в эпоху антиретровирусной терапии (АРТ) паллиативная помощь остается ключевой составляющей лечения ВИЧ и СПИДа, потому что лечение иногда не помогает, а еще чаще оно недоступно или слишком дорого.
- ВИЧ и СПИД — это мультисистемное, затрагивающее несколько органов заболевание. Вирус ВИЧ вызывает заболевание двумя способами: подавляя иммунную систему и напрямую инфицируя и повреждая органы и системы (например, ВИЧ-энцефалопатия и нейропатия, ВИЧ-поражение желудочно-кишечного тракта, кардиомиопатия, нефропатия, лимфоидная интерстициальная пневмония и хроническое заболевание легких с легочным сердцем).
- Несмотря на то что боль при СПИДе — это широко распространенное явление, боль у детей, имеющих СПИД, зачастую корректно не диагностируется и должным образом не лечится ^{8, 9, 10, 11, 12}.

- ВИЧ-позитивных детей важно обследовать на оппортунистические инфекции как возможный источник боли и других симптомов.
- Симптомы могут быть побочным эффектом антиретровирусной терапии (АРТ).
- Дети испытывают душевные, психологические и социальные трудности, они вынуждены самостоятельно заботиться о членах своей семьи, бросать школу или прерывать обучение; они подвержены повышенному риску жестокого обращения.
- СПИД затрагивает не только инфицированных детей. Миллионы детей во всем мире остаются сиротами и еще больше сталкиваются со все усугубляющейся бедностью в связи с тем, что родители серьезно заболели или умирают^{13, 14}.
- Не обязательно быть экспертом по ВИЧ/СПИДу, чтобы предоставлять качественную паллиативную помощь детям с этими заболеваниями. Однако вам нужно знать о побочных эффектах АРТ и ее взаимодействии с другими препаратами, это может понадобиться при работе в паллиативной службе.

В чем состоят особенности оказания паллиативной помощи детям с ВИЧ/СПИДом

Дети, страдающие ВИЧ/СПИДом, сталкиваются с теми же проблемами, что и другие дети с ограничивающими жизнь заболеваниями, но существуют и некоторые особенности:

- Множество симптомов у одного ребенка.
- Недостаточность знаний и навыков по детской паллиативной помощи и лечению ВИЧ и СПИДа у детей среди тех, кто предоставляет помощь.
- Недостаточное внимание со стороны государства, а также организаций системы здравоохранения и образования.
- Симптомы и проявления болезни быстро меняются по мере прогрессирования заболевания.
- Нестабильность доступа к АРТ и лечению от туберкулеза.

- Высокий уровень неудач при применении АРТ у детей (часто из-за недостаточно строгого соблюдения плана терапии).
- Высокая заболеваемость вследствие побочных эффектов АРТ.
- Семьи отказываются принимать услуги специальных служб по лечению ВИЧ по ряду социальных и культурных причин.
- Недостаток ресурсов для выявления, мониторинга, лечения и последующего наблюдения детей.
- Серьезные инфраструктурные несовершенства, которые ограничивают доступ к услугам здравоохранения, лекарственным препаратам, сопроводительной терапии и иному лечению.
- Хронизация заболевания, что приводит к более сложному и дорогому лечению.
- Широкий диапазон токсичности препаратов, используемых для АРТ.
- Сложное сочетание эффективности и токсичности различных препаратов затрудняет принятие решения о продолжении или прекращении того или иного лечения.
- Появление сопутствующих заболеваний (например, гепатиты, хронические психические расстройства).
- Проблемы с восстановлением иммунитета у детей*, получающих АРТ, особенно на поздних стадиях ВИЧ.
- Стигматизация СПИДа, что приводит к нежеланию обращаться в учреждения здравоохранения.
- Чувство вины, связанное с передачей инфекции от матери к ребенку.
- Вероятность того, что и другие члены семьи могут быть заражены, больны или умирают.

* Болезнь восстановления иммунитета (IRD) у ВИЧ-инфицированных пациентов — это неблагоприятное следствие восстановления патоген-специфических иммунных реакций в первые месяцы высокоактивной антиретровирусной терапии: https://www.researchgate.net/profile/Linda-Gail_Bekker/publication/7821493_Immune_Reconstitution_Disease_Associated_with_Mycobacterial_Infections_in_HIV_Infected_Individuals_Receiving_Anti-Retrovirals/links/09e41510facaf204ae000000/Immune-Reconstitution-Disease-Associated-with-Mycobacterial-Infections-in-HIV-Infected-Individuals-Receiving-Anti-Retrovirals.pdf

- В одной семье часто болеют и умирают сразу несколько человек, что отягощает процесс горевания и усложняет оказание помощи.
- Кормильцы семьи чаще всего больны СПИДом.

Как прогнозировать течение болезни у детей с ВИЧ/СПИДом

С появлением АРТ прогнозирование течения ВИЧ/СПИДа стало практически невозможным, т.к. дети, которые почти при смерти, могут внезапно начать поправляться. Требуется хорошее понимание как симптомов болезни, так и особенностей конкретного ребенка (анамнеза жизни, истории болезни, результатов обследований, предыдущего лечения и т. д.). И даже при этом прогнозирование — это всего лишь предположение, хотя оно часто критично для принятия решений, от которых действительно может зависеть жизнь или смерть ребенка.

В качестве вспомогательного инструмента ниже предлагаются индикаторы плохого прогноза при ВИЧ/СПИДе¹⁵. Однако все эти факторы могут быть потенциально исключены при наличии хорошего эффекта от антиретровирусной терапии:

- Лабораторные маркеры, предполагающие плохой прогноз
 - CD4 + Т-лимфоциты < 25 клеток/ мм³.
 - Cd4 < 15%.
 - Сывороточный альбумин < 2,5 г/дл.
- Клинические состояния с наихудшим прогнозом. В основном это 4-я стадия ВИЧ-заболевания.
- Лимфома ЦНС.
- Прогрессивная мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМА).
- Криптоспоридиоз.
- Сильное истощение.
- Висцеральная форма саркомы Капоши.
- Токсоплазмоз.
- Тяжелая кардиомиопатия.

- Тяжелая хроническая диарея.
- Угрожающие жизни злокачественные новообразования.
- Прогрессирующая органная недостаточность (например, печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), почечная недостаточность, хроническое заболевание легких).

Рано или поздно к вам обратится семья больного ребенка, чтобы получить ваше мнение о наиболее вероятном прогнозе его заболевания, т.к. жить в неведении, когда наступит смерть, очень тяжело. Стресс и усталость могут усугубляться чувствами вины и тревоги, связанными с желанием, чтобы все поскорее закончилось. Судя по опыту автора, лучше объяснить, что вы не можете дать точных цифр, а потому будете оперировать в терминах «часы, дни, недели и месяцы», но не более того.

Какие симптомы наиболее типичны у детей с ВИЧ/СПИДом

Наиболее часто встречающиеся симптомы у детей с ВИЧ/СПИДом следующие^{16, 17}:

- Лихорадка, потливость, озноб (51%).
- Диарея (51%).
- Рвота или анорексия (50%).
- Онемение, покалывание или боль в руках/ступнях (49%).
- Головная боль (39%).
- Потеря веса (37%).
- Выделения из влагалища, боль или раздражение (36%).
- Инфекции придаточных пазух носа или боль (35%).
- Проблемы со зрением (32%).
- Кашель или диспноэ (30%).
- Другие симптомы: боль в ушах при среднем отите, гингивит, кариес зубов, вторичная дистоническая боль при энцефалопатии, усталость, депрессия, волнение и беспокойство.
- Тошнота и рвота.

Каковы причины боли при ВИЧ/СПИДе

Боль при ВИЧ/СПИДе может быть вызвана:

- Оппортунистическими инфекциями (например, головная боль при криптококковом менингите, висцеральная абдоминальная боль при диссеминированной инфекции, вызванной комплексом *Mycobacterium avium*).
- Последствиями самого ВИЧ (например, полинейропатия или миелопатия).
- Побочными эффектами препаратов, используемых для лечения ВИЧ и ассоциированных с ним оппортунистических инфекций.
- Боли, вызванные медицинскими манипуляциями, такими как флеботомия, кормление через зонд, люмбальные пункции и др.

Типичные типы и локализации боли приведены ниже¹⁸.

Тип боли (% пациентов, которые их испытывают)

- Соматические боли (71)
- Нейропатические боли (46)
- Висцеральные боли (29)
- Головные боли (46)

Локализация боли (% пациентов, которые их испытывают)

- Суставы (47)
- Полинейропатия (42)
- Мышцы (40)
- Кожа (23)
- Кости (31)
- Брюшная полость (25)
- Грудная клетка (19)
- Радиклопатия (18)

Как использовать антиретровирусную терапию при оказании паллиативной помощи детям

Важно понимать, что препараты, назначенные ребенку для оказания паллиативной помощи, могут вступать во взаимодействие с АРТ. Большинство из этих лекарств назначаются в связи с появлением сопутствующих заболеваний, таких как гепатит, панкреатит, гастрит, гипертриглицеридемия, гипергликемия, липодистрофия, ВИЧ-ассоциированная нефропатия и оппортунистические инфекции. Это может повысить риск взаимодействия препаратов и изменить их действие, создавая негативный эффект. В задачи этой книги не входит рассмотрение всей фармакологии АРТ, поэтому, пожалуйста, воспользуйтесь для этого другими источниками.

Однако важно понимать работу ферментной системы Цитохрома Р450 (СУР), которая метаболизирует большинство лекарственных средств.

- Изменение в системе СУР может повысить или снизить количество циркулирующих лекарств, таким образом влияя на их эффективность и токсичность.
- К счастью, в большинстве случаев лекарственные взаимодействия минимальны и не требуют серьезного изменения режима назначения препаратов.
- Лекарства, *подавляющие* систему СУР, вызывают наиболее опасные взаимодействия, поскольку они повышают уровень токсичных препаратов в крови.

Какие лекарства могут влиять на эффективность или токсичность АРТ

Определенные препараты, обычно используемые в паллиативной педиатрии, стимулируют систему Цитохром Р450 и поэтому могут вести к снижению уровня АРТ, таким образом повышая риск устойчивости к препарату и/или приводя к неэффективности лечения.

К ним относят:

- Карбамазепин («Тегретол»)

- Рифампицин («Рифадин»)
- Фенобарбитал
- Фенитоин
- Преднизолон
- Дым сигарет
- Омепразол
- Изониазид

Другие препараты, часто используемые в паллиативной педиатрии, подавляют систему СYP, что может вести к повышению уровня АРТ и повышению риска развития токсичности.

К ним относят:

- Кетоконазол
- Итраконазол
- Эритромицин
- Флуоксетин
- Дилтиазем
- Верапамил
- Кларитромицин
- Омепразол
- Ципрофлоксацин
- Флуконазол
- Метронидазол
- Триметоприм/ сульфаметоксазол («Септрин»)
- Галоперидол
- Циметидин

Какие препараты наиболее опасны при использовании вместе с АРТ, подавляющей СYP

Некоторые препараты, которые часто используют в паллиативной педиатрии, могут достигать уровня развития токсичности при совместном использовании с АРТ, которая подавляет систему СYP.

К ним относят:

- Трициклические антидепрессанты (например, amitриптилин): риск развития синдрома удлиненного интервала QT и внезапной остановки сердца.
- Макролиды (например, эритромицин): риск синдрома удлиненного интервала QT и внезапной остановки сердца.
- Новые антигистаминные препараты (например, терфенадин): риск синдрома удлиненного интервала QT и внезапной остановки сердца.
- Цизаприд: риск синдрома удлиненного интервала QT и синдрома внезапной смерти младенца (СВСМ).
- Хинин и хлорокин: риск синдрома удлиненного интервала QT и внезапной остановки сердца.
- Хлоралгидрат: риск длительного седативного действия и угнетения дыхания.
- Бензодиазепины: риск длительного седативного действия и угнетения дыхания.
- Метадон: риск длительного седативного действия и угнетения дыхания.
- Рифабутин («Микобутин»): ритонавир повышает риск индуцированной рифабутином гематологической токсичности за счет снижения его метаболизма.
- Ко-тримоксазол/сульфаметоксазол («Септрин»): повышенный риск аллергических реакций, особенно сыпи.
- Бета-блокаторы: риск значительного снижения давления и частоты сердечных сокращений.
- Галоперидол: риск развития дистонических расстройств и сонливости.

Наличие лекарственных кросс-реакций не означает, что перечисленные выше препараты лучше не назначать. Они нужны в определенных ситуациях. Скорее, врачи и медсестры должны осознавать потенциальные риски, связанные с их комбинированным применением, и тщательно балансировать их с потенциальными преимуществами. Риски и преимущества использования тех или иных препаратов должны быть хорошо разъяснены всем членам семьи, чтобы они могли сделать информированный выбор.

Как консультировать детей и семьи по поводу фатальных взаимодействий препаратов

Дети в целом менее предрасположены к кардиотоксичности, чем взрослые, но это не всегда так, особенно при наличии сопутствующей кардиологической патологии. Всем детям, принимающим комбинации вышеперечисленных препаратов, необходимо рекомендовать немедленно сообщать о тахикардии, ощущении сердцебиения, бреде, рвоте или диарее, а также избегать применения уличных наркотиков, сильнодействующих веществ и чрезмерного употребления алкоголя.

Практические рекомендации по симптоматической терапии у детей с ВИЧ/СПИДом¹⁹

Рекомендации по лечению отдельных симптомов описаны более подробно в соответствующих частях этой книги. Пересечение специального (куративного) лечения с паллиативным характерно для ВИЧ/СПИДа (см. таблицу ниже).

Симптом	Причина	Специальное (куративное) лечение заболеваний	Паллиативная терапия
Утомление, потеря веса, анорексия	ВИЧ-инфекция Оппортунистические инфекции Злокачественные новообразования Анемия	АРТ Лечение инфекций Гемотрансфузии Нутритивная поддержка	Объяснение и утешение Изменение образа жизни Стероиды
Боль	См. выше	АРТ Лечение определенных заболеваний с использованием антибактериальных, противовирусных, противогрибковых, противовирусных препаратов	Лечение первопричины Помнить о нефармакологическом подходе Рассмотреть АРТ Использовать «лестницу обезболивания» ВОЗ*

* Всемирная организация здравоохранения.

Симптом	Причина	Специальное (куративное) лечение заболеваний	Паллиативная терапия
Тошнота и рвота	Лекарственные препараты Желудочно-кишечный тракт Инфекции	Отменить препараты Лечить инфекции, используя противогрибковые, противопаразитарные, противовирусные препараты и антибиотики	Противорвотные Прокинетики H ₂ -блокаторы (например, ранитидин) или ингибиторы протонного насоса (например, омепразол) Частое питание небольшими порциями, употребление жидкости между приемами пищи, предлагать холодную пищу, есть перед приемом препаратов, сухая пища, избегать сладкого, жирного, соленого или острой пищи. Ароматерапия, жевание имбиря, изменение режима кормления детям на энтеральном питании
Дисфагия	Кандидозный эзофагит	Противогрибковые препараты	В тяжелых случаях снимайте воспаление, сначала давая стероиды (в тяжелых случаях может потребоваться внутривенное введение стероидов). Используйте местные рекомендации, или флуконазол, или итраконазол. В условиях недостатка ресурсов у нас были случаи успешного применения рассасывания клотримазола по 500 мг ежедневно в течение 5 дней. Используйте «лестницу обезбоивания»
Воспаление слизистой рта	Вирус простого герпеса, афтозные язвы, молочница, гингивит	Ацикловир	Поддерживайте чистоту рта, промывайте мягкой тканью или марлей, смоченной в чистой подсоленной воде. Давайте чистую воду после каждого кормления. Избегайте кислотообразующих жидкостей и горячей пищи. Дайте простоквашу или кашу, мягкую и в виде пюре. Кубики льда могут помочь; мороженое или йогурт, если имеются и доступны по цене

Симптом	Причина	Специальное (куративное) лечение заболеваний	Паллиативная терапия
Хроническая диарея	Инфекции (гастроэнтерит, паразиты, комплекс <i>Mycobacterium avium</i> , криптоспоридиоз, ЦМВ-инфекция), нарушение всасывания, злокачественные новообразования, лекарственная диарея	Антибиотики/ противовирусные/ противопаразитарные	Гидратация (смотрите содержание части), витамины А и цинк, изменение питания, добавки питательных микроэлементов. Каолин (только косметический) или висмут. Морфин перорально может облегчить трудноизлечимую диарею, при наличии также лоперамид
Запор	Обезвоживание Опухоли Лекарства	Гидратация Лечение опухолей при помощи лучевой терапии или химиотерапии, если это возможно Подбор медикаментов	Физическая активность Изменение питания Слабительное
Аногени- тальные поражения	Обычно из-за вируса простого герпеса Кандидоз	Герпес: Ацикловир (перорально) или эмульсию (смесь ниститатина 5 мл, метронидазола 400 мг и ацикловира 1 таблетка) Противогрибковые	Топические стероиды могут принести временное облегчение до начала действия ацикловира. Простые анальгетики и адьювантные препараты для снятия боли
Одышка	Пневмония Анемия Опухоли Выпот Ослабленные дыхательные мышцы	Лечение причины Антибиотики Железо или переливание крови при тяжелых состояниях Лечение опухолей (если уместно) Дренирование (если уместно)	Проветривать и максимально увеличить поток воздуха Консультации Отвлечение Расслабление Управляемая визуализация Опиоиды Бензодиазепины
Постоянный кашель	Инфекции, лимфоцитарный интерстициальный пневмонит, бронхоэктазия, туберкулез, выпот, опухоли	Антибиотики Лечение как при пневмоцистной пневмонии Противотуберкулезное лечение Лечение опухоли (если уместно) Дренирование	Небулизация с психотерапией Супрессоры (например, небольшие дозы морфина) Психотерапия Увлажнение Стероиды (лимфоцитарный интерстициальный пневмонит)

Симптом	Причина	Специальное (куративное) лечение заболеваний	Паллиативная терапия
Тяжелый дерматит	Себорейный дерматит Инвазии Фоликулит Грибковые инфекции Гиперчувствительность Заболевания почек и печени	Антибактериальные/ противогрибковые/ противопаразитарные Гидратация Стероиды	Смягчающие средства, антигистаминные препараты, антисептики, топические стероиды. Антимускариновые антидепрессанты (например, amitриптилин) Анксиолитики Коротко стригите ногти, чтобы избежать вторичных инфекций из-за расчесов
Лишай и постгерпетическая невралгия	Опоясывающий герпес	Ацикловир на ранних стадиях	При постгерпетической невралгии используйте amitриптилин, вальпроаты, габапентин, фенитоин, прегабалин или карбамазепин для снятия боли (но помните о взаимодействии с препаратами АРТ) Добавьте морфин, если это необходимо. В бедных странах помогает сок плюмерии, нанесенный на пузырьки (до того, как они вскроются)
Судороги	Инфекции и инвазии, энцефалопатия, злокачественные образования и др.	Фенитоин Фенобарбитал Карбамазепин	Диазепам/мидазолам, фенобарбитал или паральдегид для острой фазы, затем переход на долгосрочную терапию, такую как карбамазепин, фенитоин и др. Следите за взаимодействием с антиконвульсантами и препаратами АРТ
Нарушение обмена веществ	Антиконвульсанты, декстроза, маннитол, стероиды		Гидратация. Обеспечить хорошее насыщение кислородом. Давать высокоэнергетическую, с низким содержанием протеина пищу до исчезновения симптомов. Лечить отдельные причины
Лихорадка, озноб	ВИЧ, комплекс Mucobacterium avium, ЦМВ-инфекция, лимфома	АРТ Азитромицин Ацикловир Химиотерапия	НПВС Стероиды Гиосцин Циметидин
Пролежни	Плохое питание Сниженная подвижность	Питание Мобилизация	См. содержание части Перевязка ран, метронидазол в порошке для контроля за запахом, наложение меда на очищенную кожу, если необходимо — хирургическая санация

Симптом	Причина	Специальное (куративное) лечение заболеваний	Паллиативная терапия
Бред/ возбуждение	Электролитный дисбаланс Токсоплазмоз Криптококковый менингит Сепсис	Корректировка дисбаланса и гидратация Противогрибковые и антибиотики	Помощь в ориентации Галоперидол или пропазин Бензодиазепины
Депрессия	Реактивное состояние Хроническое заболевание	Игровая терапия Консультирование Отвлечение Антидепрессанты	Консультирование Отвлечение

Полезные источники информации

- PEPFAR HIV/AIDS Palliative Care Guidance for the United States Government in-Country Staff and Implementing Partners
- <http://www.state.gov/documents/organization/64416.pdf>
- Amery, J. (Ed.) (2009) Children's Palliative Care in Africa. Oxford: Oxford University Press. Available from <http://www.icpcn.org.uk/core/core_picker/download.asp?id=204>
- FHSSA: A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa <http://www.fhssa.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3489>
- WHO 2012 WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness.

ЧАСТЬ ШЕСТАЯ

Как проводить симптоматическую терапию в паллиативной педиатрии

Как оценить интенсивность боли и уровень дискомфорта у ребенка

Что вам, возможно, уже известно

- Боль — это субъективный опыт, а не конкретный объект. Она отличается у разных людей и в разных ситуациях.
- Боль измерить трудно. Это может сделать только человек, который сам ее испытывает. И даже в этом случае оценка боли происходит через призму собственного опыта переживания боли.
- Боль сложно лечить эффективно и быстро, если не проведена ее хорошая оценка.

Что может оказаться вам полезным

Как мне оценить боль или недомогание?

Вам необходимо понимать, что вероятность присутствия боли существует в любой «паллиативной» ситуации. Отслеживайте симптомы, которые обычно болезненны или могут провоцировать беспокойство и боль. Помните, что у одного человека может быть несколько видов боли, и каждый нужно идентифицировать, оценить и лечить. Поскольку разговоры о болевых ощущениях могут быть весьма запутанными, всегда стремитесь получить максимально достоверную информацию, основанную на фактах и с опорой на здравый смысл. Также помните, что дети могут использовать слово «боль» для описания дискомфорта, вызванного другими симптомами, на-

пример тошнотой или одышкой. Таким образом, оценка болевых ощущений всегда должна быть частью всестороннего обследования органов и систем организма или частью оценки общих симптомов.

Есть три основных способа оценки боли у ребенка:

1. **Спросите у ребенка.** Самый быстрый и наиболее точный способ, если, конечно, ребенок способен говорить (а вы способны понять его).

2. **Спросите у семьи (или у человека, который заботится о ребенке).** Второй по качеству способ. Он должен использоваться как дополнительный для перекрестной проверки (даже если вы уже поговорили с ребенком), т.к. кто-то из сторон может скрывать наличие боли.

3. **Попытайтесь оценить сами.** Наименее точный способ. Но это все же лучше, чем ничего, если вы не знаете, как быть.

Спросите у ребенка

- Уделите время установлению доверительных отношений, слушайте внимательно и не преуменьшайте то, что вы услышали.
- Будьте осторожны с направляющими вопросами — дети могут стремиться порадовать вас.
- Помните, что дети могут не осознавать, насколько им больно, потому что они испытывают боль постоянно²⁰ на протяжении определенного периода. Родители тоже могут утратить чувствительность к боли своего ребенка по тем же причинам, а потому не говорить о ней объективно.
- Обычное «сита боли» в детской паллиативной помощи так же полезно, как и во взрослой, но информацию иногда сложнее получить. Дети могут с трудом вас понимать по разным причинам, в том числе из-за их культурных особенностей и уровня развития.

Использование «сита боли»

Ниже приведены некоторые варианты фраз и подсказки для работы с детьми при использовании «сита боли»:

- «У тебя где-нибудь болит или тебе где-то неприятно?»
- «Можешь мне показать, где у тебя болит или что-то не так?»
Используйте схему тела человека или куклу.
- «А еще где-то болит или есть неприятные ощущения?»
- «Когда стало больно/появились неприятные ощущения?»
- «Что-нибудь делает эту боль сильнее?»

Детям младше 7–8 лет трудно определять временные рамки, поэтому нужно проявлять гибкость при интерпретации ответов. Часто помогает использование дневника боли, который ребенок или его родители заполняют, чтобы вы могли оценивать динамику боли, ее особенности и ответ на лечение.

- «Ты знаешь, из-за чего могла начаться боль, неприятные ощущения?»
- «Насколько сильно неприятное ощущение/насколько тебе больно?» Используйте шкалу боли²¹.
- «Можешь найти какие-нибудь слова, которые могут описать эту боль/это неприятное ощущение?»
- «Что помогает убрать боль/неприятное ощущение?». «Что делает ее/его сильнее?»

Попросите ребенка нарисовать рисунок, чтобы описать свою боль, или раскрасить на схеме места, где болит сильнее всего (например, можно использовать шкалу цвета Эландта²²). Это очень помогает в оценке боли.

Спросите у семьи (или у человека, который ухаживает за ребенком)

Постарайтесь выяснить, что беспокоит родителей и что, как им кажется, стоит за изменениями поведения ребенка. Помните, что из-за потери настороженности в отношении боли или из-за страха родители могут не все рассказать. Задайте семье или ухаживающему лицу те же вопросы, что и ребенку. При работе с родителями можно использовать те же шкалы или схемы, что и у ребенка. Спросите у тех, кто заботится о ребенке, замечают ли они какие-то признаки боли (в частности, выражение лица, движения тела, характер плача, замирание или одергивание, изменение поведения во время любимых занятий или сна и т.д.). Важно также оценить, как боль влияет

на качество жизни ребенка (например, посещение школы, занятия спортом, хобби, настроение, беспокойство, сон).

Оценка болевых ощущений у невербальных детей

Помните, что у детей очень трудно оценить боль объективно. Кроме того, чем старше становится ребенок и чем больше опыт переживания болевых ощущений, тем менее надежными индикаторами боли становится выражение лица или плач. Это может быть связано с тем, что дети с хроническими болями «снижают» уровень поведенческой реакции на боль и просто замыкаются. По мере взросления дети вырабатывают более широкий репертуар поведения, перенимая его у окружающих (включая язык).

У невербальных детей оценка боли все равно полезна. Помните, что боль провоцирует симпатическую нервную реакцию, поэтому можно ожидать увидеть некоторые нижеприведенные признаки у ребенка, страдающего от боли. (При этом хотелось бы отметить, что при хронических болях симпатическая реакция (и ее клинические признаки) может затухать.)

- *Физиологические.* Увеличение частоты сердечных сокращений или учащение дыхания (помните, что они могут быть также вызваны или подавлены лекарствами), бледность, потоотделение.
- *Поведенческие.* Притихший или плачущий, замкнутый или привязчивый, дрожащий или гримасничающий, стонущий, беспокойный, сжатые вместе или поджатые конечности, кисти, ступни или пальцы.

Эти признаки включены в шкалу FLACC²³ (лицо, ноги, поведенческая реакция, плач и способность успокаиваться*).

В итоге вы можете все вышесказанное обобщить, используя подход “QUEST”:

* В шкале FLACC каждый из параметров оценивается по шкале от 0 до 2; для параметра «способность успокаиваться» шкала выглядит следующим образом: 0 — спокоен, расслаблен; 1 — успокаивается благодаря прикосновениям, объятиям или когда с ним говорят, когда его можно отвлечь; 2 — его трудно утешить или успокоить.

Q: Опросить ребенка.

U: Использовать шкалы оценки интенсивности боли

E: Оценить поведенческие признаки

S: Повысить настороженность родителей в отношении боли у ребенка, чтобы они замечали ее проявления и рассказывали о ней.

T: Предпринимать необходимые действия.

Проверочный лист для оценки боли

К окончанию процедуры оценки боли вы должны иметь ответы на следующие вопросы:

- Какие слова ребенок и родители используют, говоря о боли?
- Какие вербальные или поведенческие сигналы использует ребенок, чтобы выразить боль?
- Что родители и/или те, кто заботится о ребенке, делают, когда ребенок испытывает боль?
- Чего родители и/или те, кто заботится о ребенке, не делают, когда ребенок испытывает боль?
- Что лучше всего помогает облегчить боль?
- Где локализуется боль и каковы ее характеристики (место, тяжесть, характер боли, как это описывает ребенок/родитель, например, острая, жгучая, ноющая, режущая, стреляющая, пульсирующая)?
- Как началась текущая боль (была ли она внезапной, постепенной)?
- Как долго продолжается боль (длительность с момента начала)?
- Где локализуется боль (одно место/несколько мест)?
- Боль нарушает сон ребенка/эмоциональное состояние?
- Боль ограничивает естественную физическую активность ребенка (сидеть, стоять, ходить, бегать)?
- Ограничивает ли боль способность/желание ребенка взаимодействовать с другими, способность играть?

Адаптировано из руководства ВОЗ, 2013 год.

Как справляться с болью у детей

Что вам, возможно, уже известно

- Хронические или сильные боли — это широко распространенная проблема у детей со сложными, ограничивающими жизнь заболеваниями (но у детей в меньшей степени, чем у взрослых).
- Боль — это многофакторный опыт: на нее влияют и ее провоцируют физические, психологические, социальные и духовные причины («общая» или «тотальная» боль).
- Физическая боль передается через нервные пути: от периферических ноцицепторов через спиноталамический тракт к таламусу. Восходящий путь болевых стимулов может быть блокирован путем механизма «нисходящего подавления» (например, благодаря релаксации, отвлечению и т.д.).
- Различные лекарственные препараты работают на различных участках пути передачи болевых импульсов.
- Таким образом, можно рационально выбирать и комбинировать анальгетики.
- Рекомендации Всемирной организации здравоохранения 2012 года* систематизируют выбор и комбинацию обезболивания при всех типах персистирующих болей у детей. Выделяют легкие, умеренные и тяжелые боли, а также рекомендуют при необходимости осуществлять раннее начало использования как обычных, так и опиоидных обезболивающих.
- Другие адъювантные препараты могут использоваться при определенных типах боли, таких как нейропатическая боль или боль от растяжения капсулы сустава.

* См. также: «Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями»: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/children_persisting_pain/ru/

Что может оказаться вам полезным

- Дети, нуждающиеся в паллиативной помощи, не всегда говорят о том, что у них есть боль, даже если ее испытывают, и они очень редко преувеличивают боль. Поэтому если дети жалуются на боль, лучше им верить.
- Типичные факторы, влияющие на опыт переживания боли у детей: страх, тревога, разлучение с семьей, пребывание в непривычной обстановке, сопутствующие заболевания/симптомы и стигматизация.
- «Общая/тотальная боль» — это термин, введенный необходимостью отразить тот факт, что боль — это кризис на всех уровнях²⁴. Поэтому эффективный процесс обезболивания требует работы со всеми факторами, вносящими свой вклад в общую боль (физические, психосоциальные и духовные).
- Нефармакологическое обезболивание у детей доказало свою эффективность и должно быть всегда включено в любую стратегию лечения боли. Одних медикаментов недостаточно.
- Терапия боли в паллиативной помощи комплексная, она должна быть направлена на все группы причин, которые влияют на ее возникновение. Анальгетики — это лишь один из способов лечения хронической боли. Ниже приведен перечень других способов обезболивания, которые могут использоваться в паллиативной педиатрии.
 - Нефармакологические методы (см. ниже).
 - Воздействие на патологический процесс, например лучевая терапия, антибиотики, гормональная терапия, химиотерапия, хирургическое лечение, бисфосфонаты.
 - Использование анальгетиков и вспомогательных (адыювантных) лекарственных средств (см. ниже).
 - Прерывание передачи болевых импульсов: местные анестетики, нейролизис и другие нейрохирургические методы.
- Опиоидфобия часто встречается у врачей и медицинских сестер во всем мире.

- ВОЗ больше не рекомендует назначать кодеин или дигидрокодеин в детском возрасте, поскольку большинство детей не могут его метаболизировать до активных веществ. Если парацетамола и нестероидных противовоспалительных средств недостаточно, сразу добавляется морфин через рот.
- О морфине ходит больше мифов, чем о каком-либо другом препарате. Для информации: использование морфина для обезболивания не формирует зависимость; морфин не ускоряет наступление смерти; применение морфина не означает, что вы сдались, так же как это не означает «начало конца». Единственное, что делает морфин, — устраняет боль.

Нефармакологические подходы к лечению боли у детей

Нефармакологические методы могут быть очень эффективными, особенно у детей, поскольку они хорошо поддаются внушению²⁵. Нефармакологические подходы должны *всегда* применяться в паллиативной педиатрии, т.к. помогают детям справиться со своей болью, понимать ее, а также уменьшать боль, возникающую при воспоминании о ней.

Наибольшую эффективность показали следующие методы: отвлечение, гипноз, самооценка недомогания, поведенческая оценка недомогания и комбинированные когнитивно-поведенческие техники²⁶.

Нефармакологическим подходам легко научиться. Они должны использоваться во ВСЕХ ситуациях; даже тогда, когда применяются сильные обезболивающие средства, их необходимо использовать как дополнение.

Примеры нефармакологических подходов:

- Закрепление опыта, когда ребенку удалось справиться с болью: напоминайте ему об этом и поздравляйте его с тем, насколько хорошо он справился (даже если он справился не блестяще). Не игнорируйте возникшие проблемы, проговаривайте²⁷ их и рассматривайте в более позитивном свете, чтобы снизить страх перед ними.

- Отвлечение (см. таблицы с техниками дистракции).
- Глубокое дыхание²⁸.
- Последовательная мышечная релаксация²⁹.
- Гипноз.
- Управляемая визуализация. Дети — эксперты в этом, им очень легко использовать свое воображение, чтобы мысленно отправиться в приятное успокаивающее место.
- Акупунктура/акупрессура.
- Рейки.
- Массаж.
- Ароматерапия.

Принципы назначения обезболивающих препаратов детям

Основные принципы обезболивания в паллиативной педиатрии закреплены Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)³⁰ :

- «Через рот»: по возможности избегайте инъекций. Если оральный прием препаратов невозможен, рассмотрите ректальное или трансдермальное введение лекарств.
- «По часам»: персистирующая боль требует превентивного, регулярного лечения.
- «Индивидуальный подход к ребенку»: используйте двухступенчатую стратегию обезболивания. Шаг 1. Обычные неопиоидные анальгетики с/без адыювантной терапией и нефармакологическими методами. Шаг 2. Опиоиды вместе/без вспомогательных методов по показаниям.

Как использовать опиоиды

Существует довольно много неразберихи по поводу эффективного использования морфина в паллиативной педиатрии. Для правильного понимания вопроса необходимо помнить о двух ключевых факторах у ребенка с относительно нормально функционирующим кишечником, печенью и почками:

1. Среднее время достижения максимальной концентрации в плазме крови (C_{\max}) после введения морфина через рот — ОДИН час.
2. Средняя продолжительность действия введенного через рот морфина составляет от ТРЕХ ДО ЧЕТЫРЕХ часов у детей старше шести месяцев.

C_{\max} «один час» означает, что если через час не наступил эффект обезболивания, то он уже и не наступит. Поэтому доза «ПО НЕОБХОДИМОСТИ» должна даваться КАЖДЫЙ ЧАС, а не каждые два, три или четыре часа, как указано в большинстве справочников.

Продолжительность действия морфина «четыре часа» означает, что регулярные дозы морфина через рот должны даваться каждые ЧЕТЫРЕ часа.

«Общая суточная доза» — это сумма всех доз PRN* и регулярных доз, принятых за последние 24 часа.

Поскольку за 24 часа ребенок получает шесть доз, на следующий день «регулярная» доза и доза «по необходимости» должны составлять $\frac{1}{6}$ от общей суточной дозы за предыдущие 24 часа.

Продолжайте давать каждый час дозу PRN ПАРАЛЛЕЛЬНО с регулярными дозами каждые 4 часа до тех пор, пока боль не будет полностью под контролем (требуется не более чем одна доза PRN в сутки) или пока у ребенка не начнутся существенные побочные эффекты, такие как суженные зрачки, конвульсии, задержка мочеиспускания и др.

Если не удалось достичь обезболивания, несмотря на то, что уже появились серьезные побочные эффекты, подумайте о переходе на другой опиоид (такой как оксикодон) или об использовании адыювантных препаратов.

Токсичность опиоидов у детей

Дети обычно достаточно хорошо переносят опиоиды, при этом необходимо помнить об их самых распространенных побочных эффектах.

* PRN (лат. — pro re nata) — по необходимости.

- Запор встречается в большинстве случаев, поэтому детям необходимо назначать слабительное с момента начала приема опиоидов, чтобы предотвратить задержку большого количества каловых масс, ведущую к болям и непроходимости. Необходимо определить, нужны ли стимулирующие слабительные или комбинация препаратов, а не просто смягчитель кала типа лактулозы (один из самых распространенных слабительных препаратов в непаллиативной педиатрической практике, а потому самый знакомый). Выяснилось, что при оказании паллиативной помощи детям часто прописывают неподходящую профилактическую слабительную терапию, т.к. не хватает понимания фармакологического действия различных слабительных средств.
- Тошнота и рвота встречаются реже и, как правило, исчезают через несколько дней, но некоторым детям могут понадобиться противорвотные препараты.
- Сонливость довольно типична в первые несколько дней, но со временем состояние также улучшается.
- Зуд и задержка мочеиспускания не являются редкостью; если встречаются эти симптомы, необходимо попробовать назначить альтернативные опиоиды.
- Тяжелая токсичность встречается крайне редко, особенно если подбирать дозу, как описано выше. Вы можете заметить урежение дыхания, сужение зрачков и снижение уровня сознания. Эти симптомы могут свидетельствовать о необходимости использования опиоидного антидота налоксона. К слову, автору за 20 лет практики в детской паллиативной помощи ни разу не приходилось его применять. При использовании высоких доз опиоидов у детей могут развиваться беспокойство, недомогание, дезориентация, возбуждение, подергивания и резкие движения, что может ввести в заблуждение о том, что ребенок все еще испытывает боль. В действительности эти симптомы указывают на необходимость перейти на другой опиоид, например на оксикодон.

Использование альтернативных сильных опиоидов

Есть ряд альтернативных опиоидов, требующих специальной подготовки и различных способов введения. Мы не включили сюда трамадол и метадон, поскольку, несмотря на то, что они назначаются в паллиативной педиатрии, примеров их использования немного. Кроме того, метадон достаточно сложно назначать и использовать без консультаций со специалистом.

- **Оксикодон** — это, возможно, лучший опиоид «второй линии» в случаях, когда ребенок не ответил на морфин или имеет выраженные побочные эффекты от морфина. Нет гарантии, что оксикодон не даст тех же побочных эффектов, но имеет смысл его попробовать.
- **Диаморфин** лучше растворяется и более совместим при смешивании с другими препаратами в шприце, чем морфин. Его также можно использовать назально и буккально. (Такое введение гораздо удобнее в критических ситуациях и при внезапной прорывной боли, чем инъекции.) Однако это нелегализуемый метод, по эффективности и продолжительности эффекта схожий с внутривенным введением болюсной дозы, поэтому следуйте тем же мерам предосторожности, что и с дозировкой для внутривенного введения.
- **Бупренорфин** имеет более длительное действие, чем морфин (от шести до восьми часов), его можно использовать сублингвально и трансдермально. Эффект не зависит от почечной экскреции, поэтому препарат может использоваться при почечной недостаточности. Бупренорфин имеет свойства агониста и антагониста опиоидных рецепторов и может вызвать синдром отмены, включая боль, у детей, зависимых от других опиоидов. Бупренорфин теперь также доступен в виде пластырей, действующих в течение 7 дней; они могут быть удобны для лечения стабильной, отвечающей на опиоиды боли, особенно при небольших общих дневных дозах.
- **Фентанил**³¹ был разработан в виде трансдермальных пластырей, действующих 72 часа; их удобно назначать детям, у ко-

торых затруднен пероральный прием, но которые слишком активны для подкожного введения препаратов. Несмотря на то что фентанил метаболизируется в печени, его метаболизм требует минимальной печеночной функции, поэтому вероятность накопления у детей с печеночной недостаточностью значительно меньше, чем при применении других опиоидов. При использовании пластырей важно знать, какой тип пластыря — резервуарный или матричный — вы выписываете, поскольку их эффективность может меняться при изменении типа пластыря. Фетанил также доступен в виде назальных спреев, таблеток для буккального или сублингвального приема или в виде леденцов (пастилок): они могут быть удобны как быстродействующие препараты при прорывных или внезапных болях.

ВВ! С осторожностью назначайте фетанил и бупренорфин в пластырях: если сосуды кожи под ним расширены, например, вследствие гипертермии или внешнего тепла, всасывание лекарства может происходить быстрее, что может привести к неожиданной токсичности.

Избегайте кодеина

Кодеин не рекомендуется использовать в паллиативной педиатрии. Это «пролекарство» в организме превращается в морфин под действием фермента CYP2D6, который практически отсутствует у плода и даже у 5-летнего ребенка может присутствовать в небольшом количестве (25% от уровня взрослого). Активность данного фермента также снижена у некоторых этнических групп.

Эквивалентность оральных анальгетиков морфину³²:

Анальгетик — Пути введения — Доза

(PO = перорально; IM = внутримышечно, IV = внутривенно, SC = подкожно)

- Диаморфин — IM, IV, SC — 3 мг
- Дигидрокодеин — PO — 100 мг
- Гидроморфон — PO — 2 мг

- Морфин — РО — 10 мг
- Морфин — IM, IV, SC — 5 мг
- Оксикодон — РО — 6,6 мг
- Трамадол — РО — 100 мг

ОСОБЫЕ ВИДЫ БОЛИ

Боль при раке

Боль при раке очень распространена и может возникать по ряду причин: инвазия окружающих тканей, эффект сдавливания окружающих тканей, растяжение органа, местное воспаление, кишечная или иная непроходимость, раздражение нерва. Боль также часто встречается при инвазивных процедурах и как побочный эффект химиотерапии.

Боль при раке следует прежде всего лечить, используя стандартный подход ВОЗ, описанный выше. Кроме того, есть дополнительные методы, которые зависят от локализации и типа рака. Например:

- Радиотерапия при локализованном заболевании
- Паллиативная химиотерапия
- Региональная блокада нервов
- Интратекальная и эпидуральная инфузии
- Паллиативная хирургическая резекция

Поэтому важно поддерживать тесную связь с онкологическими и анестезиологическими отделениями, если они есть в наличии, чтобы к ним обращаться при необходимости.

Нейропатическая/нервная боль

Следует заподозрить нейропатическую боль, если ребенок описывает ее, используя такие слова, как «жжет», «стреляет», «колет», или если имеются другие неврологические признаки (например, изменение чувствительности в области боли, расползание боли по коже и подкожной клетчатке).

Существует миф о том, что нейропатическая боль не реагирует на стандартные анальгетики. Это неправда. Они помогают, но иногда

частично. Тем не менее всегда имеет смысл использовать стандартный анальгетический подход, приведенный выше.

Если боль не уходит полностью, попробуйте назначить дополнительно адьювантную терапию. Существуют препараты, стабилизирующие мембраны нервных клеток и подавляющие таким образом активность нерва. Неудивительно, что они также подавляют общую активность ребенка, могут оказывать выраженный седативный эффект и вызывать запор, поэтому нуждаются в тщательном подборе дозы. Несмотря на скудную доказательную базу, amitriptilin и gabapentin широко используются у детей. Они безопасны, доступны и дешевы, а потому должны быть препаратами первой линии. Обычно выбор определяется вопросами соответствия. Gabapentin нужно принимать 3 раза в день. Если дополнительные свойства препарата могут быть полезны, то, например, amitriptilin обладает седативным эффектом и может улучшить нарушенный сон. Можно также попробовать другие трициклические антидепрессанты и противосудорожные средства, такие как carbamazepin и pregabalin. При особо устойчивых нейропатических болях используется комбинация трициклических и антиэпилептических препаратов.

Хроническая, не отвечающая на лечение боль

Если боль не отвечает на обезболивающие препараты или если побочные эффекты становятся слишком проблематичными, первый шаг — попробовать перейти на другой опиоид, например с морфина на оксикодон, фентанил (или альфентанил) или бупренорфин. Метадон, как ни странно, лучше справляется с повышенной чувствительностью к боли и с пониженной чувствительностью к опиоидам, которые иногда возникают при длительном приеме опиоидов (как утверждают, в связи с изменениями в центральных нейротрансмиттерах и рецепторах, в частности в НМДА-рецепторах). Он также эффективен при нейропатических болях. Однако у метадона сложная фармакодинамика, и потому перед назначением лучше посоветоваться со специалистом.

Повышенное внутричерепное давление (а также компрессия опухоли тканей в других областях)

Если боль возникает из-за сдавливания окружающих тканей в закрытых пространствах (например, мозга в черепе или печени в ее капсуле), кортикостероиды (особенно дексаметазон) очень эффективно снижают воспаление и отек. Однако их долговременное использование НЕ показано, поскольку побочные эффекты у детей (особенно поведенческие и эмоциональные последствия, развитие синдрома Кушинга) могут быть более тяжелыми, чем у взрослых. В этой ситуации может помочь «пульс-терапия» высокими дозами стероидов (короткие курсы высоких доз).

Спастика/повышенный мышечный тонус

Антиспастические препараты (например, баклофен) и бензодиазепины (например, диазепам и лоразепам) могут действовать как мышечные релаксанты, но при этом они оказывают седативный эффект (см. раздел о спастике и дистонии).

Боль в костях/боль в мягких тканях

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) эффективны при болях в костях. Остерегайтесь использовать НПВП при недостаточности костного мозга из-за большой вероятности кровотечения. Советуйте принимать НПВП после еды под прикрытием ингибитора протонной помпы, если его нет в наличии — ранитидина, поскольку может развиваться гастрит.

Коликообразные боли в животе

Антихолинергические препараты (например, гиосцина бутилбромид или мебеверин) — эффективные адьюванты при коликообразной боли, но могут усиливать запоры.

Беспокойство

Попытайтесь устранить проблему, вызвавшую беспокойство, используя нефармакологические методы. Если они неэффективны,

подумайте о назначении транквилизаторов в небольших дозах (например, лоразепама).

Практические подходы к ведению боли у детей

Несмотря на то что необходимо знать теорию лечения боли в паллиативной педиатрии, очень важно понимать, что делать на практике. Когда сталкиваешься с ребенком, испытывающим боль, память может дать сбой в самый неподходящий момент. Обрывчатые воспоминания и ненужные психологические и патологические факты могут прийти на ум в самое неподходящее время. В этой ситуации данная «книга медицинских рецептов» как раз то, что доктор прописал.

Ребенок испытывает боль?

- Проведите тщательную оценку, чтобы убедиться, что вы имеете дело именно с болью, а не с другими физическими симптомами, такими как тревога, тошнота и др.

Боль сильная?

- Если да, прежде чем делать что-либо еще, обезбольте ребенка. Дальнейшая оценка может подождать до тех пор, пока ребенок не почувствует себя комфортно. Дайте дозу обезболивающего немедленно.

Каковы причины?

- Помните о том, что у ребенка может быть несколько причин возникновения боли одновременно. Проводите оценку боли и используйте методы визуализации, пока не поймете, что является причинами/причиной боли: например, компрессия, инфильтрация, инфекции, побочный эффект лекарств, нейропатические, психологические или духовные составляющие. Использование схемы тела человека и шкал для оценки боли в баллах помогает прояснить ситуацию и контролировать ее.

Можно ли устранить причину?

- Если да, устраняйте ее. Если постель влажная, замените ее. Если обнаружена инфекция, лечите ее. Если кость сломана, обеспечьте ее неподвижность. Если ребенок страдает запором, облегчите его состояние.

Ребенок испытывает недостаток жидкости, питания и кислорода?

- Представьте себе, насколько более сильной может быть боль, если тебе холодно, ты устал или голоден. Хорошее питание, гидратация и снабжение тканей кислородом помогут избежать дополнительного ненужного стресса в болезненных ситуациях.

Ребенку комфортно? Он спокоен и увлечен чем-то?

- Согревайте, создавайте комфортное окружение, кормите и подбадривайте. Действуйте мягко и используйте поддерживающие позы, чтобы минимизировать боль, которую причиняют движения. Сведите к минимуму инвазивные процедуры. Отвлекайте, делайте массаж, используйте техники релаксации и визуализации.

Боль связана с движением?

- Это предполагает наличие причины, связанной со скелетно-мышечной системой. Исключите вероятность переломов и растяжений (обеспечьте неподвижность), появления метастазов (ортопедическая хирургия или радиотерапия), инфекции мягких тканей (особенно воспаление мышц при СПИДе — используйте антибиотики, дренирование и обеспечьте неподвижность), сдавления нерва, спастичку (могут быть очень болезненными; смотрите раздел о дистонии).

Боль связана с растяжением органа?

- В случае поражения органов, которые не могут легко растягиваться (например, головной мозг, печень), решите о необходимости использования лучевой терапии или стероидов (будьте осторожны, назначая стероиды детям; смотрите выше). Если увеличен мочевой пузырь, установите катетер.

Боль связана с раком?

- Подумайте о возможности использования лучевой терапии, химиотерапии, блокаде нервов, хирургических вмешательств.

Присутствуют ли признаки нейропатической боли?

- Если боль стреляющая/жгучая, или распространяется в области кожи, и/или ассоциируется с неврологическими признаками, попробуйте стандартные обезболивающие. При этом могут понадобиться адьюванты, например amitriptilin.

Боль связана с мышечным спазмом?

- Используйте тепло, мягкое растяжение, массаж, наложение шины и физиотерапию. Попробуйте бензодиазепин или баклофен.

Лечение сильных болей в конце жизни

Ведение болевого синдрома в конце жизни осуществляется по общим принципам, представленным в этом разделе. Если острая сильная боль впервые возникла в конце или ближе к концу жизни, а у вас нет парентерального доступа, можно использовать морфин (подкожно) или диаморфин (буккально или назально), как описано выше. Чтобы получить больше информации, пожалуйста, обратитесь к разделу о лечении кризисных состояний в терминальной стадии болезни.

Как справляться с нарушениями жидкостного и электролитного баланса у детей

Что вам, возможно, уже известно

- По мере приближения смерти желание ребенка есть и пить уменьшается, поэтому обезвоживание в конце жизни — частое явление.
- Если пациент находится в сознании, легко выяснить, испытывает ли он жажду. Но это нелегко сделать, если ребенок без сознания или у него сознание спутанное.
- Чем младше ребенок, тем больше он подвержен потере жидкости.
- Еда и питье — это больше, чем медицинские потребности. Они обладают глубоким культурным символизмом, особенно для родителей, поэтому решение прекратить кормить и поить ребенка сопряжено с психологическими, социальными и этическими дилеммами.

О чем вы, возможно, не знаете

- Доказательная база о распространенности, последствиях и тактике гидратации при оказании паллиативной помощи крайне скудна, противоречива и потому часто бесполезна^{33–41}.
- Обезвоживание в нормальных (например, не паллиативных) ситуациях может быть физически неприятным и иметь нежелательные последствия. Однако, в терминальной фазе заболевания уменьшение потребления жидкости может иметь и положительный эффект (например, снижение недержания мочи, уменьшение отека легких/бронхопульмональной секреции, периферических отеков).
- Поэтому решение о необходимости проведения искусственного восполнения жидкости в ситуациях, когда пациент не может пить и не жалуется на жажду, принять не просто.

- Не существует золотых правил — судите о каждом случае по его индивидуальным особенностям.

Осмотр ребенка с признаками дегидратации

Оценивать степень обезвоживания весьма полезно, с одной стороны, чтобы планировать лечение, а, с другой стороны, чтобы отслеживать ответ на лечение.

Признаки 5%-ного обезвоживания:

- Потеря массы тела, сухость слизистых оболочек, слегка сниженный объем мочевыделения.

Признаки 10%-ного обезвоживания:

- Пониженный тургор тканей с плохим наполнением капилляров, повышенное время наполнения капилляров, сухость слизистых оболочек, втяжение родничка, ввалившиеся глаза, плохое наполнение пульса, вялость, олигоурия.

Признаки обезвоживания более 10%:

- Ацидотическое дыхание, тахикардия, учащенное дыхание, шок, анурия, развитие комы.

Подходы к работе с детьми, которые не пьют

Ребенок испытывает жажду?

- Если да, вводите жидкость через рот, если это возможно, или подкожно, внутривенно или при помощи зонда для кормления.

Каков ваш прогноз: ребенок умрет в ближайшее время (при этом он чувствует себя комфортно либо находится в бессознательном состоянии и не испытывает беспокойства)?

- Маловероятно, что умирающий ребенок, который чувствует себя комфортно или находится без сознания, страдает из-за обезвоживания, поэтому нет этических оснований давать ему жидкость, хотя могут быть серьезные психосоциальные причины. Принимайте решение в каждом случае индивидуально.

Семья нуждается в сострадании, терпеливом объяснении и поддержке⁴².

- Обеспечьте хороший уход за полостью рта.

Ребенок испытывает дискомфорт, возбужден, его сознание спутанно?

- Обсудите, насколько этично перейти с орального пути на парентеральные. С одной стороны, искусственное восполнение жидкости может снизить возбуждение в терминальной стадии. С другой стороны, оно может усугубить сердечную недостаточность и отек мозга, тем самым усилив возбуждение и дискомфорт, а не снизив их.
- Если законы вашей страны не ясны или определяют искусственную регидратацию как необходимое лечение, примите решение вместе с ребенком, семьей и коллегами о том, преобладают ли преимущества над осложнениями или наоборот (в части об этике вы найдете больше подробностей).
- В случае когда семья настаивает на том, что кормление и/или гидратация должны продолжаться, нужно будет разумно вводить жидкость искусственным путем (поскольку отказ может усугубить их горевание после смерти ребенка). Гидратация подкожно или через зонд, скорее всего, не вызывает серьезного дискомфорта у ребенка.
- Существует ряд способов для введения жидкостей в терминальной фазе жизни ребенка⁴³.

В терминальной стадии (в конце жизни) потребность ребенка в жидкости составляет примерно 60% или менее от возрастных и весовых стандартов, поэтому следите, чтобы не произошло перенасыщение жидкостью. Внутривенное введение возможно, но тяжело переносится. Гиподермоклизис (подкожное введение жидкости) переносится лучше, и его легче осуществлять в домашних условиях. Скорость введения жидкости в большинстве случаев может быть доведена до уровня почасового поддерживающего внутривенного введения, при этом необходим регулярный внимательный контроль за местом подкожного введения жидкости. Непродолжительное время можно использовать назогастральные зонды, но они вызывают большой дискомфорт у ребенка и поэтому в конце жизни неприемлемы с этической точки зрения. В некоторых странах используется проктоклизис — капельная клизма (ректальное введение).

Как справляться с проблемами при кормлении детей

Что вам, возможно, уже известно

- В странах с ограниченными ресурсами при оказании паллиативной помощи детям нутритивная недостаточность встречается часто потому, что еды попросту не хватает.
- При оказании паллиативной помощи существует ряд других причин, в силу которых дети едят недостаточно: анорексия, воспаление слизистой рта, проблемы с глотанием, тошнота и рвота, компрессия желудка.
- Какова бы ни была причина, но, если ребенок голоден, он имеет фундаментальное право быть накормленным.

Чего вы можете не знать

- Нутритивная недостаточность была большой проблемой в паллиативной педиатрии даже в богатых странах, когда дети не могли глотать в силу неврологических или нервно-мышечных причин.
- С изобретением кормления через питательные трубки недоедание не встречается в экономически развитых странах, но остается большой проблемой в странах с ограниченными ресурсами^{44, 45}. Если ребенок остается голодным, все остальное, написанное в этой книге, становится бессмысленным, поэтому крайне необходимо *сначала обеспечить его питанием*.
- Не всем детям, которые перестали есть, необходимо давать пищу, например, если они не голодны или если искусственное кормление может принести больше вреда, чем пользы.
- Питательные трубки произвели революцию в кормлении детей, которые не могут принимать пищу обычным путем, но оно не обходится без серьезных побочных эффектов, включающих желудочно-пищеводный рефлюкс, рецидивирующую аспирацию и инфекции органов грудной клетки, дискомфорт от зонда, боли в животе и диарею.

Подходы к работе с детьми, которые не едят

Ребенок голоден?

- Это ключевой вопрос. Ребенок с кахексией редко испытывает чувство голода, в то время как ребенок с небольшой или средней степенью недоедания хочет есть. Поэтому будьте внимательны. Большинство детей с тяжелой степенью недоедания теряют аппетит.
- Используйте критерии ВОЗ возрастных особенностей роста и веса, чтобы установить степень нутритивной недостаточности. Если ребенок голоден и имеет нутритивную недостаточность, помогите ему есть и пить любыми доступными вам способами (следуйте рекомендациям ВОЗ по нутритивной недостаточности⁴⁶).

Вероятная продолжительность жизни исчисляется в днях, а не в неделях или месяцах?

- Кормите и поите для удовольствия ребенка, но не тогда, когда он отказывается. Помните, что семья в большинстве случаев не хочет прекращать кормление, даже если они отказались от других медицинских вмешательств и лечения. Скорее всего, вы столкнетесь с давлением родителей или семьи, которые будут настаивать на продолжении кормления.
- В терминальной стадии проявляйте сострадание и терпение, применяйте соответствующие навыки, чтобы помочь семье понять, что тело больше не нуждается в пище, т.к. она не продлевает жизнь, а ребенок не чувствует голода (поэтому речь не идет о страданиях ребенка).
- Напомните им, что естественные физические процессы умирания не предполагают кормления. Очевидно, что родителям легче понять это, если ребенок находится без сознания. Часто уход за полостью рта (смачивание рта водой и защита губ от пересыхания) помогает родителям постепенно оставить активное желание кормить ребенка. Объясните им, что принудительное кормление причиняет ребенку страдания.
- Устраняйте проблемы, которые поддаются лечению.

- Лечите воспаление слизистой рта, проблемы с глотанием, тошноту, проблемы с желудком, одышку, боль, почечную или печеночную недостаточность, хронические инфекции.
- Не забывайте о наличии инвалидности (ребенку может потребоваться помощь во время приема пищи и определенное положение тела, чтобы нормально есть).

Вы столкнулись с побочными эффектами лекарственных средств?

- Отсутствие аппетита может встречаться при использовании опиоидов, метронидазола, ко-тримоксазола, НСПВП, химиотерапии, некоторых антибиотиков.
- Замените препарат, если это возможно.

Есть ли проблемы с пищей?

- Убедитесь, что ребенок знает пищу, которую ему предлагают, любит ее и что она учитывает особенности его культуры.
- Старайтесь использовать небольшие порции еды с высоким содержанием энергии/протеина (если есть в наличии).
- Убедитесь, что ребенок может сидеть и что рядом с ним хорошая компания.
- Избегайте сильных ароматов: они могут провоцировать тошноту. Также избегайте слишком острой и жирной пищи.
- Не заставляйте ребенка, но соблазняйте его частыми, маленькими порциями/дегустацией любимой им пищи на самых маленьких тарелочках, какие только сможете найти.
- Будьте готовы позволить пациенту разные, даже странные, капризы в еде и даже побуждайте его к этому⁴⁷.

У вас есть возможность стимулировать аппетит и это уместно?

- Вы можете попробовать назначить мегестрол (детям старшего возраста с раком) или короткий курс низких доз дексаметазона, в том числе в конце жизни.
- Если аппетит не появляется, используйте симптоматическое лечение.
- Для кормления (или в качестве альтернативы «не орального» восполнения жидкости) рассмотрите возможность использования питательной трубки (назогастральный зонд или гастростомическая трубка, если есть возможность).

Как справиться с воспалением слизистой рта у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Воспаление слизистой рта — частое явление в паллиативной помощи, например, из-за цитотоксических и антихолинэргических препаратов, снижения приема пищи через рот, обезвоживания, слабости и местных повреждений.
- Кандидоз ротовой полости — частая причина проблем в полости в паллиативной педиатрии, особенно при ВИЧ/СПИДе.
- Эффективен простой уход за полостью рта: увлажнение слизистой рта, мягкая чистка зубов, полоскание, использование леденцов из льда или кусочков ананаса (в нем содержатся энзимы, которые помогают очищать полость рта).

Чего вы, возможно, не знаете

- Дети с проблемами в полости рта могут испытывать трудности с глотанием, рвоту, нежелание есть, повышенное слюноотделение, могут плакать во время кормления.
- Афтозный стоматит и рецидивирующий простой герпес довольно распространены при ВИЧ/СПИДе, так же как и кандидоз полости рта и пищевода.

Практические подходы к лечению воспаления полости рта

Общие принципы:

- Парацетамол до еды, избегать острой пищи и использовать смягчающие жидкости или кусочки льда.

Кариес зубов и другие инфекции?

- Общий уход за полостью рта.
- Амоксициллин и/или метронидазол при инфекциях.

Неспецифическая краснота и рыхлость слизистой рта, угловой стоматит и/или белые очаговые налеты?

- Возможен кандидоз слизистой рта (наблюдается у 75% пациентов).
- Рассмотрите возможность назначения нистатина в каплях или в виде пастилок.
- Противогрибковый гель для слизистой рта, например гель «Дактарин».
- Флуконазол через рот.
- Амфотерицин через рот.

Цитотоксическая терапия?

- Характерен тяжелый стоматит.
- Ополаскивание полости рта бесспиртовыми антибактериальными ополаскивателями для слизистой рта.
- Используйте мягкую блэндированную пищу.

Поверхностные, болезненные, похожие на кратеры очаги с приподнятыми эритематозными краями и серым псевдомембранозным налетом в центре (могут быть маленькими или большими)?

- Возможно, это афтозный стоматит.
- Крем для слизистой рта со стероидами (например, «Орабейз») или стероидные пастилки, которые нужно накладывать на пораженные места.
- Преднизолон в таблетках раскрошить и присыпать получившейся пудрой пораженные места.

Болезненные язвочки, которые могут начаться с ощущения зуда или покалывания, а затем проявиться в виде болезненных везикул, которые могут образоваться как внутри, так и вне полости рта?

- Возможно, это простой герпес.
- Ацикловир (у иммунокомпрометированных больных — внутривенно).

Как справляться с дисфагией у детей

Что вам, возможно, уже известно

- Дисфагия очень часто встречается в паллиативной педиатрии.
- При оказании паллиативной помощи могут встречаться два сценария дисфагии у детей:
 - Дети, которые боятся вдохнуть пищу или подавиться ею, отказываются от еды, что потенциально может привести к нутритивной недостаточности.
 - Дети, которые никогда не могли нормально глотать, но их кормят через рот, несмотря на эпизоды поперхивания пищей и повторяющиеся случаи аспирации.
- Причинами дисфагии могут быть проблемы в полости ротоглотки (например, инородное тело, застрявшая пища); проблемы внутри стенки органов пищеварительного тракта (например, воспаление слизистой оболочки, кандидоз, побочные эффекты препаратов, гастроэзофагеальный рефлюкс и спазм, неврологические расстройства) и снаружи (например, медиастинальная лимфаденопатия/опухоль).

Чего вы можете не знать

- В богатых странах дисфагия обычно встречается при неврологических или нервно-мышечных заболеваниях.
- В условиях ограниченных ресурсов дисфагия очень часто встречается не только у детей с вышеописанными заболеваниями, но и при ВИЧ/СПИДе и раке.
- Кандидоз очень распространен у детей, нуждающихся в паллиативной помощи, особенно в условиях ограниченных ресурсов и при ВИЧ/СПИДе.
- Нарушение моторики желудочно-кишечного тракта и рефлюкс — частая проблема у детей с неврологическими или нервно-мышечными заболеваниями.

Осмотр ребенка с дисфагией

Если у ребенка рак или ВИЧ/СПИД:

- Подозревайте кандидоз во всех случаях (особенно если дисфагия сопровождается болью и/или ребенок принимает стероиды или химиотерапию). Отсутствие орального кандидоза не исключает кандидоз пищевода. Считайте, что он, вероятнее всего, имеет место, если ребенок отказывается от пищи, у него текут слюны (не способен их проглотить), у него хриплый плач из-за ларингеального кандидоза.

Если есть зубная боль/тризм:

- Исключите наличие кариеса или абсцесса.

Если ребенок может легко глотать жидкости, но не твердую пищу:

- Исключите наличие стриктуры пищевода вследствие хронического рефлюкса или внешнего сжатия увеличенными лимфоузлами средостения.

Если ребенку трудно глотать жидкости:

- Исключите нарушение моторики, неврологические расстройства или тяжелую обструкцию.

Если шея раздувается или появляются булькающие звуки при питье:

- Подумайте о жаберном мешке (не типично).

Если имеется кашель и периодически повторяющиеся инфекции органов грудной клетки при слабом рвотном рефлексе:

- Исключите рецидивирующую аспирацию.

Практические подходы к ведению дисфагии

У всех детей:

- По возможности лечите причину.
- Проводите кормление и гидратацию, как было описано выше.
- Используйте загустители пищи у детей с рефлюксом.
- Используйте препараты, нейтрализующие соляную кислоту, например ингибиторы протонного насоса или ранитидин.

Кандидоз:

- Нистатин — самый дешевый и наиболее доступный препарат, но, если кандидоз глубокий, может потребоваться 2–3-недельный курс системных противогрибковых препаратов через рот (например, флуконазол).

Дисфагия как побочный эффект лекарственных препаратов:

- Отмените НПВС, стероиды и антихолинергические препараты, если это возможно.

Рецидивирующая аспирация:

- Рассмотрите возможность зондового питания или чрескожную эндоскопическую гастростомию.
- Обсудите с семьей риски и преимущества постоянного кормления небольшими порциями через рот для удовольствия и поддержания качества жизни.

Опухоли:

- Обратитесь к онкологу, если есть такая возможность.
- Рассмотрите возможность назначения дексаметазона, чтобы уменьшить массу опухоли.
- Рассмотрите возможность стентирования или гастростомии.

Фармакологическое симптоматическое лечение:

- Рассмотрите возможность назначения антацидов для снижения секреции соляной кислоты: ингибиторов протонной помпы (например, омепразола) или H₂-блокаторов (например, ранитидина).
- Попробуйте назначить прокинетики — стимуляторы моторики (например, домперидон, небольшие дозы эритромицина или метоклопрамид, там, где его разрешено назначать детям).
- Местные анестетики (например, лидокаин) в сочетании с антацидными препаратами.
- Лечите болевой синдром, используя «лестницу обезболивания» ВОЗ.

Как справляться с гастроэзофагеальным рефлюксом

Что вы, возможно, уже знаете

- Рефлюкс широко распространен и до определенной степени может считаться нормой, пока не начинает вызывать неприятные симптомы или осложнения.
- Существует слабая корреляция между тяжестью рефлюкса и симптомами, которые он вызывает.
- Он может быть вызван повышенным внутрибрюшным или внутрижелудочным давлением (например, из-за дистонии, питания через зонд, сколиоза), повреждением желудочно-кишечного сфинктера (например, при назогастральном зонде, грыже пищеводного отверстия, нарушении моторики кишечника) и препаратами (в частности, антихолинергическими средствами, стероидами и нестероидными противовоспалительными средствами).
- Его наличие можно установить при помощи терапевтических методов обследования с использованием специальных препаратов, эндоскопии, 24-часового мониторинга pH пищевода, рентгенологического исследования с барием или видеофлюороскопии (если есть подозрение на аспирацию или нарушение глотания).

Чего вы, возможно, не знаете

- Рефлюкс — частое явление при оказании паллиативной помощи, т.к. у многих детей наблюдается нарушение моторики кишечника, дистония, они кормятся через питательные трубки, получают зондовое питание или принимают преципитирующие препараты.
- У детей рефлюкс часто проявляется атипичными симптомами, такими как нарушение глотания или потеря веса, отказ от пищи, выгибание или странные позы (их часто путают

с дистонией или припадками), нарушенный сон, хриплое дыхание, повторяющиеся инфекции органов грудной клетки, повышенное слюноотделение, повторяющаяся рвота или кровавая рвота.

Практические подходы к лечению рефлюкса

Питание:

- Если ребенок принимает пищу через рот, попробуйте уплотнить пищу при помощи готовых загустителей, риса или кукурузной муки. Кормите часто, небольшими порциями.
- При питании через назогастральный зонд или гастростомическую трубку (как ни парадоксально, это одна из главных причин возникновения рефлюкса в паллиативной педиатрии): попробуйте точнее подобрать скорость/объем или частоту кормлений. Будьте осторожны, не полагайтесь исключительно на таблицы питательной ценности для расчета поступающих веществ. Мы видели детей, которые хорошо набирали вес после уменьшения кормлений, вероятно, благодаря снижению раздражения кишечника и улучшению всасывания.

Положение тела:

- Для младенцев позиция лежа на животе лучше, чем позиция лежа на спине (но не во время сна из-за риска синдрома внезапной детской смерти).
- Детям постарше может помочь поза на левом боку и сон на кровати с приподнятой верхней частью.
- Отмените препараты, провоцирующие рефлюкс, если это возможно.
- По возможности отмените или снизьте дозу препаратов, в частности антихолинергических средств, нестероидных противовоспалительных средств, стероидов, бензодиазепинов, некоторых антибиотиков.

Фармакотерапия:

- Попробуйте назначить антациды и обволакивающие препараты, такие как альгинаты (например, гавискон).

- Назначьте или H₂-блокаторы (например, ранитидин), или ингибиторы протонной помпы (например, омепразол и лансопразол).
- Домперидон может улучшить опорожнение желудка, так же как и небольшие дозы эритромицина и метоклопрамида.

Может быть назначено оперативная коррекция:

- Фундопликация (операция Ниссена) часто применяется в богатых ресурсами странах, но у этой операции высокий процент рецидивов рефлюкса⁴⁸.

Как справляться с желудочно-кишечным кровотечением у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Любое кровотечение — это очень пугающее событие.
- Причиной кровотечения может быть воспаление пищевода (эзофагит), варикозное расширение вен пищевода, гастрит, препараты, опухоли, нарушение свертывания крови, проглоченная кровь из носа или рта, заворот кишок, дивертикул Меккеля, артериовенозная мальформация⁴⁹.

Чего вы, возможно, не знаете

- Сильное, угрожающее жизни желудочно-кишечное кровотечение не так часто встречается в детской паллиативной помощи, как во взрослой, но случается.
- Небольшие желудочно-кишечные кровотечения распространены у детей, нуждающихся в паллиативной помощи, из-за наличия высокого процента рефлюксов и гастритов.

Осмотр ребенка с желудочно-кишечным кровотечением

В рвоте у ребенка чистая кровь, «кофейная гуща» или просто немного крови, смешанной с рвотными массами?

- При обильной рвоте чистой кровью исключите причины, связанные с пищеводом.
- При обильной рвоте «кофейной гущей» +/- дегтеобразная масса исключите желудочное кровотечение, возможно, язвенную болезнь.
- Небольшая примесь крови в рвоте: предполагайте, что ребенок заглотил кровь (ищите кровотечение из носа, во рту или в носоглотке).

У ребенка загрудинная боль и/или дисфагия?

- Исключите воспаление пищевода.
- У ребенка боль в эпигастральной области?
- Предполагайте гастрит/дуоденит или язвенную болезнь.
- У ребенка имеются нарушения свертываемости, вызвавшие это кровотечение и кровотечения в других местах?
- Предполагайте нарушения свертываемости крови.
- У ребенка коликообразная боль в брюшной полости?
- Исключите причины, связанные с тонким или толстым кишечником, такие как дивертикул Меккеля, кишечную непроходимость или артериовенозную мальформацию.

Практические подходы к ведению желудочно-кишечного кровотечения

У всех детей:

- НЕ ПАНИКУЙТЕ. Сохраняйте спокойствие, успокойте ребенка и семью и займите их чем-нибудь, чтобы отвлечь (например, «принести полотенца/чашки, включить музыку/телевизор и пр.»). Измените положение тела ребенка так, чтобы было удобно убирать/выплевывать кровь/рвоту.
- Подготовьте емкость и темные полотенца, чтобы промакивать/убирать кровь.
- Рассмотрите возможность установки внутривенной канюли для лекарств и/или жидкостей/крови, если это уместно и возможно.
- Назначьте полный анализ крови и анализ крови на свертываемость, если возможно.
- Направьте к хирургу или на эндоскопию (если возможно и уместно).

Кровотечение в полости рта:

- Простой уход за полостью рта, полоскание рта транексамовой кислотой, прикладывание марли, пропитанной адреналином, или, если есть в наличии, «gelfoam» (желатиновые гранулы на впитывающей желатиновой губке).

- Если возможно, отмените провоцирующие препараты, например НПВС, стероиды, варфарин.

Нарушение свертываемости крови:

- Рассмотрите возможность введения тромбоцитов, если их уровень низкий.
- Рассмотрите возможность назначения витамина К в случае нарушения функции печени.

Опухоли:

- Рассмотрите необходимость направления на лучевую терапию.
- Рассмотрите возможность использования транексамовой кислоты (если она доступна).

Массивное, угрожающее жизни кровотечение:

- Смотрите раздел о кризисных ситуациях в терминальной стадии.

Как справляться с тошнотой и рвотой у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Тошнота и рвота — часто встречающиеся проблемы.
- Тошноту могут провоцировать психологические и социальные, а также физиологические факторы.
- Тошнота и рвота модулируются воздействием на рецепторы пищеварительного тракта, вестибулярного аппарата и головного мозга.
- Разные препараты воздействуют на разные рецепторы. Поэтому выбор и комбинацию противорвотных препаратов можно рационально планировать.
- Адьювантные («вспомогательные») препараты можно использовать дополнительно в некоторых случаях тошноты и рвоты, спровоцированных, например, тревогой.

Что полезно знать

- Детей нередко тошнит, но не всегда по тем же причинам, что взрослых. Главная разница в том, что у детей, особенно маленьких, повышенный рвотный рефлекс, поэтому любое раздражение задней части гортани может спровоцировать рвоту.
- Судя по нашему опыту, тошнота и рвота у детей часто вызваны (непреднамеренно) назначенными медиками лекарствами.
- Тошнота — это субъективный опыт, поэтому, как и при боли, ее интенсивность находится под влиянием эмоциональных факторов (например, тревожность, страх, изоляция) и когнитивных факторов (например, воспоминание о чем-то похожем).
- Из этого следует, что хорошее болеутоление включает работу со всеми влияющими факторами: физиологическими, психосоциальными и духовными.

- Большинство специалистов-медиков теперь знают, что боль можно лечить при помощи рационального подхода «лестницы обезболивания», но немногие знают, что тошноту и рвоту можно лечить точно так же.

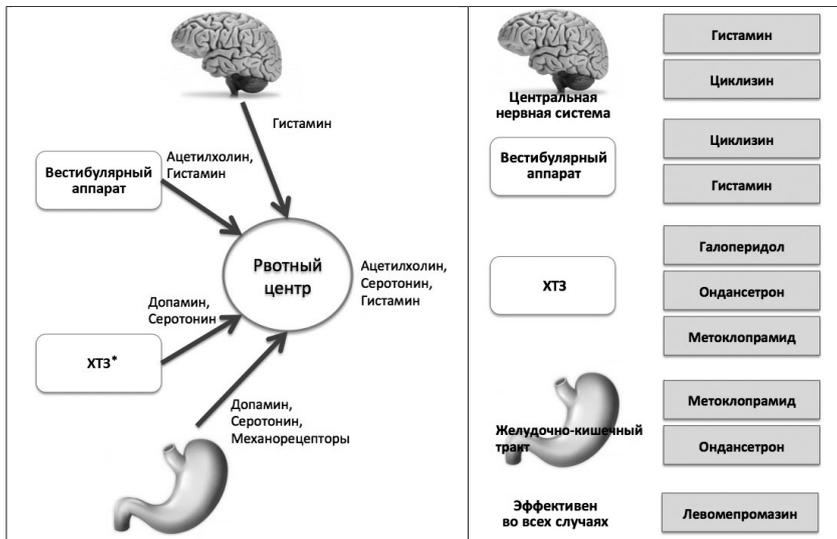
Принципы лечения тошноты и рвоты у детей

- В таблице, приведенной ниже, показана локализация разнообразных рецепторов, участвующих в возникновении тошноты и рвоты, а также трансмиссеров, которые на них действуют.
- Если вы можете вынести еще немного фармакологии, в таблице, приведенной ниже⁵⁰, вы сможете увидеть, как противорвотные препараты действуют на разные рецепторы.

Препарат	Активность рвотных рецепторов					
	Допамин	Гистамин	Мускарин	Серотонин (5HT2)	Серотонин (5HT3)	Серотонин (5HT4)
Домперидон	++	0	0	0	0	0
Ондансетрон	0	0	0	0	+++	0
Циклизин	0	++	++	0	0	0
Гиосцина гидробромид	0	0	+++	0	0	0
Галоперидол	+++	0	0	0	0	0
Промазин	+++	+	0	0	0	0
Метоклопрамид	++	0	0	0	+	+
Левомепромазин	+++	+++	++	+++	0	0

- Если сомневаетесь, возможно, лучшее противорвотное первой линии — циклизин.
- Домперидон полезен тогда, когда есть проблемы с опорожнением желудка и моторикой желудочно-кишечного тракта.

- При повышенном внутричерепном давлении выберите циклизин и/или ондансетрон и рассмотрите в качестве усилителя дексаметазон.
- В случаях, связанных с применением препаратов при метаболических, инфекционных и биохимических расстройствах, попробуйте галоперидол.
- В случаях когда состояние спровоцировано тревогой или возбуждением, попробуйте галоперидол или левомепромазин.
- Противорвотное самого широкого спектра действия — это левомепромазин, поэтому он очень актуален для паллиативной педиатрии. Но его сильный седативный эффект ограничивает широкое использование в тех ситуациях, когда ребенок хочет оставаться активным (что, правда, не всегда является проблемой в конце жизни).
- Ондансетрон считают противорвотным «чудо-лекарством», на самом деле его действие на рецепторы весьма ограничено. Тем не менее он очень эффективен при рвоте, спровоцированной химиотерапией, т.к. химиотерапия затрагивает рецепторы 5HT₃, на которые не действуют другие противорвотные средства.
- Стоит отметить, что циклизин и метоклопрамид не должны назначаться вместе, поскольку обладают свойствами антагонистов.
- Современные Европейские рекомендации по фармакотерапии не рекомендуют длительно использовать метоклопрамид из-за высокого риска возникновения побочных эффектов со стороны нервной системы⁵¹. Однако это по-прежнему одно из самых доступных противорвотных средств во многих странах. Поэтому при необходимости назначить метоклопрамид ребенку с тошнотой и рвотой нужно учесть риски и преимущества.



Осмотр ребенка с тошнотой и рвотой

Если тошнота не проблема:

- Подумайте о сверхчувствительности рвотного рефлекса, кашле, плаче, постназальном затекании, желудочной регургитации или компрессии, а также о повышенном внутричерепном давлении.

Если рвота, скорее всего, ассоциируется с рвотными позывами или кашлем:

- Исключите постназальное затекание, раздражение глотки в результате рефлюкса.
- Подумайте о гастростазе, растяжении желудка, запоре.

Если тошнота у ребенка, получающего лекарства и чувствующего себя нехорошо:

- Исключите причины, связанные с назначением препаратов (цитотоксические, антибиотики, НПВС, опиоиды), инфекции или метаболические причины (например, почечная или печеночная недостаточность).

* ХТЗ — хеморецепторная триггерная зона.

Если тошнота связана с положением тела/движением:

- Подумайте о вестибулярной инфекции/опухолу или о приеме токсичных для вестибулярной системы препаратов.

Если наблюдается тошнота с признаками эзофагита или гастрита:

- Исключите причины, связанные с приемом препаратов (НПВС или стероидов), гастропищеводную регургитацию или кандидоз.

Если наблюдается тошнота и тревожность:

- Постарайтесь установить причину.

Если у ребенка головная боль или другие неврологические симптомы:

- Исключите повышенное внутричерепное давление и/или внутричерепную инфекцию.

Практические подходы к ведению тошноты и рвоты у детей

У всех детей:

- Объясняйте, утешайте, меняйте питание и следите за тем, чтобы оно было частым, небольшими порциями и вкусным.
- Устраните причину тревожности.

Кашель и рвотные позывы?

- Лечите инфекцию придаточных пазух носа или аллергию, рефлюкс или инфекцию органов грудной клетки.

Нельзя исключить ятрогенные причины?

- Проанализируйте перечень препаратов и отмените те, что могут провоцировать рвоту и при этом не являются абсолютно необходимыми.

Признаки гастрита или воспаления пищевода (боль, нарушение пищеварения, скопление газов в желудке, кровь в рвоте)?

- Отмените НПВС или стероиды (если это возможно) или снизьте дозу. Используйте ингибиторы протонной помпы или H₂-блокаторы с гависконом (если хорошо переносится).

Симптомы желудочного застоя или нарушения моторики кишечника?

- Попробуйте стимуляторы моторики желудка (домперидон). Связано с движением?

- Исключите ятрогенные причины.
- Начните давать препараты для лечения нарушений вестибулярного аппарата, такие как циклизин или гиосцина гидробромид.

Имеет отношение к токсичным или системным причинам (например, инфекции, прогрессирование опухоли, почечная или печеночная недостаточность)?

- По возможности лечите первопричину.
- Используйте препараты, воздействующие на рецепторы хеморецепторной триггерной зоны, например галоперидол, циклизин.

Цитотоксичность?

- Рассмотрите возможность назначения ондансетрона.

Признаки повышенного внутричерепного давления?

- Рассмотрите целесообразность радиотерапии или шунтирования. Если они не уместны — циклизин или другие противорвотные препараты. Рассмотрите возможность назначения дексаметазона.

Ребенок тревожен или возбужден?

- Рассмотрите возможность назначения лоразепама, галоперидола или левомеропромазина.

Вышеперечисленные рекомендации не работают?

- Попробуйте небольшие дозы левомеропромазина. Однако не давайте седативные препараты ребенку с сильной рвотой, т.к. это может спровоцировать аспирацию и обструкцию дыхательных путей.

Как справляться с запором у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Запор — распространенное состояние, вызывающее дискомфорт.
- Его можно лечить диетой и лекарствами.
- Режим приема лекарств можно разумно спланировать, опираясь на их различные механизмы действия:
 - Слабительные, вызывающие увеличение объема каловых масс, например отруби, исфагула, псиллиум (подорожник), метилцеллюлоза.
 - Осмотические слабительные, такие как соли магния, лактулоза, сахарные спирты (сорбитол, маннитол и лактитол), микроклизмы (цитратная, фосфатная) и полиэтиленгликоль.
 - Сурфактанты, которые действуют как детергенты, помогающие воде проникать в стул, например докюзат и полоксамер.
 - Стимулирующие слабительные, например бисакодил, сenna, пикосульфат натрия.
 - Препараты, размягчающие каловые массы и механически облегчающие их продвижение, например глицериновые свечи, арахисовое масло, оливковое масло ректально.

Чего вы можете не знать

- Ректальный осмотр у ребенка редко необходим и часто доставляет физический дискомфорт (ректальные и анальные опухоли очень редки в детском возрасте), а увеличенная в объеме сигмовидная кишка обычно хорошо выявляется при пальпации живота.
- В паллиативной педиатрии запор обычно развивается из-за сниженной активности, обезвоживания, снижения объема потребляемой пищи, страха открыть кишечный сфинктер

из-за боли, из-за того, что ухаживающие лица нерегулярно помогают сходить в туалет, из-за неврологической дисфункции ЖКТ, метаболических нарушений и из-за принимаемых препаратов (особенно опиоидов, антихолинэргических средств, препаратов железа и некоторых противорвотных).

- Запор может стать причиной судорог и дистонии у детей с тяжелой неврологической патологией.

Осмотр ребенка с запором в паллиативной педиатрии

Ребенок обезвожен?

- Решите, что имеет место — сниженный объем поступающей жидкости или повышенный объем теряемой жидкости (повышенное потоотделение, рвота и пр.).

Что ест ребенок?

- Это просто уменьшенный объем потребляемой пищи или ребенок ест то, «что проще», — основанную на углеводах пищу, не содержащую большого количества волокон и стимуляторов?

Ребенок бездвигжен?

- По возможности поощряйте максимальную двигательную активность ребенка.

Сопровождается ли тошнота и рвота коликообразной болью?

- Исключите кишечную непроходимость.

Наблюдается ли боль в области анального отверстия при дефекации⁵²?

- У детей часто встречаются анальные трещины, которые вызывают задержку опорожнения, что в результате приводит ко все более твердому стулу, усугубляя проблему и создавая порочный круг.

Принимает ли ребенок лекарства, провоцирующие запор?

- В особенности опиоиды (наиболее частая причина во взрослой паллиативной помощи⁵³), трициклические антидепрессанты (например, amitриптилин), антихолинэрги-

ческие препараты (например, антигистаминные препараты старого поколения).

Имеют ли место неврологические нарушения?

- Неврологические нарушения часто провоцируют запор⁵⁴ (например, ВИЧ-энцефалопатия, компрессия спинного мозга).

Наблюдаются ли признаки нарушения обмена веществ?

- Например, почечная недостаточность, гиперкальциемия.

Практические подходы к ведению запоров

Установлены ли какие-то очевидные причины (смотрите выше)?

- Лечите причину: диета, гидратация, увеличение двигательной активности, изменение схемы назначенных препаратов и т.д.

Признаки непроходимости (например, рвота, сильная коликообразная боль в брюшной полости, скопление газов):

- Немедленно обратитесь за консультацией к хирургу или, если пациент в терминальной стадии болезни, прекратите кормление, введите назогастральный зонд, рассмотрите целесообразность внутривенного введения жидкости, назначьте спазмолитики.
- В случае большого объема отделяемого из желудка рассмотрите необходимость назначения октреотида.

Боль при дефекации?

- Осмотрите анальное отверстие на предмет трещин и кандидоза, назначьте слабительные, а также местные анестетики или глицерил тринитрат в виде крема перед дефекацией.

Твердый стул?

- Начните с мовикола, если он есть в наличии (или с лактулозы); если его нет, увеличивайте дозу в течение недели. Мовикол: начните с двух «детских» пакетиков в день для 2–4-летних детей и четырех пакетиков в день для детей старшего возраста, увеличивайте дозу на 1 пакетик в день до максимальной (8 пакетиков для малышей и 12 пакетиков для более старших детей).

- Если нет улучшения, добавьте сенну.
- Если улучшения нет, добавьте ректальное лечение (глицерин — при твердом стуле, бисакодил — при мягком стуле).
- Если по-прежнему нет улучшения, добавьте микролакс или фосфатную микроклизму.
- Используйте комбинацию стимуляторов и осмотических или смягчающих слабительных. Лучше всего использовать пероральные препараты, при необходимости — арахисовое масло ректально, оставляя его на ночь.
- Если улучшения нет, возможно, понадобится мануальное извлечение каловых масс.

Мануальное извлечение каловых масс ⁵⁵

Мануальное извлечение твердых каловых масс может понадобиться, например, у пациентов с неврологической патологией, особенно в условиях ограниченных ресурсов и отсутствия нужных препаратов. Это редко применяется в настоящее время в обеспеченных ресурсами странах, и если проводится, то под общей анестезией. Если в вашей стране это невозможно, то процедура проводится следующим образом:

1. Объясните ребенку и семье, что именно будет происходить.
2. Используйте техники отвлечения.
3. Рассмотрите возможность дать ребенку седативное средство/мышечный релаксант, такой как мидазолам или диазепам.
4. Спеленайте ребенка, если он маленький или если это уместно в данной ситуации.
5. Подготовьте газету или другой приемник для фекалий.
6. Нанесите гель с анестетиком на одетый в перчатку мизинец.
7. Помассируйте внешнюю сторону ануса, чтобы расслабить сфинктер, затем нежно введите палец; если почувствуете мышечный спазм — остановитесь, *дайте мышцам время расслабиться*. Внимание! Мышцы расслабляются не сразу. Потребуется 5–10 минут осторожного надавливания. НЕ давите сильно на сжатый сфинктер. Будьте терпеливы.

8. Удаляйте каловые массы маленькими кусочками. Разделяйте большие куски пальцем, прежде чем их вынимать.

9. Во время всей процедуры говорите с ребенком, и, если дискомфорт будет слишком сильным, остановитесь. Вы всегда можете продолжить на следующий день. Возможно, эту процедуру придется повторять через день по утрам медсестре или одному из родственников, поэтому нужно им показать, как это делается.

10. После того, как «пробка» будет извлечена, вечером можно начать давать слабительное.

Как справляться с диареей у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Диарея очень часто встречается у детей, особенно у детей с ВИЧ/СПИДом.
- Она может быть вызвана инфекцией, лекарствами (особенно антибиотиками), запором с подтеканием каловых масс, нарушением моторики кишечника, нарушением всасывания, непереносимостью пищи (наследственной или поствоспалительной) и аноректальным воспалением.
- При инфекционной диарее работают два механизма:
 - увеличение кишечной секреции жидкости и электролитов, преимущественно в тонком кишечнике;
 - снижение абсорбции жидкости, электролитов, а иногда питательных веществ, с вовлечением тонкого и толстого кишечника.

Чего вы можете не знать

- В странах с ограниченными ресурсами диарея — наиболее распространенное заболевание и причина смерти детей первого года жизни. До 70% смертей от диареи у ВИЧ-инфицированных детей происходит по причине хронической диареи⁵⁶.
- При ВИЧ это может быть связано с другими инфекционными причинами (например, криптоспоридиоз, изоспороз, цитомегаловирус, атипичная митобактерия, стронгилоидоз, трихоцефалёз), а также с ВИЧ-энтеропатией и побочными эффектами антиретровирусных препаратов (таких как ингибиторы протеазы).
- Основные принципы лечения любой диареи следующие:
 - сопроводительная терапия — восполнение жидкости и электролитов;
 - терапия, направленная на снижение частоты стула и болевых ощущений;

- антисекреторная терапия препаратами, снижающими потерю фекальных масс;
- специфическая терапия, например антибактериальная, при необходимости.

Осмотр ребенка с диареей в паллиативной педиатрии

Присутствуют ли признаки острой инфекции (зловонный или с примесью крови стул, гной в стуле, повышение температуры, боль в животе)?

- Исключите ретровирус или другие распространенные инфекционные причины, описанные выше.

Диарея носит хронический характер⁵⁷ у ВИЧ-положительного ребенка?

- Проанализируйте более редкие инфекционные причины (см. выше), непереносимость лактозы, побочные эффекты терапии (например, АРТ) и ВИЧ-энтеропатию.

Есть ли признаки закупорки кишечника каловыми камнями (предшествующий запор и пальпируемые каловые массы в брюшной полости)?

- Исключите подтекание кала.

Может ли это быть связано с лекарственными препаратами?

- Проанализируйте, что принимает пациент: антибиотики, АРТ, избыточные дозы слабительного.

Имеет ли место неврологическая симптоматика?

- Исключите вегетативную дисфункцию или другие причины нарушения моторики.

Связана ли диарея с питанием, присутствуют ли сахара в стуле или стул имеет кислый pH?

- Исключите непереносимость лактозы или гиперчувствительность к молочному белку.

Присутствуют ли признаки аноректального воспаления?

- Исключите недержание кала, кандидоз, последствия лучевой терапии.

Практические подходы к ведению диареи у детей

У всех детей:

- Используйте пеленки или прокладки, если они есть в наличии, или помещайте водонепроницаемый пластик под простынь, накрывая все это сверху хлопчатобумажной тканью или абсорбирующим материалом.
- При необходимости проконсультируйте тех, кто ухаживает за ребенком, о рисках перекрестной инфекции.
- Проконсультируйте семью по вопросам питания.
- Проконсультируйте семью по вопросам соблюдения правил гигиены дома (особенно о том, как нужно обращаться с водой и едой ребенка).

Диарея — все дети⁵⁸:

- Оцените уровень нутритивной недостаточности (смотрите раздел о питании).
- Незамедлительно начинайте восполнение жидкости.
- Для лечения обезвоживания используйте регидрационные солевые растворы через рот (или вводите жидкость внутривенно, если положение серьезное).
- Обратите особое внимание на необходимость регулярного частого кормления и усиленного питания в период диареи и после нее.
- При острой диарее воздержитесь от назначения противодиарейных препаратов.

Закупорка кишечника каловыми камнями с подтеканием каловых масс?

- Смотрите раздел о запоре.

Возможные причины связаны с побочными эффектами лекарственных средств?

- Прекратите прием препаратов, которые могут быть причиной диареи, если это возможно.
- Чтобы снизить частоту стула и уменьшить спазмы в животе, используйте средства, снижающие перистальтику кишечника.

ка, такие как лоперамид, или комбинацию дифеноксилата с атропином.

Диарея с кровью в стуле или состояние ребенка прогрессивно ухудшается?

- Если нет возможности провести анализ кала, назначьте лечение, основываясь на клинических симптомах в соответствии с существующими у вас в стране рекомендациями; если их нет, то следующими препаратами:
 - Ципрофлоксацин — антибиотик широкого спектра действия против инвазивных бактериальных инфекций.
 - Котримоксазол/налиндиксовая кислота или метронидазол следует использовать в случаях, если вы подозреваете амёбную дизентерию.
 - Метронидазол показан при клостридии (*clostridium difficile*).
 - Ципрофлоксацин и метронидазол назначаются, как правило, детям старше восьми лет.

Колики в животе?

- Назначьте спазмолитические средства, например гиосцина бутилбромид.

Проктит или воспаление ануса?

Хороший местный уход в области ануса.

- Защитный крем.
- Лечение кандидоза.
- Метронидазол ректально, если стул имеет неприятный запах.
- Рассмотрите целесообразность использования стероидных суппозиторий или удерживающие клизмы.

Как справляться с кашлем у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Кашель — распространенное явление, зачастую действующее раздражающе.
- Он может быть спровоцирован инфекцией, затеканием слизи в носоглотку, бронхиальным воспалением, пищеводным рефлюксом, медикаментами (ингибиторами АПФ) или опухолями дыхательной системы.
- Его можно лечить простыми средствами, например ингаляциями, микстурами от кашля, препаратами для подавления кашля.

Чего вы можете не знать

- Кашель — это распространенный симптом при СПИДе, встречающийся у 19–34%, согласно данным анкетирования пациентов о симптомах, превалирующих при ВИЧ^{59, 60}.
- Частыми причинами кашля в странах с ограниченными ресурсами являются лимфоидный интерстициальный пневмонит и туберкулез.

Осмотр ребенка с персистирующим кашлем⁶¹

Осмотрите ребенка

- В особенности обращайтесь внимание на наличие цианоза (по возможности измерьте у ребенка сатурацию пульсоксиметром), повышение температуры, частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, стридор, хрипы, втяжение межреберных промежутков и трахеи.
- Если возможно, сделайте рентген грудной клетки.

Лающий, свистящий кашель

- Исключите ларингеальную инфекцию, инородное тело или патологию гортани (ларингомалация, стеноз гортани, кандидозный ларингит).

Постоянное отхаркивание, перегруженные пазухи

- Исключите затекание слизи в носоглотку, хронический синусит или воспаление.

Свистящее дыхание без повышения температуры

- Исключите аллергию/астму или анафилаксию.

Продуктивный кашель

- Исключите хроническую инфекцию, муковисцидоз.

Навязчивый, приступообразный, шумный кашель

- Исключите коклюш.

Сухой, задыхающийся кашель

- Исключите интерстициальную болезнь легких.

Прогрессирующий кашель с общими симптомами, такими как потеря веса, лихорадка

- Исключите туберкулез или прогрессирование злокачественной опухоли.

Практические подходы к ведению кашля

У всех детей:

- Объяснение.
- Высаживание, позиционирование.
- Лечение одышки, если она присутствует.
- Как можно более высокая влажность воздуха.
- Назначение простых микстур от кашля.
- Физиотерапия, способствующая отхождению мокроты.
- Воздержание от курения в комнате, а также сокращение времени использования печей, керосиновых ламп и прочего в доме.
- Назначение таких подавляющих кашель препаратов, как кодеин (codeine linctus), или небольших доз морфина.
- Назначение сальбутамола в ингаляциях через небулайзер. Даже в случаях, когда явного бронхоспазма нет, он может облегчать состояние.
- Применение ингаляций с лигнокаином — при необходимости.

Инфекции?

- Лечите первопричину.

Бронхоспазм?

- Ингаляции с салбутамолом.
- Ингаляции с ипратропиумом.
- Стероиды орально или через небулайзер.

Лимфоидный интерстициальный пневмонит?

- Физиотерапия, пульс-терапия стероидами, бронходилататоры, кислород и АРТ.

Рецидивирующая аспирация и/или рефлюкс?

- Смотрите раздел о лечении дисфагии и рефлюкса.

Затекание слизи в носоглотку.

- Положение сидя.
- Решите вопрос о необходимости назначения антигистаминных средств.
- Рассмотрите целесообразность использования стероидных назальных капель или спреев.

Опухоли бронхиального дерева, вызывающие его раздражение?

- Используйте опиоиды или бензодиазепины для снижения одышки или тревоги.
- При опухолях дыхательных путей рассмотрите возможность назначения местных анестетиков (например, лигнокаина) через небулайзер, но будьте осторожны, т.к. это может усилить рвотный рефлекс, поэтому не кормите ребенка за час до и после, чтобы снизить риск аспирации.
- Подумайте о лучевой терапии.
- Решите вопрос о целесообразности назначения кислородно-гелиевой смеси (ее легче вдыхать при обструкции дыхательных путей).

Как справляться с кровохарканьем у детей

Что вам, возможно, уже известно

- Кровохарканье — это очень пугающее событие для пациента, для семьи и для специалистов.
- Тем не менее паника никому не помогает, поэтому постарайтесь сохранять спокойствие.
- Настоящее кровохарканье (в противоположность кровотечением в верхней части респираторного тракта) может быть вызвано инфекциями, злокачественными новообразованиями в легких или гемобластозами, туберкулезом, аспергиллезом, легочной эмболией, легочной гипертензией, абсцессом легких и нарушением свертываемости крови.

Чего вы можете не знать

- В общем-то, крайне редко кровотечение из легких может привести к смерти.
- Большинство клинических ситуаций, похожих на кровохарканье, связано с обычным кровотечением из носа, из глотки или из верхней части пищевода.
- Истинное кровохарканье тоже не всегда является угрозой для жизни и может быть остановлено, как только удастся устранить причину кровотечения и подавить кашель (кашель деструктивно влияет на дыхательные пути).
- Несмотря на все вышесказанное, кровохарканье с фатальными последствиями происходит не так уж редко.

Осмотр ребенка с кровохарканьем

Оцените, истинное ли это кровохарканье.

- При сопутствующем легочном заболевании ярко-красная, пеннистая кровь, скорее всего, будет из легких, — это кровохарканье. В то же время темная или черная кровь, смешанная

с пищей у ребенка со рвотой («кофейная гуща»), скорее всего, гематомезис (кровавая рвота).

Острое начало с кашлем, с повышением температуры и с гнойной мокротой?

- Исключите острую легочную инфекцию.

Хронический продуктивный кашель?

- Исключите хроническую легочную инфекцию.

Лихорадка, потение по ночам и потеря веса?

- Исключите туберкулез или злокачественное новообразование.

Одышка, утомляемость, пенистая розовая мокрота, ортопноэ?

- Исключите сердечную недостаточность.

Одышка и боль в области грудной клетки, как при плеврите?

- Исключите плеврит или легочную эмболию.

При осмотре ищите подсказки:

- В особенности повышение температуры, тахикардия, одышка, потеря веса, гипоксия, лимфаденопатия.
- Внимательно обследуйте носо- и ротоглотку.
- Оцените наличие других признаков сердечной недостаточности, в частности диастолических шумов, базальной крепитации, тахикардии.
- Оцените наличие признаков легочной патологии/инфекций, таких как односторонние или верхушечные хрипы/крепитация, признаки уплотнения легочной паренхимы.

Практические подходы к ведению кровохарканья

У всех пациентов:

- Глубокое дыхание и сохранение спокойствия.
- Сидячее положение и кислород.
- Если ребенок хочет лечь — положение на боку таким образом, чтобы пораженное легкое было снизу.

Трудные этические решения необходимо принимать быстро.

- Это эпизод «в конце жизни», требующий просто симптоматической паллиативной терапии, или в интересах ребенка необходимо начать агрессивное лечение?

- В паллиативной педиатрии прогноз в отношении исхода истинного тяжелого кровохарканья крайне неблагоприятен. С другой стороны, кровотечение, которое может привести к смерти, очень пугающе и травматично как для ребенка, так и для его семьи, поэтому, если его можно остановить, имеет смысл начать агрессивное лечение, даже если у ребенка прогрессирующее неизлечимое заболевание.
- Смотрите также следующие разделы:
 - «Этические дилеммы в паллиативной педиатрии».
 - «Кризисные состояния в конце жизни».
- Если вы принимаете решение начать агрессивное лечение:
 - Следуйте принципам «АВС»*.
 - Обеспечьте внутривенный доступ и вводите жидкости.
 - Назначьте седацию с использованием мидазолама и опиоидов.
 - Решите, есть ли необходимость в переливании крови и/или тромбоцитов.
 - Подумайте, нужны ли кровоостанавливающие средства, такие как транексамовая кислота.
 - Если кровотечение из варикозных вен пищевода, назначьте октреотид.
 - Решите, нужно ли Р-логическое исследование или бронхоскопия, если они доступны.
 - Подумайте, нужна ли лучевая терапия на область опухоли.

Паллиативная помощь при фатальном кровохарканье.

- Немедленно начните седацию; см. раздел «Кризисные состояния в конце жизни».

Если ребенок пережил кровотечение:

- Устраните причину, если это возможно.
- Подавляйте кашель, используя опиоиды.
- Рассмотрите возможность седации ребенка, используя бензодиазепины или опиоиды.

* АВС (англ.) — мнемоническое сокращение для запоминания ключевых трех шагов первой помощи людям без сознания: Airway — освободить дыхательные пути; Breathing — убедиться, что человек дышит; Circulation — обеспечить циркуляцию воздуха при помощи массажа сердца.

Как справляться с одышкой у детей

Что вам, возможно, уже известно

- Одышка — это очень пугающий симптом как для специалистов, так и для пациента и его семьи.
- Она требует незамедлительного начала лечения и уверенного ведения пациента и его семьи.
- Одышка может возникать по ряду причин, например таких как скопление слизи, астма, аспирация, рецидивирующие инфекции органов грудной клетки, мышечная слабость дыхательного аппарата на фоне нервно-мышечных заболеваний, обструкция верхних дыхательных путей, «скованная» диафрагма и легочное сердце, сердечная недостаточность и разбалансирование работы центральной нервной системы.
- К счастью, это состояние довольно хорошо реагирует на нефармакологическое и фармакологическое лечение.

Чего вы можете не знать

- Одышка довольно часто случается в паллиативной педиатрии^{62, 63}.
- Диспноэ, как и боль, — это субъективное ощущение. Не всегда существует корреляция между тем, что вы можете наблюдать (например, учащенное дыхание, цианоз, дыхательные усилия), и уровнем диспноэ (ощущение нехватки воздуха), которую испытывает ребенок.

Осмотр ребенка с одышкой/диспноэ

Ребенок посинел?

- Думайте об обструкции (например, аспирация, обструкция верхних дыхательных путей, бронхоспазм) или о гиповентиляции (например, бессилие, слабость).

Повышение температуры?

- Исключите инфекцию.

Инспираторный стридор или резкий скрежещущий звук?

- Исключите острую обструкцию дыхательных путей.

Свистящий выдох, пульсация трахеи, западение межреберных промежутков?

- Исключите бронхоспазм/астму.

Отек лица или выбухание шейных вен?

- Исключите обструкцию верхней полой вены.

Ортопноэ (одышка в положении лежа) и крепитация в базальных отделах легких?

- Исключите недостаточность левого желудочка сердца.

Гиперрезонанс и снижение вентиляции в верхних отделах легких?

- Исключите пневмоторакс.

Притупление звука и снижение вентиляции в нижних отделах легких?

- Исключите плевральный выпот.

Лечение одышки

У всех пациентов: нефармакологическое лечение.

- Посадите ребенка, если это возможно. Ему будет легче дышать, если он наклонится чуть вперед, опираясь на руки, чтобы поддерживать верхнюю часть туловища.
- Обеспечьте приток свежего воздуха в комнату или обдув лица (при помощи открытого окна или вентилятора).
- Дайте кислород при наличии цианоза или при низком насыщении крови кислородом по результатам пульсоксиметрии (если это возможно).
- Как можно чаще подбадривайте и успокаивайте ребенка.
- Постарайтесь помочь ребенку расслабиться, используя специальные техники, описанные в разделе о боли.
- Постарайтесь использовать техники отвлечения, описанные в разделе о боли.

У всех пациентов: фармакологическое лечение.

- Если одышка сильная, дайте морфин и/или небольшие дозы бензодиазепинов.
- Быстрее всего действует мидазолам при парентеральном или буккальном применении. Диазепам абсорбируется медленно, при парентеральном введении не быстрее, чем ректально.
- Если ребенок уже принимает морфин, при прорывных болях по мере необходимости давайте дополнительно дозу в размере 10–15% от общей 24-часовой дозы.

Острый стридор или обструкция верхних дыхательных путей:

- Рекомендуйте глубокое, спокойное дыхание.
- Осторожно осмотрите рот и проверьте, нет ли там инородных тел, которые можно легко извлечь, но будьте осторожны, чтобы не протолкнуть инородное тело еще глубже. Если сомневаетесь, оставьте его и перейдите к следующему шагу.
- Если вы думаете, что имеется инородное тело, у детей постарше примените прием Хаймлиха, у детей младше двух лет используйте прием «5 ударов по спине между лопаток, 5 надавливаний на грудь».
- Если есть возможность, дайте кислород или кислородно-гелиевую смесь.
- Рассмотрите возможность введения адреналина ингаляционно через небулайзер (0,5 мл/кг раствора в разведении 1:1000, максимум — 5 мл) в течение 10 мин.
- Рассмотрите целесообразность трахеостомии, если общий прогноз болезни это позволяет.
- Рассмотрите необходимость введения больших доз дексаметазона внутривенно в течение как минимум двух минут.
- Если одышка очень сильная, дайте парентерально морфин и/или бензодиазепин (диазепам, введенный через рот или ректально, действует так же быстро, как введенный парентерально. Можно использовать раствор диазепама в инъекциях для ректального введения).
- Рассмотрите необходимость проведения операции, лучевой или химиотерапии, если есть такая возможность.

Пневмоторакс:

- Кислород.
- Симптоматическое лечение.
- Рассмотрите необходимость дренажа грудной клетки.

Острая сердечная недостаточность:

- Кислород.
- Петлевые диуретики (например, фуросемид).
- Начните использовать морфин или увеличьте его дозу.

Хроническая сердечная недостаточность и легочное сердце:

- Кислород.
- Диуретики, чтобы снизить отек легких и одышку.
- АРТ сокращает эпизоды интеркуррентных инфекций нижних отделов дыхательных путей.
- Рассмотрите необходимость назначения инотропных препаратов, ингибиторов АПФ, дигоксина.

Бронхоспазм (например, астма):

- Большие дозы кислорода.
- Бронходилататоры через небулайзер или дозированно через специальный ингалятор со спейсером (как минимум 10 вдохов).
- Стероиды парентерально или через рот.

Плевральный выпот:

- Плевральный дренаж эффективен в течение короткого времени. Без плевротомии жидкость может снова накапливаться, поэтому необходимо проанализировать его преимущества и потенциальный вред, особенно при злокачественных выпотах.

Пневмония при ВИЧ:

- Возбудитель неизвестен: хлорамфеникол или амоксициллин, флуоксациллин и гентамицин или цефалоспорины.
- Пневноцистная пневмония: большие дозы септрина, кислород, стероиды.

Лимфоидный интерстициальный пневмонит:

- Физиотерапия, пульс-терапия стероидами, бронходилататоры, кислород и АРТ.

Как справляться с судорогами у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Судороги выглядят очень пугающе для ребенка, для семьи и для вас.
- В большинстве случаев судороги не несут вреда, ограничены временем и не представляют опасности.
- Если ребенок в безопасности, вам не нужно немедленно начинать вводить лекарства. Просто уберите все потенциально опасные вещи, положите ребенка на бок, если это возможно, и дайте кислород, если он есть в наличии.
- Судороги — это частое явление в паллиативной педиатрии (например, при опухолях головного мозга, неврологической патологии, гипоксии, лихорадке, повышенном внутричерепном давлении и т.д.).

Чего вы можете не знать

- Кажется, что время течет медленнее, когда вы являетесь свидетелем судорог, поэтому засекайте время сразу, как только они начнутся.
- Глубоко дышите, старайтесь не паниковать и сконцентрируйтесь на том, чтобы успокоить семью и своих коллег, пока судороги продолжаются.
- Если через пять минут от начала судорог не наступит улучшения или если ребенок начинает синеть, нужно начать лечение.
- Не позволяйте себе поддаваться заблуждению о том, что единственным успешным завершением судорог может быть лишь их полное прекращение. Это может оказаться невозможным.
- В паллиативной педиатрии хорошим результатом может быть тот, когда судороги прекратились не полностью, но причиняют ребенку минимальный дискомфорт.

Практические подходы к ведению судорог

У всех детей:

- НЕ ПАНИКУЙТЕ: глубоко, медленно вдохните; выдохните медленно и посмотрите на часы.
- Убедитесь, что ребенку в настоящий момент ничего не угрожает (например, падение, ожоги, утопление).
- Ничего не помещайте в рот (например, ложки, депрессоры для языка).
- Дайте кислород, если он есть в наличии.
- Проверьте уровень глюкозы в крови, если это возможно.
- Не торопитесь назначать медикаментозное лечение, сконцентрируйтесь на том, как успокоить семью и коллег.
- Поместите ребенка в позицию лежа на боку так, чтобы после окончания судорог предотвратить аспирацию.

Через 5 минут:

- Дайте буккально мидазолам или лоразепам (вы можете дать буккально препарат в форме для инъекций, если у вас нет препарата в другой форме), также можно дать его парентерально.
- Альтернативным вариантом является диазепам ректально, но он действует медленнее.

Нет ответа спустя 5–10 минут:

- Повторите дозу.

Все еще нет ответа спустя еще 5–10 минут:

- Дайте паральдегид ректально, смешав его с маслом в пропорции 1:1.

Все еще нет ответа:

- В большинстве случаев семьи захотят госпитализировать ребенка, чтобы начать внутривенную инфузию (обычно лоразепама, фенитоина или фенobarбитала).
- В некоторых случаях, если еще удается поддерживать приемлемый уровень качества жизни ребенка, могут потребоваться анестетики и интубация.

- Обычно на этой стадии довольно трудно контролировать судороги дома, поэтому ребенку требуется госпитализация.
- Однако в редких случаях, если для семьи очень важно, чтобы за ребенком ухаживали дома, договоритесь с местным хосписом или педиатрическим отделением о проведении подкожного титрования фенобарбитала или фенитоина.

Судороги в конце жизни

- Как и в случае многих других терминальных симптомов, судороги в конце жизни чаще доставляют больше страданий семье ребенка, чем самому ребенку. Семью или людей, которые ухаживают за ребенком, нужно предупредить о возможных судорогах в конце жизни, особенно в случаях, когда их риск велик. Их также необходимо научить вводить лекарства. Препараты должны быть доступны дома «просто на всякий случай».
- Мидазолам — препарат выбора (как описано выше). Кроме него ректальный диазепам или паральдегид обычно помогают контролировать судороги, и семья может сама вводить их регулярно, если ребенок находится дома.
- Иногда может потребоваться подкожное введение мидазолама. Однако нужно помнить, что со временем вырабатывается толерантность (устойчивость) к препарату и более высокие дозы мидазолама могут провоцировать тахифилаксию. В таких случаях следует назначать фенобарбитал или фенитоин.

Как справляться со спастикой и дистонией у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Мышечная спастика — это напряженность/жесткость мышц, в то время как дистония — это длительное мышечное сокращение (спазм).
- Они могут быть спровоцированы генетическими аномалиями, асфиксией при рождении, энцефалопатией, инфекцией, гипоксией, мозговым кровоизлиянием, лекарствами (например, метоклопрамидом, фенотиазинами) или другими причинами, связанными с повреждением нерва.
- Мышечный спазм очень болезнен (вспомните судороги в ногах или боль при родах).
- Спастика и дистония могут быть настолько сильными, что часто приводят к подвывиху и вывиху больших суставов (представьте себе, насколько это больно).

Чего вы можете не знать

- Дистония и спастика часто сосуществуют.
- Медицинские работники часто не обращают внимания на дистонию как на источник боли и других симптомов.
- Спастика и дистония часто встречаются одновременно, но механизмы их развития несколько отличаются; это важно понимать, чтобы знать, как лечить.
- Спастика может быть вызвана повреждением головного мозга и снижением активности гамма-аминомасляной кислоты (нейротрансмиттера, который отвечает за расслабление).
- Дистония возникает из-за повреждения глубоких структур мозга (базальные ганглии, таламус или мозжечок) и нарушения активности допамина и ацетилхолина.
- Помимо боли, спастичность и дистония вызывают другие серьезные проблемы, влияющие на жизнь ребенка, например

снижение подвижности или полная неподвижность (и даже нарушение способности контролировать движения); глубокая усталость; мышечные контрактуры, ведущие к деформации костей и суставов, сниженному/асимметричному росту костей и низкорослости/нарушению роста; повышенное выделение секрета и гиперсаливация, а также проблемы с кормлением из-за нарушения моторики желудочно-кишечного тракта.

- Дистонию может спровоцировать все, что заставляет нас чувствовать тревогу и дискомфорт (например, боль, холод, повышение температуры, тревога, громкие шумы, наполненный мочевой пузырь или кишечник, тошнота).
- Поскольку дистония сама по себе провоцирует боль и беспокойство, дети могут быстро оказаться в замкнутом круге (боль и беспокойство провоцируют дистонию, которая в свою очередь ведет к еще большей боли и беспокойству, и т.д.).
- Спастику и дистонию не просто лечить, а у препаратов есть множество нежелательных эффектов, которые могут ограничить их использование.
- Нефармакологическое лечение в этих случаях иногда важнее обычного.
- Дистония и эпилепсия — это разные состояния, но часто они пересекаются и сосуществуют одновременно.

Осмотр ребенка со спастикой и дистонией

Дистония — это клинический диагноз, поэтому, если вы не уверены, проконсультируйтесь с коллегами.

Цели оценки:

- Подтвердить наличие дистонии и выявить возможные причины и сопутствующие заболевания, включая функциональные нарушения, триггеры и возможные осложнения.

Возможные причины:

- Обычно в паллиативной педиатрии это очевидно, но, если нет, вернитесь назад к беременности, родам, раннему периоду жизни, развитию, препаратам, семейному анамнезу.

Сопутствующие заболевания:

- Оцените наличие спастики, проблем с суставами, признаков нарушения моторики желудочно-кишечного тракта и судорог.

Влияние на функциональную активность:

- Смотрите раздел «Как оценить потребности ребенка и семьи», чтобы узнать больше деталей. Замечательный инструмент оценки функций — попросить ребенка или его семью описать в подробностях «типичные сутки» их жизни.

Триггеры:

- Все, что заставляет вас почувствовать напряженность или стресс, может стать триггером для дистонического спазма у паллиативного ребенка. Распространенными триггерами являются боль, задержка мочеиспускания, запор, сопутствующее заболевание, громкие звуки, яркий свет, незнакомый человек, положение тела, судороги.

Осложнения:

- Оцените наличие боли, гастроэзофагеального рефлюкса, запора, проблем с суставами и зубами, наличие рецидивирующих инфекций органов грудной клетки, беспокойства и возбуждения.

Обследование:

- Постарайтесь охарактеризовать дистонию, оценить уровень функциональных повреждений, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений, а также других нарушений движения. Снятые семьей видеозаписи судорог или спазмов могут быть очень полезны, т.к. при посещении и осмотре ребенка вы можете их не увидеть.

Практические подходы к ведению спастики и дистонии

У всех пациентов:

- Проведите полное функциональное обследование и уделите внимание таким проблемам, как двигательная активность, положение тела, кормление, купание и др.

- Прислушайтесь к семье: все дети разные, и большинство семей находят свои определенные положения ребенка, свои приемы и подсказки, которые помогают уйти от спазма.
- Узнайте, какие ресурсы имеются на территории проживания ребенка, и координируйте работу команды.
- Следите за тем, чтобы о ребенке бережно заботились в спокойной обстановке знакомые ему люди.
- Научите ухаживающих за ребенком лиц навыкам регулярного проведения физиотерапии.
- Очень полезны теплые ванны или водолечение (гидротерапия).

Устраняйте причины:

- Отмените провоцирующие лекарственные препараты.
- Убедитесь, что запор или задержка мочеиспускания не являются причинами.
- Обеспечьте знакомую, комфортную, спокойную обстановку.
- Устраните и лечите все, что причиняет боль, если это возможно.
- Постарайтесь контролировать любую эпилептическую активность.

Обезболивание:

- Несмотря на то что простые анальгетики не очень эффективны при дистонической боли, это не значит, что они совсем не работают, поэтому имеет смысл попробовать их включить в общий план лечения, используя стандартный подход ВОЗ.

Специфические лекарственные средства:

- Судя по опыту автора, препараты для лечения спастики и дистонии демонстрируют очень разную и иногда недостаточную эффективность, а потому редко используются в виде монотерапии.
- Препараты для лечения дистонии могут улучшить тонус мышц, но ухудшить общую функциональную активность ребенка и качество жизни (например, спазм может быть единственной силой, позволяющей ребенку сидеть или стоять).
- Препараты для лечения дистонии могут вызвать седативный и другие побочные эффекты, например гиперсаливацию.

- В качестве препаратов 1-й линии попробуйте назначить баклофен и/или диазепам (или другие бензодиазепины), так как они могут лечить оба состояния: и спастичу, и дистонию.
- Тизанидин и дантролен также могут воздействовать на спастичу и дистонию, поскольку являются релаксантами скелетных мышц.
- Если спазм не уменьшается, можно попробовать назначить антихолинэргические препараты (например, бензтропин) или блокаторы дофаминовых рецепторов (например, тетрабеназин).
- По возможности проконсультируйтесь с неврологом.

Физическая терапия:

- В зависимости от локализации дистонии можно использовать разные виды местного лечения и физическую терапию.
- Если есть возможность, инъекция ботулотоксина непосредственно в дистоническую мышцу может дать хороший эффект. Однако потребуются несколько недель до достижения максимального эффекта.
- При генерализованной дистонии может помочь интратекальное введение баклофена с помощью баклофеновой помпы.
- Хирургическое лечение может использоваться в случаях, когда спастича или дистония вызывают болезненные или калечащие деформации, подвывихи или вывихи.
- Скобы, спондилодез или стержни не лечат спазм или спастичу, но помогают уменьшить деформацию позвоночника (и последующие побочные эффекты). Будьте осторожны, так как скобы могут вызывать сильные болевые ощущения, если судороги выворачивают тело ребенка в противоположную сторону.

Как справляться с проблемами кожных покровов у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Проблемы с кожей встречаются очень часто.
- Кожные проблемы причиняют серьезные физические страдания, но медики могут их пропускать или относиться к ним несерьезно.
- Большинство проблем с кожными покровами можно устранить, соблюдая простые рекомендации по уходу.
- Существуют местные и системные подходы к лечению кожных проблем, даже если вы точно не знаете, чем они вызваны.

Чего вы можете не знать

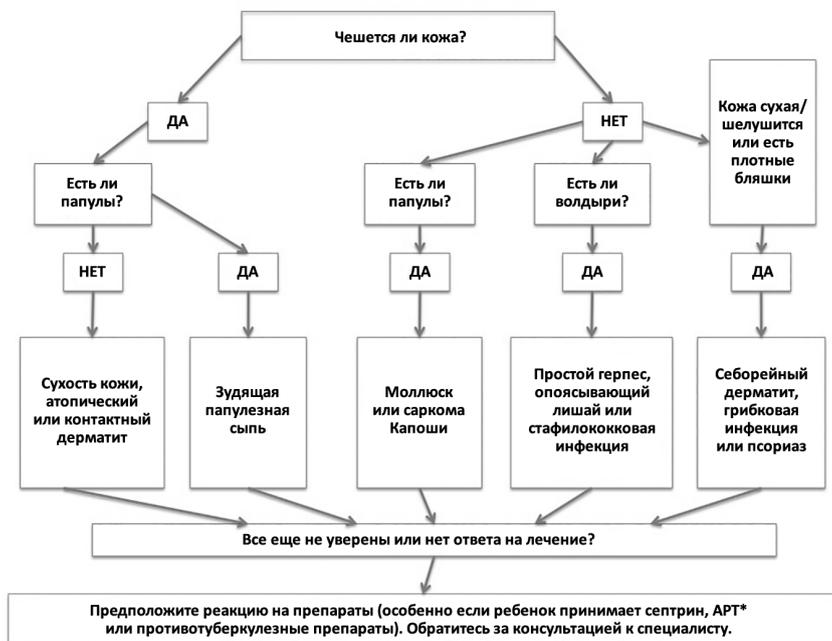
- Около 92% пациентов с ВИЧ имеют проблемы с кожей в ходе болезни⁶⁴.
- Самые частые причины возникновения кожных проблем у детей с ВИЧ/СПИДом — это бактериальные инфекции, грибковые инфекции, вирусные инфекции (особенно герпес) и инвазии (особенно чесотка).
- С прогрессированием ВИЧ/СПИДа проблемы с кожей становятся все более серьезными и начинают развиваться такие заболевания, как кандидоз, волосатая лейкоплакия рта, фолликулит, простой герпес и контактный моллюск⁶⁵.
- Дети с раковыми заболеваниями могут страдать от распающихся опухолей, пролежней и гипергидроза (особенно при лимфомах).

Как понять, что не так

Гораздо полезнее изучать фотографии, а не просто читать о пятнах и высыпаниях на коже. Мы не можем в этой книге привести атлас кожных болезней, но вы найдете прекрасные бесплатные ресурсы

онлайн. Например, на момент выхода книги: <http://www.dermatlas.org/derm>.

Однако если вам непонятно, что вы лечите, а рядом нет никого, с кем посоветоваться, то приведенная ниже схема наверняка поможет добиться успеха.



Общий уход за кожей

Почти все кожные проблемы можно улучшить до определенной степени при помощи общего ухода за кожей⁶⁶, поэтому возьмите себе за правило регулярно доносить эту информацию семьям.

* АРТ — антиретровирусная терапия.

Рекомендации	Объяснение
<p>Избегайте тщательного мытья, принятия ванны или душа чаще, чем 1 раз в день. Не используйте мыло или детские жидкости для принятия ванны, замените их на средства для мытья с кремом, эмульсией или маслом. После ванны накладывайте толстым слоем увлажняющие средства (например, крем на водной основе, эмульгированные мази). Увлажняйте все тело, используя увлажняющие средства, толстым слоем как минимум 3 раза в день. Увлажняйте воздух при помощи кипячения воды в помещении</p>	<p>Предотвращает высыхание кожи и удаление естественной увлажняющей пленки. Сухая кожа трескается и, как следствие, становится более чувствительной к инфекциям и аллергиям</p>
<p>Используйте мягкие, небразивные губки, салфетки и полотенца. Промокните воду, а не вытирайте насухо. Коротко стригите ногти и держите их гладкими. Учите детей тому, чтобы они не царапали зудящие места, а терли их кончиками пальцев. На малышей одевайте рукавички, чтобы они не нанесли себе повреждений ногтями</p>	<p>Предотвращает механическое повреждение кожи</p>
<p>При зуде используйте средства с молочной кислотой, мочевиной (10%-ный крем с мочевиной), увлажняющие средства с лактатом натрия или 20%-ной салициловой кислотой</p>	<p>Увлажняет или помогает удерживать влагу</p>
<p>Храните ежедневно используемые кремы в прохладном месте или в холодильнике</p>	<p>Ощущение прохлады снижает зуд</p>
<p>Избегайте ношения ограничивающей или неабсорбирующей одежды</p>	<p>Защищает от механического раздражения</p>
<p>Выбирайте продукцию без отдушки, не используйте ароматизированные продукты</p>	<p>Продукты с отдушкой могут содержать маскирующие ароматы, которые провоцируют аллергические реакции у некоторых пациентов</p>
<p>Исключите кремы на основе ланолина</p>	<p>Является причиной большинства аллергических реакций</p>

Как лечить кожный зуд

Распространенные причины

Самыми распространенными причинами в паллиативной педиатрии являются:

- Просто сухая кожа (ксероз).
- Атопический дерматит.

- Контактный дерматит.
- Чесотка.
- Ветряная оспа.
- Механическая желтуха.

У всех пациентов:

- Общий уход за кожей (см. выше).
- Попробуйте установить и устранить аллергены и раздражители.
- Используйте как можно больше смягчающих средств, чтобы удерживать влагу в коже.
- Используйте барьерные кремы (например, окид цинка) на тех участках тела, где контакт неизбежен (например, область подгузника).
- Могут помочь кремы, содержащие мочевины.
- Антигистаминные препараты со слабым седативным эффектом на ночь помогут предотвратить расчесывание (например, дифенгидрамин или хлорфенирамин).

Зуд:

- Попробуйте влажные обертывания: намочите хлопковую ткань в растворе перманганата калия, в воде или солевом растворе.
- Наложите эти повязки поверх стероидной мази (против зуда) и/или повидон йода (при инфекциях).

Повреждение кожи:

- Используйте соответствующее количество стероидного крема (слабые стероиды на лицо или на сгибы, среднего или сильного действия стероиды на более толстые участки кожи).
- С младенцами или с маленькими детьми используйте «на шаг меньше» (начните с гидрокортизона 0,5%).
- Если подозреваете инфекцию, добавьте флуоксациллин.

Себорейный дерматит:

- Шампунь с сульфидом селена или противогрибковые кремы.
- Дополнительно можно рассмотреть назначение стероидов для наружного использования.

Как лечить зудящую папулезную сыпь

Зудящая папулезная сыпь очень распространена в паллиативной педиатрии, особенно у детей с ВИЧ/СПИДом. Причины могут быть следующие:

- Укусы насекомых и инвазии (например, чесотка, блохи, клопы).
- Аллергия (например, папулезная крапивница).
- Инфекции.
- Фолликулит.
- Грибковые инфекции.

Общее лечение:

- См. информацию о зудящей сухой коже выше.
- Местно начните с 1%-ного гидрокортизона и увеличивайте концентрацию препарата при необходимости.
- Местно противозудные средства, например мази или эмульгированные средства с 1%-ным ментолом, каламиновый лосьон.
- Решите, нужно ли назначать седативные антигистаминные препараты, например прометазин или хлорфенирамин.

Чесотка:

- Лечите всю семью.
- Постирайте всю одежду и постельное белье.
- Крем с 5%-ным перметрином.
- Бензилбензоат 25%-ный нанести и смыть через 24 часа; для детей младшего возраста растворить в воде в пропорции 1:2.
- Гамма-бензен гексахлорид 1%-ный лосьон: нанести и смыть через 24 часа.
- 5–10%-ная серная мазь: наносить ежедневно в течение трех дней (наилучший выбор для младенцев).
- Добавьте флуклоксациллин, т.к. стафилококковая ко-инфекция встречается очень часто.

Фолликулит:

- Лечите эмпирически, используя лекарственные препараты против грибковых и бактериальных возбудителей, клеща демодекса, а также противовоспалительные средства.

- Например, клотримазол или кетоконазол (местно или через рот), эритромицин или метронидазол 0,75%-ный лосьон или раствор плюс стероиды (средней концентрации).
- Лечите нарывы или фурункулы системными антибиотиками через рот (например, клоксациллин или эритромицин).
- Если поражение кожи массивное, рассмотрите необходимость использования системно действующих противогрибковых препаратов через рот.

Дрожжевая и другие противогрибковые инфекции:

- Если локализованное поражение, лечите противогрибковыми препаратами местно.
- Если массивное поражение, рассмотрите необходимость использования системных противогрибковых средств.

Лечение не зудящих шелушащихся участков и бляшек

Наиболее частыми причинами появления шелушащихся участков и бляшек в паллиативной педиатрии являются:

- Себорейный дерматит: поверхностная, не зудящая, жирная шелушащаяся сыпь, классически распространенная на носогубных складках, ушах, бровях, лбу (при СПИДе возможны более тяжелые и более широко распространенные формы).
- Псориаз двух типов:
 - Бляшки: обычно толстые бляшки, которые имеют глубину, когда проводишь по ним пальцами, как правило, на поверхностях разгибательных мышц.
 - Атипичный: может присутствовать (особенно у больных СПИДом) в «эритродермической» форме (затрагивающей большие участки кожи, болезненной, с отшелушивающейся воспаленной кожей) или в «пустулезной» форме (пустулы широко распространяются); часто ассоциируется с эритродермией.

- Грибковые инфекции: обычно развиваются на потеющих участках, часто асимметричные, часто начинаются с маленьких участков и постепенно увеличиваются.

Все это более характерно при ВИЧ/СПИДе.

У всех пациентов:

- Общий уход за кожей, как было описано выше.

Себорейный дерматит:

- Воспаленные повреждения на лице можно лечить местно кортикостероидами низкой концентрации (например, 1%-ный гидрокортизон).
- Достаточно эффективными могут оказаться такие противогрибковые средства местно, как шампунь с сульфидом селена, крем с клотримазолом или кетоконазолом.
- Для сухой шелушащейся кожи можно использовать шампуни на основе дегтя или салициловой кислоты.
- У ВИЧ-инфицированных детей можно добиться улучшения состояния при помощи антиретровирусного лечения.

Псориаз:

- Стероиды средней концентрации местно (классы I, II или III) уменьшают воспаление.
- Кератолические средства местно, такие как деготь и салициловая кислота, уменьшают шелушение.
- Производные витамина D (например, кальцитриол, если есть в наличии) приводят к задержке клеточного цикла.
- Генерализованная болезнь может потребовать системной терапии, которая, в свою очередь, может вызвать иммуносупрессию (например, метотрексат).

Грибковые инфекции:

- Содержите складки тела чистыми и сухими, посыпайте их кукурузной мукой или тальком.
- В качестве терапии 1-й линии попробуйте назначить местно противогрибковые препараты на 2–3 недели, например 0,5%-ный водный раствор генцианвиолета (синьки), мазь Уайтфилда или кремы с имидазолом (например, 1%-ный клотримазол).

- Используйте противогрибковые препараты через рот, если пациент не отвечает на местное лечение или инфекция широко распространена (например, гризеофульвин, флуконазол, кетоконазол, итраконазол или тербинафин).
- Помните о потенциальном взаимодействии препаратов у пациентов на АРТ. Вам может понадобиться чаще мониторировать показатели функции печени.
- Трихофития обычно требует как минимум 6-недельного курса гризеофульвина; поражение ногтей потребует лечения в течение нескольких месяцев.

Лечение не вызывающих зуд папул и узелковых образований

В паллиативной педиатрии образование не вызывающих зуд папул в большинстве случаев связано с контагиозным моллюском или с вирусными бородавками.

Контагиозный моллюск:

- Оставьте все как есть и успокойте пациента и его семью. Если заболевание будет причинять дискомфорт, можно попробовать местно деструктивные методы, но обычно они малоэффективны.

Бородавки:

- Местно 25%-ный подофиллин или 50%-ная трихлоруксусная кислота; или местно деструктивные методы, если бородавки причиняют дискомфорт (но преимущества данного лечения весьма сомнительны).
- Остроконечная кондилома — серьезное бородавчатое поражение у детей с ВИЧ/СПИДом; обычно улучшение наступает после АРТ и местного лечения, описанного выше, но могут потребоваться деструктивные методы и иногда даже лучевая терапия.

Лечение болезненных пузырьковых поражений кожи

Болезненные пузырьковые поражения кожи в паллиативной педиатрии обычно вызваны герпесом (простым герпесом или зостером —

опоясывающим лишаем). Часто им предшествует боль, покальвание или онемение в коже, затем везикулы вскрываются, образуя ранки, которые впоследствии покрываются корочками. На поздних стадиях ВИЧ они могут распространяться по всему телу.

Локализованные поражения:

- Обезболивание, используя рекомендации ВОЗ.
- Местно антисептики, чтобы предотвратить вторичное инфицирование. Как ни странно, сок срезанных листьев плюмерии действует как местный анестетик.
- Ацикловир местно при единичных элементах или через рот при множественном поражении.
- Контактным лицам с ослабленным иммунитетом проведите профилактику иммуноглобулином против ветряной оспы (VZIG): 125 Ед на 10 кг массы тела (максимум 625 Ед) в течение 48–96 часов после контакта с больным.

Опоясывающий лишай (герпес зостер):

- Как описано выше. Обычно показан системный прием ацикловира.
- Контактным лицам с ослабленным иммунитетом проведите профилактику иммуноглобулином против ветряной оспы (VZIG): 125 Ед на 10 кг массы тела (максимум 625 Ед) в течение 48–96 часов после контакта с больным.

Широко распространенные (генерализованные) поражения:

- Подумайте о госпитализации, особенно в случае СПИДа, при диссеминированном или системном поражении, если пациент не может принимать медикаменты через рот.

Лечение распадающихся кожных опухолей

Кожные опухоли довольно часто встречаются в паллиативной педиатрии, особенно у детей с ВИЧ/СПИДом.

Все язвенные поражения:

- Регулярно очищайте физраствором.
- Используйте антибиотики местно, например гель метронидазол (если доступен), или крем, приготовленный самостоя-

тельно (1 тубик крема на водной основе, 20 раскрошенных таблеток метронидазола по 400 мг и 10 мг морфина).

- Определите состояние язвы (чистая или с некротизированными краями) и объем экссудата (низкий, средний или высокий), после чего выберите правильный тип повязки в таблице, приведенной ниже.
- Если специальные повязки недоступны, можно воспользоваться рецептами народной медицины: зрелая папайя для отторжения некротических масс (в измельченном виде накладывать дважды в день в течение пяти дней⁶⁷), раскрошенный древесный уголь (для некротических и дурно пахнущих ран), живой йогурт или мед.

Злокачественные опухоли:

- Подумайте о лучевой терапии и/или об операции.
- Кожные язвы, связанные с ВИЧ
- АРТ часто приводит к уменьшению опухолей.

В перечне ниже перечислены наиболее эффективные подходы к выбору повязок в паллиативной педиатрии

Чистые язвы с объемом экссудата от среднего до высокого (эпителизирующиеся):

- Парафиновая марлевая повязка.
- Основная на тканевой основе из вискозы.

Чистые сухие язвы с низким объемом экссудата (эпителизирующиеся):

- Повязка на основе абсорбирующей перфорированной пленки.
- Повязка на основе паропроницаемой адгезивной пленки.

Чистая подтекающая язва (с грануляциями):

- Гидроколлоиды.
- Пены.
- Альгинаты.

Рана, затянутая коркой:

- Гидроколлоиды.
- Гидрогели.
- Сухие с некрозом.

Таблица повязок воспроизведена с разрешения «Dermnet» <http://www.dermnetnz.org/topics/synthetic-wound-dressings/>

Лечение гипергидроза (избыточного потоотделения)

Повышенное потоотделение — распространенное явление в паллиативной педиатрии при ВИЧ/СПИДе, инфекциях, лимфомах, туберкулезе, а также может являться побочным эффектом опиоидов.

У всех пациентов:

- Необходимо объяснить и заверить, что ничего ужасного не происходит.
- Чаще протирайте пациента губкой; порекомендуйте надевать абсорбирующую одежду и использовать абсорбирующее постельное белье.

Местное лечение:

- Если возможно, наносите гексагидрат хлорида алюминия (ГХА) и на избыточно потеющие области; может потребоваться несколько недель, чтобы достичь максимального эффекта. Вначале используйте ежедневно и помните, что он часто провоцирует раздражение в месте нанесения и неприятно пахнет, поэтому ребенок может не захотеть им пользоваться. Если вы видите, что начинается раздражение, отмените гексагидрат хлорида алюминия на время, используйте гидрокортизон дважды в день, до тех пор, пока раздражение не пройдет, затем снова назначьте ГХА.

Лекарства:

- Лекарства не очень эффективны, но некоторые пациенты видят улучшение при использовании препаратов с антимускариновым эффектом (например, гликопирролат, оксипротинин, амитриптилин). Если потливость связана с беспокойством, попробуйте устранить причину, в тяжелых случаях могут помочь пропранолол или бензодиазепины (лоразепам).

Как справляться с тревогой у детей

Что вы, возможно, уже знаете

- Тревога очень часто встречается у детей с ограничивающими жизнь заболеваниями.
- Дети хорошо реагируют на рутинные действия, открытость, поддержку и понятные ограничения.
- Дети хуже реагируют на изменения, неопределенность, затрудненные коммуникации, стрессовые ситуации в домашней и семейной жизни.
- Простые вещи, например изменение окружения ребенка таким образом, чтобы оно стало более мирным, могут способствовать положительным переменам.
- «Разговорная» терапия так же важна, как и лекарственная.

Чего вы можете не знать

- Дети с ограничивающими жизнь заболеваниями во многих смыслах ничем не отличаются от других детей.
- Однако их жизнь, как правило, подвергается глубоким изменениям и связана с постоянной неопределенностью.
- Даже в совершенно «ненормальной» ситуации возможно и даже жизненно необходимо постараться максимально нормализовать ребенка и семью.
- Дети невероятно пластичны и в большинстве случаев могут справляться с очень тяжелой правдой. Гораздо тяжелее они переживают обман и ложные утешения.
- Ваша тревога и беспокойство семьи заразительны для ребенка.

Практические подходы к ведению тревоги у детей

Слушайте

- Чтобы слышать и выслушать, требуется мужество, особенно если вы боитесь того, что может ребенок спросить или сказать.

- Но самое важное, что можно сделать, — это по-настоящему слушать ребенка, стараясь ясно понять его идеи, тревоги, мысли, чувства и страхи. Это само по себе глубоко терапевтично.

Нормализуйте

- Кажется странным говорить о нормализации, когда ребенок умирает, но это тем не менее крайне важно.
- Для человека естественно фокусироваться на факте, что ребенок умирает, но на самом деле в жизни ребенка существует еще много всего, что может сделать ее «нормальной». Поэтому всякий раз, когда вы можете что-то привести в норму, делайте это. Сделайте жизнь как можно более предсказуемой, сформулируйте ясно ваши ожидания и без необходимости не вносите изменений в повседневную жизнь семьи и в существующие ограничения. Постарайтесь сделать так, чтобы ребенок продолжал ходить в школу (если он этого хочет).
- Это может прозвучать странно, но постарайтесь также «нормализовать» тревогу: тревога нормальна и к ней можно привыкнуть. У ребенка очень серьезное заболевание, и, возможно, ему придется столкнуться со смертью. Тревожиться по этому поводу нормально и приемлемо. Уже понимание этого факта может помочь ребенку.

Работайте с деструктивными мыслями

- Поскольку ребенок умирает, кажется странным думать, что какие-то мысли могут быть излишне катастрофичными или деструктивными, но часто так оно и есть. Например, один ребенок, о котором я заботился, испытывал огромный страх перед смертью, потому что очень боялся червей. Когда мы объяснили, что, когда он умрет, он не будет бодрствовать и видеть червей, его тревога стала гораздо меньше.
- Анализ и опровержение страшных мыслей, когда это возможно, их обсуждение и озвучивание, когда необходимо, помогает детям преодолевать свой страх.

Учите детей терапевтическому поведению

- Есть ряд полезных поведенческих практик, которым можно научить ребенка и поощрять его, чтобы он им следовал. Обычно это вещи, которые ребенок и сам с удовольствием будет делать, потому что они доставляют ему радость. Например объятия, игры, слушать или играть музыку, смотреть телевизор и т.д. Постарайтесь сделать так, чтобы это происходило в жизни ребенка.
- Дети постарше и подростки очень хорошо реагируют на дыхательные техники, прогрессивное мышечное расслабление и управляемую визуализацию/расслабляющие техники, поэтому поищите их в Интернете и используйте в своей практике.

Не занимайтесь ложным или избыточным утешением

- В какой-то момент большинство детей осознают, что они умрут, даже если они до конца не понимают, что это значит (а кто понимает?).
- Поэтому ложные заверения или избыточное утешение всегда похожи на ложь, и дети чувствуют это. Если дети не могут доверять людям, их тревожность становится только сильнее.
- Это не означает, что вы должны влезть с этой темой, когда они еще к ней не готовы. Но как только они начинают задавать честные вопросы, честные ответы и предложения о том, как с этим можно справиться, гораздо эффективнее, чем ложные утешения.

Работайте со всей семьей

- Ни один ребенок не будет чувствовать себя спокойно в доме, в котором нет мира. Это значит, что вы должны работать со всей семьей точно так же, как с ребенком: искренне слушайте, честно отвечайте на вопросы, работайте с деструктивными и ложными убеждениями, предлагайте модели поведения, которые помогают, и нормализуйте ситуацию везде, где это возможно.

Используйте принятые методы психотерапии

- Дети хорошо реагируют на арт-терапию, игровую и музыкальную терапию, и до такой степени хорошо, что это должно быть частью любого лечебного подхода в паллиативной педиатрии, даже тогда, когда нет обученных терапевтов. По-

знакомьтесь с «Учебником по паллиативной помощи детям в Африке», там вы найдете больше информации о том, как делать это в странах с ограниченными ресурсами.

- Дети постарше хорошо реагируют на когнитивные поведенческие методы, а также на общие практики поддерживающего консультирования.

Используйте лекарственные средства

- На ранних этапах паллиативной помощи лекарства обычно не так хорошо помогают и могут вызывать больше побочных эффектов, чем улучшать состояние. Тем не менее детям постарше могут помогать анксиолитики (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)), бензодиазепины или бета-блокаторы.
- В конце жизни, когда ребенок сильно встревожен или возбужден, могут быть очень полезны бензодиазепины и левомепромазин (оба препарата обладают выраженным седативным эффектом).

Полезные источники информации

- Goldman, A. Hain, R. Liben, S. Oxford Textbook of Palliative Care for Children, Second Edition. Oxford Textbooks In Palliative Medicine. OUP. 2012
- Together for Short Lives (2011) Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care — The Rainbows Children's Hospice Guidelines (9th Edition). [online] available from <[http://www.act.org.uk/page.asp?section=167§ionTitle= Basic+symptom+control+for+children%27s+palliative+care](http://www.act.org.uk/page.asp?section=167§ionTitle=Basic+symptom+control+for+children%27s+palliative+care)>
- WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf
- Amery, J. (Ed.) (2009) Children's Palliative Care in Africa. Oxford: Oxford University Press. Available for free download from: <http://www.icpcn.org.uk/core/core_picker/download.asp?id=204>

- Hain,R. and Jassal,S. (2009) *Paediatric Palliative Medicine*. Oxford: Oxford Specialist Handbook in Paediatrics
- Regnard, C. (Ed.) and Dean, M. (Ed.) (2010) *A Guide to Symptom Relief in Palliative Care Revised edition (6th Edition)* Oxford: Radcliffe Publishers
- Goldman,A.(ed.)(1994)*CareoftheDyingChild*.Oxford:Oxford Medical Publications
- Children's BNF [online] available from <<http://bnfc.org/bnfc/index.htm>>
- Cancerpage.com(2007) *Pain Relief for Children [online]* available from <<http://www.cancerpage.com/centers/pain/pediatrics.p.asp>>
- Paediatric Pain Profile (n.d.) [online] available from <<http://www.ppprofile.org.uk>>

ЧАСТЬ СЕДЬМАЯ

Как оказывать паллиативную помощь при кризисных состояниях в конце жизни

Что вы, возможно, уже знаете

- Кризисные состояния случаются в любой области медицины.
- Лучший способ справиться с непредвиденными ситуациями — избежать их путем правильного прогнозирования и планирования.
- Когда они все же случаются, справиться с ними проще, если вы чувствуете себя обученным и подготовленным.
- Паника редко помогает и может действовать парализующе, но ее можно предотвратить при помощи базовых правил.

Чего вы можете не знать

- Термин «кризисные состояния» подразумевает чрезвычайно неприятные симптомы, которые случаются в конце жизни и могут стать причиной смерти ребенка.
- Смерть ребенка — это тяжелое переживание для семьи, и, что бы вы ни делали, это всегда будет именно так. Работа с кризисными состояниями направлена на минимизацию страданий ребенка, чтобы процесс умирания был для ребенка и его семьи не таким тяжелым.

Работа с кризисными состояниями:
золотые правила

В большинстве случаев там, где паллиативная помощь доступна, дети умирают без тяжелых физических страданий. Тем не менее су-

существует ряд травмирующих состояний, которые могут случиться в период умирания, включая такие, как сильная боль, судороги, острая обструкция дыхательных путей, массивное кровотечение и сильное возбуждение.

В таких ситуациях могут быть очень полезны следующие пять золотых правил:

1. Не паникуйте

Оказавшись рядом с ребенком, находящимся в кризисном состоянии, вы, скорее всего, будете очень нервничать. Но что бы ни было у вас внутри, семья и ребенок будут чувствовать себя гораздо лучше, если вы выглядите спокойным и контролирующим ситуацию (даже если на самом деле это не так).

Спокойствие заразительно, так же как и паника. Паника никому не помогает, поэтому постарайтесь сохранять спокойствие. На мгновение опустите взгляд, глубоко вдохните и затем медленно выдохните до самого конца. Представьте себе спокойное, защищенное место в своей голове или в сердце и поместите все свои чувства туда. Опустите плечи и расслабьте челюсть. Снова вдохните, медленно выдохните до самого конца и затем поднимите взгляд.

Если вы все еще паникуете, извинитесь и выйдите ненадолго, до тех пор, пока не успокоитесь (вам всегда помогут ложный телефонный звонок, «поиски чего-то в сумке» или необходимость «принести что-то из машины»).

Прежде всего помните о том, что:

- Ребенок умирает, и вы ничего не можете с этим сделать.
- Это очень трагичный опыт для всех, и с этим тоже ничего сделать нельзя.
- Вряд ли вы сделаете что-то, что усугубит ситуацию еще больше.
- Почти наверняка есть симптомы, которые вы можете контролировать, и слова утешения, которые можете сказать.

Даже если вы считаете, что ничего не можете сделать, то каким бы бесполезным вы себя ни чувствовали, тот факт, что вы здесь, уже помогает семье и делает этот опыт для нее чуть легче. Помните об этом.

2. Проводите оценку ситуации безукоризненно

Так же как и во всех остальных ситуациях, ключ к хорошему контролю над симптомами — хорошая оценка ситуации. В конце жизни все, как правило, происходит быстрее, и события мгновенно сменяют друг друга. Это значит, что вы должны быстро начинать оценивать ситуацию, ведь счет может идти на минуты.

Глаза и уши необходимы для оценки происходящего вокруг, но не менее важны ваш разум и воображение. Подумайте и представьте, что может случиться дальше, как будут чувствовать себя ребенок и его семья, что у вас есть с собой, какая помощь может потребоваться и какая помощь есть в наличии.

Помните, что иногда мы так сильно хотим, чтобы лекарство подействовало, что забываем дать ему время на то, чтобы оно начало работать. В особенности судороги, кажется, длятся целую вечность. Поэтому когда попробуете что-то, дайте этому достаточно времени подействовать, прежде чем провести повторную оценку.

3. Надеемся на лучшее, но готовьтесь к худшему

Большинство кризисных состояний предсказуемо. Они застают врасплох, если к ним не готовы. Лучшее, что можно сделать, — это прокрутить в голове все самые худшие сценарии заранее, попрактиковаться именно в том, что вы собираетесь делать, если этот сценарий начнет разворачиваться, и убедиться в том, что у вас и у всех остальных есть под рукой все, что может потребоваться.

Постарайтесь организовать встречу с врачами педиатрического отделения или службой хосписа, которые вовлечены (если они есть), чтобы обсудить и задокументировать возможные сценарии и договориться о плане помощи для каждого из них. Большинство детей, о которых заботятся дома, выписываются из больницы ближе ко времени ухода из жизни.

Убедитесь, что у вас (или у семьи) есть набор «паллиативной помощи» со всеми препаратами, которые нужно будет использовать в случае, если такие события произойдут. В этой коробке должны быть парентеральный мидазолам (или лоразепам); парентеральный диаморфин или морфин; противорвотные препараты широкого

спектра действия, такие как левомепромазин; пластыри с гиосцином.

Если у ребенка высок риск развития кризисного состояния (например, у ребенка с опухолью мозга могут быть терминальные судороги, или у ребенка с низким уровнем тромбоцитов может быть кровотечение), необходимо объяснить это семье и тем, кто ухаживает за ребенком.

Несмотря на то, что говорить об этих событиях трудно, информированная семья — это, как правило, сильная семья. Кроме того, важно провести разговоры о таких ситуациях с семьей (и с ребенком, если это уместно), чтобы прояснить любые ложные концепции о том, зачем нужно использовать лекарства в подобной ситуации. Иногда у людей есть ложное представление о том, что препараты, используемые в конце жизни, — это некая форма эвтаназии. Хотя ребенок может умереть быстро после того, как получит препарат в кризисном состоянии (часто именно так и происходит), это ненамеренное и вполне обычное совпадение, поскольку, по определению, кризисные состояния могут быть терминальными и заканчиваться смертью ребенка.

Здесь есть очень тонкое этическое различие. О нем мы больше говорим в части об этике, но и в этом контексте оно очень важно. Если у семьи остается чувство, что они санкционировали применение препаратов, которые используются для эвтаназии, это может привести к пожизненному и неуместному чувству вины. Поэтому заранее убедитесь, что все члены семьи понимают, что если требуется использовать лекарства, то лишь для того, чтобы неизбежная смерть ребенка была как можно более комфортной и безболезненной.

4. Лечите, что можете

Несмотря на то, что существует целый ряд кризисных состояний в терминальной стадии болезни, которые могут произойти, к счастью есть общий подход, который применим практически во всех этих ситуациях. Он описан ниже.

Главные цели лечения кризисных состояний в терминальной стадии болезни заключаются в следующем:

- Ослабить боль.
- Уменьшить страх.

- Понизить уровень осознанности пациента, когда это необходимо, чтобы уменьшить страдания.

5. Говорите

Страх неизвестного всегда больше, чем страх того, что знаешь. Весь этот опыт совершенно новый для ребенка и, возможно, для семьи тоже. Они будут следить за вами, как ястребы, постоянно проверяя, чтобы быть уверенными, что вы сумеете направлять их в этом процессе и сделаете его как можно менее травмирующим.

В период умирания ребенок может быть в сознании или без. Если в сознании, постарайтесь сделать все возможное, чтобы вовлечь его в процесс принятия решений, чтобы он чувствовал, что имеет выбор и возможность контролировать ситуацию.

В ожидании кризисного состояния:

- Рассказывайте в деталях, что может произойти (в лучшем и в худшем случае). Объясните ребенку, что произойдет при каждом сценарии, и договоритесь, какого плана будете придерживаться.
 - Например: *«У тебя может начаться одышка в течение нескольких следующих дней. Этого следует ожидать, и мы можем помочь тебе при помощи некоторых лекарств. Ты хочешь спросить что-нибудь об этом?»*
- Постарайтесь вовлечь ребенка в любые планы, чтобы он сохранял активность.
 - Например: *«Если ты почувствуешь одышку, мне нужно, чтобы ты помог мне. Сможешь? Хорошо. Что мне нужно, чтобы ты сделал: сконцентрируйся на тех дыхательных упражнениях, которым я научил тебя. Давай сейчас еще разок попрактикуемся?»*
- И снова, уже для семьи, проговорите в подробностях то, что может произойти (в лучшем и в худшем случае). Для каждого сценария объясните, какого плана вы хотите придерживаться, и получите их согласие.
 - Например: *«В течение нескольких следующих дней у Эндрю может начаться одышка. Этого следует ожидать, и мы*

можем помочь ему при помощи некоторых лекарств. Хотите задать мне какие-то вопросы об этом?»

- Постарайтесь вовлечь семью в любые планы, чтобы они сохраняли активность.
 - Например: «Если у Эндрю начнется одышка, мне нужна будет ваша помощь. Рэйчел (мама), мне нужно, чтобы вы обняли его, но не слишком крепко, чтобы он почувствовал себя спокойнее. Постарайтесь сделать так, чтобы он всегда мог видеть вас. Тони (папа), я хочу, чтобы вы сделали веер и бережно обмахивали его лицо, чтобы он чувствовал, что вокруг достаточно воздуха. Сара (сестра), я хочу, чтобы ты помогла Эндрю думать о чем-то другом, чтобы ты вместе с ним делала дыхательные упражнения и, может быть, пела бы ему песенки, когда он устанет. Сможешь?»

Затем запишите план лечения симптомов, чтобы семья и другие доктора могли его придерживаться, чтобы все знали, что делать (смотрите раздел «Как написать план лечения симптомов» и образец, который вы можете использовать).

Практические подходы к ведению любого кризисного состояния в терминальной стадии болезни в паллиативной педиатрии

Иногда нам нужно быстро седировать ребенка, например, если наблюдается острая обструкция верхних дыхательных путей, массивное кровотечение или судороги в конце жизни. Во всех этих случаях базовый подход один: быстрая седация при помощи мидазолама (или его эквивалента) и морфина (или его эквивалента).

- Дайте буккально (или парентерально, если буккально неуместно) мидазолам (0,5 мг/кг) или эквивалентную дозу диазепам ректально. Повторяйте каждые 10 минут (для мидазолама) или каждые 20 минут (для диазепам), до тех пор, пока не наступит полная седация. При менее острых случаях рассмотрите возможность дать диазепам ректально.

- Дайте буккально (или парентерально, если буккально неуместно) морфин (0,2 мг/кг) или эквивалентную дозу диаморфина, который гораздо лучше абсорбируется, если он есть в наличии. Детям до шести месяцев дозу необходимо уменьшить вдвое. Повторяйте каждые 10 минут, до тех пор, пока седация не будет полной.
- Как можно скорее организуйте постоянное подкожное или внутривенное титрование мидазолама (0,3мг/кг) в течение 24 часов и морфина или диаморфина в дозе, которая будет как минимум эквивалентна внутривенной дозе для профилактики возникновения боли.
- Не бойтесь быстро повышать дозу, если потребуется. Помните, что не существует максимальной дозы морфина при боли, т.к. в терминальной стадии болезни события могут сменяться очень быстро.
- Будьте готовы справиться с любыми побочными эффектами, которые могут возникнуть при использовании морфина (тошнота, рвота, запор и пр.).

Важно объяснить семьям, что седация используется не для того, чтобы вызвать смерть ребенка или ускорить ее, а для того, чтобы облегчить переживания при возникновении кризисной ситуации.

Также важно понимать, что причиной для быстрой седации является желание предотвратить страдания ребенка. Это не форма эвтаназии, хотя дети обычно быстро уходят из жизни в результате происходящих процессов в терминальной стадии болезни.

Как лечить беспокойство и возбуждение в конце жизни

Беспокойство и возбуждение в конце жизни могут быть связаны с основным заболеванием ребенка или с метаболическими изменениями, происходящими из-за основного заболевания, и, к сожалению, с этим вы ничего сделать не можете.

Постарайтесь исключить:

- Неконтролируемую скрытую боль, особенно из-за пролежней.

- Задержку мочеиспускания.
- Сильный запор.
- Скрытые инфекции.
- Возбуждение, спровоцированное препаратами.

Существует немного данных о лечении расстройств сознания/возбуждения в паллиативной помощи. Обзоры совместно выработанных решений предполагают, что галоперидол наиболее эффективен при лечении галлюцинаций, и он также обладает седативным эффектом, хотя и не таким сильным, как бензодиазепины, которые можно использовать вместо или вместе с галоперидолом. Альтернативным препаратом, который обладает антигаллюциногенным, а также седативным эффектом, является левомепромазин.

Как лечить массивное кровотечение в конце жизни

Хоть и редко, но массивное кровотечение может быть терминальным событием при некоторых заболеваниях или при их осложнениях (например, анемия Фанкони, кровотечение из варикозных вен пищевода в терминальной стадии болезни печени, недостаточность костного мозга и т.д.). Заранее должны быть приняты решения о том, в каких случаях будут отменены госпитализация и скорая гематологическая помощь.

Массивное кровотечение может выглядеть очень страшно для ребенка и для семьи. В случае когда сильное кровотечение может стать возможным исходом жизни, нужно предпринять усилия и привлечь специалистов, чтобы избежать его (например, при помощи переливания тромбоцитов или транексамовой кислоты).

Имеет смысл регулярно орально давать транексамовую кислоту через рот любому ребенку или молодому человеку, если у него есть вероятность терминального кровотечения. В некоторых странах при поддержке местных педиатрических отделений ребенок или молодой человек благодаря переливанию тромбоцитов может продолжать жить дома последние несколько дней. Это необходимо будет делать дважды в неделю.

В большинстве случаев при фюльминантном кровотечении ребенок быстро теряет сознание и страдает недолго. При менее быстрых кровотечениях ребенок не теряет сознания, и может потребоваться быстрая седация (см. выше), чтобы избавить ребенка от переживаний.

В паллиативной помощи использование темных простыней и пижам — распространенная практика. Так кровь выглядит не такой очевидной, как если бы использовалось белое белье. Для устранения носового кровотечения в паллиативной помощи в качестве аварийного запаса должны быть доступны носовые пробки или ленточная марля.

Как лечить острую тяжелую обструкцию верхних дыхательных путей в конце жизни

Если обструкция дыхательных путей связана с внутренним препятствием для потока воздуха (например, ребенок, у которого трудности с глотанием, вдохнул инородное тело), постарайтесь освободить дыхательные пути, используя стандартные техники для детей (например, удары по спине для младенцев и метод Хаймлиха для детей постарше).

Дайте кислород, если он есть в наличии.

Если обструкция дыхательных путей необратима и связана с основным заболеванием (например, обструкция из-за опухоли), цель состоит в том, чтобы седировать ребенка как можно скорее.

Если одышка сильная и, скорее всего, терминальная, использование быстрой седации (см. выше) может быть назначено для облегчения переживаний ребенка.

Как лечить шумное дыхание («предсмертный хрип») в конце жизни

У всех пациентов:

- Расположите ребенка так, чтобы голова была опущена и слюна и мокрота могли вытекать изо рта.
- Убедитесь, что отека легких нет или он купирован фуросемидом (помните, что его частой причиной является ятрогенное перенасыщение жидкостью в конце жизни).

- Если вы подозреваете, что у ребенка не просто шумное дыхание, а острая одышка, следуйте рекомендациям, описанным в разделе «Как лечить одышку у детей».
- Если сомневаетесь, лечите и то, и другое.

Если выделения остаются проблемой

- Подумайте об использовании гиосцина бутилбромиды (бускопана) или гликопиррония подкожно, чтобы уменьшить выделение секрета.
- Оцените через 30 минут и повторите.
- Вы можете повторять дозу каждые 4 часа или перевести ребенка на гиосцин в пластырях или на подкожное введение гиосцина или гликопиррония.
- Отсос используйте только у детей, находящихся без сознания, и очень аккуратно.

Полезные источники информации

- Goldman, A. Hain, R. Liben, S. Oxford Textbook of Palliative Care for Children, Second Edition. Oxford Textbooks In Palliative Medicine. OUP. 2012
- Amery, J. (Ed.) (2009) *Children's Palliative Care in Africa Chapter 18*. Oxford: Oxford University Press. Available from <http://www.icpcn.org.uk/core/core_picker/download.asp?id=204>
- Hain, R. and Jassal, S. (2009) *Paediatric Palliative Medicine*. Oxford: Oxford Specialist Handbook in Paediatrics
- Regnard, C. (ed) and Dean, M. (ed) (2010) *A guide to Symptom Relief in Palliative Care Revised edition (6th Edition)* Oxford: Radcliffe Publishers

Руководство

- Together for Short Lives (2011) Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care — The Rainbows Children's Hospice Guidelines (9th Edition). [online] available from <<http://www.act.org.uk/page.asp?section=167§ionTitle=Basic+symptom+control+for+children%27s+palliative+care>>

ЧАСТЬ ВОСЬМАЯ

Как играть с детьми

Что вам, возможно, уже известно

- Игра — это единственный наиважнейший для детей способ познавать мир, уверенно в нем расти и справляться со стрессами.
- Игра нужна не только для веселья. Она является стимулом к развитию, отвлекает, позволяет открывать новое, способствует социализации, развлекает.
- В паллиативной педиатрии большинство детей страдают от серьезных нарушений и ограничений обычного хода их жизни, поэтому игра им нужна еще больше, чем здоровым детям.
- Большинство медицинских работников чувствуют себя некомфортно, когда нужно поиграть с детьми, им недостает уверенности в том, как это правильно делать.

Чего вы можете не знать

- Дети могут выражать невысказанные тревоги и страхи посредством игры.
- Игра — это терапевтическое вмешательство у детей, которые испытали шок, узнав о своем угрожающем жизни диагнозе или пережив травматические медицинские процедуры.
- Игровая терапия — это ценное дополнение к комплексной помощи, которая предоставляется детям с неизлечимыми заболеваниями.
- Дети с ограничивающими жизнь заболеваниями более подвержены нарушениям познавательной функции и чаще сталкиваются с трудностями в обучении.

- Дети с неизлечимыми заболеваниями чаще, чем другие дети, оказываются лишенными возможности играть, несмотря на то, что игра нужна им для принятия своей болезни и возможности справиться с ней.
- Даже очень больному ребенку можно помочь поиграть.

Ключевые принципы игровой деятельности и развития

- Дети — это не просто «маленькие взрослые». Они видят, чувствуют и переживают мир иначе; имеют иные мыслительные процессы для его интерпретации; общаются и действуют иначе, чем взрослые. Если не знать данных особенностей ребенка, то очень сложно будет его понять или быть понятым им.
- Дети могут развиваться с разной скоростью, по разным траекториям, поэтому важно не выносить поспешных суждений об уровне развития ребенка.
- Дети учатся через то, как они видят и ощущают мир, через то, как люди обращаются с ними, через то, что они видят, слышат и чувствуют с момента своего рождения.
- У детей существуют «критические периоды развития» (Кандел⁶⁸). Мы учимся большему в первые пять лет нашей жизни, чем за всю оставшуюся жизнь!
- При отсутствии соответствующей стимуляции части детского мозга становятся неактивны, сокращаются в размерах и в конечном итоге перестают функционировать совсем.
- Многие дети, с которыми вы встретитесь в повседневной практике, не получали доступ к необходимым условиям для максимального использования критических периодов развития.
- У детей несложно достичь стимулирования мозговой активности: осязание, слух, зрение — все органы чувств ребенка можно стимулировать очень простыми методами, например разговаривая и играя с ним, беря на руки и успокаивая, удовлетворяя его физические и психологические потребности.

- Игра стимулирует физическое, эмоциональное, социальное, когнитивное и языковое развитие. Она важна для любого ребенка, но становится особенно необходимой, когда ребенок болен и находится вне своего привычного окружения.
- Для детей с ограничивающими жизнь заболеваниями или для детей, которые пережили травму или стресс, игра — это самое естественное средство, при помощи которого они могут избавиться от агрессии, примириться с травмой, связанной с болезнью и угрозой смерти, а также попытаться обрести контроль над своим миром⁶⁹.

Краткий обзор типов игр

Существуют разнообразные типы игр и различные способы их классификации. Например ^{70, 71}:

- Игры для сонастройки. Эмоциональная сонастройка между младенцами и родителями или другими взрослыми, например, через контакт глазами, улыбки, разговоры/гуление⁷².
- Физические игры. Интеграция мышц, нервов и функций мозга, которые помогают ребенку знакомиться со своим телом и миром вокруг него⁷³.
- Социальные игры. Взаимодействие с другими людьми, которое помогает детям учиться социальным правилам, таким как давать и брать, обмениваться, сотрудничать и делиться ^{74, 75}.
- Языковые и повествовательные игры⁷⁶. Когда дети принимают участие в языковых играх, связанных с рассказыванием историй, это помогает им понимать себя, других и культуру, в которой они растут.
- Конструктивные игры. Манипуляции с окружением ребенка, из которого можно создавать разные вещи, позволяют развивать чувство ценности чего-то и достижения успеха, практиковать навыки решения проблем, самостоятельность, развитие сноровки⁷⁷.
- Фантазийные игры ^{78 79}. Разыгрывание новых ролей и ситуаций позволяет детям экспериментировать с языком, эмоциями, идеями и вызовами.

- Игры с правилами. Эти игры помогают детям понимать свою роль в семье, социальные соглашения и правила.

Практическое руководство по организации игр с детьми в паллиативной педиатрии

- Разные категории детей (например, или из малообеспеченных семей, или оставшиеся без присмотра, или пережившие насилие, а также дети, которые долгое время болели), возможно, не привыкли к игрушкам. Поэтому сначала нужно будет показать, что делать с некоторыми из игрушек, которые предлагаются ниже. Однако большинству детей нужна всего лишь короткая демонстрация, чтобы начать пинать мяч, собирать пазлы или раскрашивать бумагу с таким же энтузиазмом, как и остальные.
- В странах с ограниченными ресурсами не всегда достаточно денег для покупки дорогих игрушек. Помните, что богатая фантазия ребенка может превратить в игрушку практически что угодно, а сами игрушки можно сделать из множества вещей, которые мы обычно выбрасываем. Ниже приведены игрушки, которые легко сделать самим или которые доступны в виде обычной домашней утвари.
- Помните, что игрушки должны быть безопасными и чистыми. В большинстве случаев в паллиативной педиатрии существует риск перекрестной инфекции. Поэтому игрушки нужно содержать в чистоте, хорошо о них заботиться, сразу же выбрасывать, если они ломаются или становятся небезопасными.

Игры с детьми в возрасте от 0 до 18 месяцев

- *Подходящие игрушки.* Машинки, картинки, музыкальные игрушки, погремушки, пирамидки, кастрюли и сковородки, пластиковые контейнеры, большие пазлы, материалы разной текстуры, которые можно сжимать и жевать, игрушки, которые можно тянуть на веревочке (например, разрисованная

пластиковая бутылка) или стучать друг о друга (например, ложки и горшки), большие куклы.

- **Идеи для взрослых о том, как играть с детьми в возрасте от 0 до 18 месяцев.** Отвечайте на звуки, которые издает младенец, смотрите ему в глаза, фокусируйтесь на социальных играх и играх, развивающих навыки крупной моторики, улыбайтесь, позвольте ребенку поиграть с вашими пальцами, говорите и пойте, играйте в «Ку-ку» (пряча лицо за ладонями или за другими предметами), в прятки, стройте рожицы, используйте игры-потеряшки («Где игрушка? — Вот игрушка!»), называйте объекты, потрясите погремушку, давайте ребенку потрогать предметы с разной текстурой, поощряйте его к тому, чтобы он полз за игрушкой, которая находится вне зоны его досягаемости.

Игры с детьми в возрасте от 18 месяцев до 3 лет

- **Подходящие игрушки.** Вещи, на которых можно кататься верхом, игрушки, которые можно тянуть или толкать (например, машинки на веревочке); песочницы и игрушки для песочницы (такие как совочки, конусы, пластиковые бутылки или баночки с крышечками); материалы для плетения и нанизывания (веревочки и шарики с отверстиями); карандаши, краски и мелки; деревянные кубики, упаковочные коробки (чтобы забираться внутрь и выбираться из них); одежда (чтобы наряжаться); мягкие игрушки и куклы; кухонные принадлежности; книжки с картинками, CD с музыкой и сказками, простые музыкальные инструменты и тесто для лепки (его можно сделать самим).
- **Идеи для взрослых о том, как играть с детьми в возрасте от 18 месяцев до 3 лет.** Поощряйте движения, прячьте вещи, играйте в догонялки, стройте из кубиков, играйте в «повторяй за мной движения», загадывайте загадки, разыгрывайте истории, имитируйте дела по дому, читайте и пойте, рассказывайте истории, хлопайте в ладоши и танцуйте, играйте в «назови предмет», надувайте шары, играйте в мячики, рисуйте и раскрашивайте.

Игры с детьми в возрасте от 3 до 6 лет

- *Подходящие игрушки.* Лазательное оборудование, например веревки, качели, шины, земляные насыпи; мячи и биты; куклы и мягкие игрушки; большие головоломки или настольные игры; игрушечные транспортные средства (купленные или сделанные из проводов); ритмичные инструменты, такие как барабаны; нанизанные на нитку бусины, кубики, пуговицы; одежда (чтобы красиво наряжаться); конструкторы; карандаши, краски, мелки; масса или тесто для лепки; клей; песочные игры; CD и книги с рассказами; марионетки.
- *Идеи для взрослых о том, как играть с детьми в возрасте от 3 до 6 лет.* Физические игры, по возможности на улице; телефонные разговоры понарошку; прятки, пение и танцы; карточные и настольные игры; игры с числами и счетом; игры с марионетками; чтение; называние предметов; лепка из теста; переодевания; разыгрывание сценок из домашних дел с предметами домашнего обихода; пение песенок с движениями; игры с песком и водой; рисование на бумаге мелками и красками; игры в мяч и игры-преследования.

Игры с детьми в возрасте от 6 до 12 лет

- *Подходящие игрушки.* Скутеры, скейтборды, игрушечные автомобили; спортивные игры с мячом; воздушные змеи; настольные игры; куклы и мягкие игрушки; игрушечные транспортные средства; строительные материалы; пазлы; вышедшие из употребления компьютеры и клавиатуры; наряды; миниатюрные люди и транспортные средства; материалы для творчества; книги, музыка и (конечно, если это возможно) компьютеры и игровые приставки.
- *Идеи для взрослых о том, как играть с детьми в возрасте от 6 до 12 лет.* Будьте наблюдательны; создавайте возможности для игр понарошку^{*}; поощряйте игры с конструкторами

^{*} Игры понарошку — игры, в которых дети разыгрывают сценки из жизни, например, визит к врачу, приготовление еды и др. (Прим. перев.)

и творчество; помогите разложить вещи по порядку и классифицировать их; позволяйте детям конкурировать в игровых ситуациях и в играх; используйте марионетки, чтобы рассказывать истории; играйте в языковые игры: например, попросите ребенка найти рифмующиеся слова или синонимы; поощряйте творчество в писательстве и поэтическом сочинительстве; игры с танцами и пением; командные виды спорта; шутки и загадки; чтение (они — вам, вы — им) и посещение интересных мест.

Как обустроить игровое пространство для детей

Возможно, у вас для игр совсем нет места. Однако, если подходящее место вы все же нашли, ниже мы предлагаем идеи, как обустроить игровое пространство для ребятшек, которым вы оказываете помощь. В общем и целом неплохо иметь:

- Когнитивное пространство, где дети могут думать и учиться.
- Книжное пространство, где дети могут читать сами или где им могут читать взрослые.
- Фантазийное пространство для переодеваний и игр с марионетками.
- Творческое пространство для раскрашивания, рисования, творческих игр и рукоделия.
- Уличное пространство для энергичных игр.
- Тихое пространство для сна и отдыха.

Какие материалы можно использовать для игр в условиях ограниченных ресурсов

Если вы находитесь в ситуации ограниченных ресурсов, большинство игрушек могут оказаться недоступны. Но это не проблема. Дети умеют находить возможности играть практически в любой ситуации. Кроме того, дети постарше — большие специалисты в создании игрушек, поэтому проконсультируйтесь с ними, чтобы придумать, что делать. Ниже мы приводим несколько подсказок.

- Порошковые краски можно смешать с обойным клеем и с водой, чтобы ими можно было дольше пользоваться.
- Карандаши — это, пожалуй, лучшая инвестиция, которую вы можете сделать, если у вас ограниченный бюджет.
- Соберите старые журналы, чтобы вырезать картинки и создавать коллажи.
- Клей можно сделать из муки и воды, смешав их до пастообразного состояния.
- Старые коробки, картон, крышечки — прекрасный материал для разного рода игр.
- Пение, танцы и хлопанье в ладоши не нужно покупать. Найти что-нибудь, во что ребенок может барабанить, обычно тоже довольно просто.
- Большинство детей обожают играть с безопасными предметами домашнего обихода.
- Шейкеры можно изготовить из пластиковых йогуртовых баночек: насыпьте внутрь немного крупы (кукурузы и риса), камушков или даже только рис, заклейте бумагой с клейкой лентой. Трясите им в такт музыке.
- Сделайте сами массу или тесто для лепки.
- Сделайте мяч из использованных целлофановых и бумажных пакетов и веревки.
- Используйте старую веревку вместо скакалки.
- Создайте «грязную» игровую зону где-нибудь снаружи на неиспользуемом участке земли.
- Добавьте немного песка, если у вас есть доступ к нему.

Полезные источники информации

- UN Convention on the Rights of the Child Article 31 www2.ohchr.org/english/law/crc.htm. The right to play and informal recreation is a human right for children and young people up to 18 years of age, enshrined in the UN Convention of the Rights of the Child.

- Best Play — What play provision should do for children [www.playengland.org.uk/Page.asp?originx 837hq 60550341588 120v64o 20081065015y](http://www.playengland.org.uk/Page.asp?originx%20v64o%20081065015y) This report looks into the benefits of play for children, as well as the consequences of inadequate play provision.
- Charter for Children's Play www.playengland.org.uk/charter. The Charter outlines eight statements or principles that describe a vision of play.
- Free play in early childhood: A literature review. [www.playengland.org.uk/Page.asp?originx 9871bw 102416424 017g62k 2008624223n](http://www.playengland.org.uk/Page.asp?originx%2008624223n). A comprehensive literature review focusing on free play and the early years.
- Key sources of information on children's play www.ncb.org.uk/cpis/resources/factsheets.aspx. Compiled by Children's Play Information Services (CPIS), this factsheet lists some of the key organisations and sources of information on children's play.
- Playwork Principles: www.skillsactive.com/playwork/principles. These principles establish the professional and ethical framework for play work. It describes what is unique about play and play work, providing the play work perspective for working with children and young people.
- Why Play? www.sustrans.org.uk/resources/publications. This leaflet looks at the benefits of active play and how to make it part of everyday life.

ЧАСТЬ ДЕВЯТАЯ

Как оказывать паллиативную помощь подросткам

Что вам, возможно, уже известно

- Подростковый возраст — это время быстрых изменений и время проблем: физических, психологических, духовных и сексуальных.
- Подростки образуют ярко выраженную группу, обладающую уникальными физическими, эмоциональными, психологическими и социальными потребностями, которые в значительной степени отличаются от потребностей взрослых и детей младшего возраста.
- Подростковый возраст — это время широких эмоциональных диапазонов, интенсивных переживаний, время рискованных решений, плохо контролируемых импульсов, широкого исследования ролей, повышенного ощущения уязвимости, развития сексуальной осознанности и переход от конкретного мышления к абстрактному. Все это влияет на то, как подросток переживает угрожающее жизни заболевание.

Чего вы можете не знать

- Число подростков, нуждающихся в паллиативной помощи, во всем мире очень велико.
- Подростки могут не осознавать в полной мере тяжесть заболевания, его прогноз и последствия для них и их семей.
- Подростки еще не до конца сформировали взрослые защитные механизмы, помогающие им справляться с болезнью и ее последствиями⁸⁰, а потому часто используют такие защитные реакции, как гнев или уход в себя, что усиливает ощущение изоляции и осложняет процесс оказания помощи.

Общие принципы оказания паллиативной помощи подросткам

Паллиативная помощь должна быть направлена на то, чтобы помочь подросткам⁸¹:

- Подлучить наилучшее в сложившихся обстоятельствах качество жизни, несмотря на их заболевание.
- Максимально все контролировать.
- Обрести ясность по поводу их личностной идентичности.
- Принять свой новый внешний облик.
- Обрести и поддерживать некую свободу от родителей, не теряя их поддержки и возможности открыто говорить друг с другом.
- Выработать собственную систему ценностей.

Этих целей трудно достичь в условиях учреждения здравоохранения по ряду причин⁸²:

- Ограничение физической активности из-за проблем со здоровьем и условий пребывания в учреждении здравоохранения.
- Угроза изменения внешнего облика в связи с болезнью и лечением.
- Недостаток приватности.
- Угроза жизни из-за болезни и лечения.
- Использование гнева, отдаления и отрицания как реакций защиты.
- Изменение окружения и потеря независимости вследствие тяжелой болезни и лечения.
- Специалисты вынуждены быть «между двух огней»: родителями (которые хотят защищать) и подростками (которые хотят самостоятельности и уважения).
- Разобщение со сверстниками, что может провоцировать страх быть отвергнутым и боязнь чрезмерной зависимости от семьи и медперсонала.

Поэтому очень важно, чтобы вы:

- Вовлекали подростков в процесс принятия решений как можно чаще.
- Максимально создавали для них приватность.

- Поощряли их к самостоятельному уходу за собой.
- Давали им правдивую и реалистичную информацию о влиянии болезни и лечения на внешность и поддерживали их в процессе изменений, которые они проживают.
- Поощряли и поддерживали взаимодействие со сверстниками.
- Говорили с ними о страхах, гневе и других эмоциях, чтобы помочь им повысить ощущение контроля над ситуацией и чувство независимости.
- Как можно дольше поддерживали их участие в учебном процессе и в другой «нормальной» деятельности.

Опыт переживания болезни у подростков

Опыт переживания болезни у подростков может зависеть от следующих важных факторов, влияющих на их жизнь^{83, 84, 85}:

- Повышенная потребность сохранять «нормальность» (например, посещение школы и т.д.), даже если взрослым это кажется глупым. Прерванное посещение школы и получение образования — особый источник беспокойства.
- Растущий разрыв между восприятием своего настоящего внешнего образа и своего идеального внешнего образа из-за физического влияния болезни.
- Чувство потери личного контроля в столь травматичное время усиливается болезнью и усугубляется желанием родителей проявлять гиперопеку.
- Тревожность и неопределенность в отношении будущего постоянно нарастают во время болезни.
- Защитные реакции подростков часто выражаются в виде отрицания, ухода в себя и гнева. Они, в свою очередь, уменьшают возможность хороших и открытых коммуникаций, усугубляя чувство потери контроля и увеличивая тревожность и неопределенность.
- Как следствие вышесказанного, развиваются конфликты не только между подростками и родителями, но и между подростками и людьми, оказывающими помощь.

- Болезнь приводит к потере социальных связей, в то время когда поддержка сверстников и их принятие особенно важны. Поэтому сохранение поддержки со стороны сверстников и контакт с ними крайне необходимы⁸⁶.
- Такие темы, как смысл жизни и причины боли, страданий, несправедливости и наказания, приобретают гораздо большую значимость, когда подросток сталкивается с неизлечимым заболеванием⁸⁷. Поэтому паллиативная помощь должна включать духовную поддержку и дать возможность подростку обсуждать эти темы, включая утраченную веру в будущее.

Коммуникации с подростками в паллиативной педиатрии

Факторы, осложняющие коммуникации с подростками в паллиативной педиатрии:

- Требуется время, чтобы выстроить доверие и открытые коммуникации.
- Если подростки не понимают особенностей своей болезни и не включены в процесс принятия решений, велика вероятность того, что они не будут добросовестно придерживаться режима лечения.
- Подростки не склонны искать медицинскую поддержку в других местах. Поэтому если не будут созданы условия для обсуждения и анализа болезни, то вряд ли у них будет такая возможность где-либо еще.
- Незрелость в когнитивном развитии может выражаться в недостаточном осознании последствий болезни и принимаемых решений.
- Подростки всегда, даже в ситуациях некорректного поведения, нуждаются в принятии со стороны медиков.
- Подросткам необходим баланс между структурированием и свободой.

Процесс коммуникаций можно улучшить следующим образом⁸⁸:

- Создавая дружелюбную среду для подростка.

- Устанавливая взаимопонимание через уважение и принятие.
- Начиная работать с трудными темами после того, как вы уделите время построению доверительных отношений.
- Используя такие методы, как музыкальная и арт-терапия, чтобы помочь им исследовать свои чувства и трудные темы.
- Быть честными и открытыми по поводу их болезни, смерти и умирания; не давать обещаний, которые нельзя сдержать.
- Оценивая риски и открыто обсуждая их.
- Следя за тем, чтобы точная и нужная информация была доступна подростку и предоставлялась ему тогда, когда он готов ее услышать.

Факторы, препятствующие оказанию паллиативной помощи подросткам^{89, 90}:

- Низкие ожидания в отношении самих себя и в отношении предоставляемых услуг.
- Недоверие к специалистам и восприятие предыдущего опыта получения помощи как неудавшегося.
- Недостаток знаний о существующих образовательных и профессиональных возможностях.
- Нехватка навыков защиты своих интересов.
- Низкая самооценка.
- Недостаточный уровень интеграции со сверстниками.
- Повышенная ориентация на взрослых и зависимость от них.
- Слабое стремление к получению образования.
- Слабые знания в области сексуальности.

В условиях недостатка ресурсов существуют особые сложности в оказании паллиативной помощи детям, например:

- Многие подростки сами ведут домашнее хозяйство и заботятся о своих братьях и сестрах, родителях или других родственниках. Это ограничивает поддержку со стороны сверстников, образовательные возможности и развитие автономности.
- Прекращение учебы. Дети, бросившие школу, как правило, не имеют рамок, помогающих воздерживаться от секса или практиковать безопасный секс; они экономически незащищены и могут стать жертвами сексуальной эксплуатации⁹¹.

- Финансовые проблемы могут привести к распаду семьи и, как следствие, к риску для здоровья и безопасности детей и подростков.
- Доступ к медицинским услугам может быть ограничен, поэтому потенциально излечимые проблемы могут быть запущены, усугубляя тяжесть заболевания.
- ВИЧ/СПИД и рак выявлены в сложный жизненный период.
- ВИЧ/СПИД и рак часто ведут к нежелательным изменениям тела именно тогда, когда восприятие своего тела наименее стабильно и вызывает больше всего тревог.
- Подростки особенно уязвимы в отношении сексуального насилия и эксплуатации^{92, 93, 94, 95}.

Подростки и соблюдение режима лечения

Подростки хуже, чем взрослые, соблюдают режим лечения. При оказании паллиативной помощи эта проблема тоже существует и имеет негативные последствия, особенно при ВИЧ/СПИДе, когда даже небольшое отступление от режима антиретровирусной терапии ведет к устойчивости к препаратам и к преждевременной смерти. Тому есть масса причин⁹⁶:

- Подростковый возраст — это время быстрого развития и неопределенности, когда трудно вписываться в строгие рамки.
- Лекарства — видимый признак того, что «ты другой», как раз в то время, когда социальные ярлыки и давление сверстников оказывают наибольшее влияние.
- Низкая самооценка и страдания от неразделенной любви. И то, и другое может вести к такому отношению к себе, как: «Какая разница, буду ли я их принимать? Я все равно ничего не стою».
- Проблема употребления алкоголя и других веществ. Алкоголь и уличные наркотики делают тех, кто их принимает, непослдовательными. Кроме того, они могут не сочетаться с принимаемыми подростками лекарственными препаратами.

- Страх перед болезнью и лечением может вести к отрицанию своего состояния, и тогда подросток может просто отказаться от приема лекарств.
- Недопонимание проблем из-за ограниченного уровня знаний и недостатка информации о состоянии здоровья, что ведет к низкому осознанию последствий несоблюдения режима лечения.

Стратегия максимального соблюдения режима лечения направлена на то, чтобы дать подростку как можно больше информации, автономии и возможность контролировать ситуацию. Это поможет ему сделать осознанный информированный выбор, а вам продемонстрировать свое доверие. У подростка это повышает чувство собственного достоинства и уверенность в себе. Можно предложить следующие подсказки:

- Ясно дайте понять, что вы передаете ответственность за прием препаратов подростку.
- Предоставьте ему как можно больше соответствующих возрасту знаний и информации.
- Попросите подростка документировать процесс приема препаратов, создав собственную форму дневника для этой цели.
- Создайте группу поддержки при помощи школьных учителей, родителей, медработников, друзей.
- Убедитесь, что ключевые люди, которые могут оказать поддержку, знают о ситуации и могут присматривать за подростком.
- Включите подростка в группы взаимоподдержки, если таковые есть.
- Давайте как можно больше позитивной обратной связи, подбадривайте.

Помощь умирающим подросткам

Задачи паллиативной помощи универсальны для умирающих подростков, взрослых и детей младшего возраста: помочь им уйти из жизни с миром в душе, комфортно и с достоинством. Поэтому

методы предоставления паллиативной помощи подросткам сходны с таковыми у детей и взрослых: установите открытые коммуникации и взаимопонимание, проведите подробное и комплексное обследование, составьте перечень физических, психологических, социальных, духовных и финансовых проблем, разработайте и согласуйте индивидуальный план их решения.

При умирании ребенка-подростка есть ряд особенностей⁹⁷:

- У умирающих подростков часто встречается депрессия (17%).
- Большинство умирающих подростков осознают прогноз болезни, но чаще всего этот вопрос не обсуждают.
- Подростки способны обсуждать вопросы прогноза своей болезни, но они должны сами определить подходящее время для обсуждения.
- Госпитализация и болезнь усиливают социальную изоляцию, что приводит к длительной зависимости подростка от родителей.
- Чтобы уйти от гиперопеки родителей, умирающему подростку нужно дать возможность проводить время и строить отношения с людьми за пределами семейного круга.
- У подростков есть большая потребность анализировать свои эмоции и страхи, поэтому крайне важны «разрешающая» атмосфера и персонал, который может помочь.
- Часто помогают такие рациональные вещи, как написание завещания, планирование похорон и прощальные письма.
- В этом возрасте обычно существует сильная связь с братьями и сестрами, поэтому очень важна поддержка с их стороны.
- С умирающим подростком работает большое количество специалистов и медицинских работников. Подросток, однако, часто выбирает только одного человека, с которым будет общаться. Поэтому другим трудно выстроить адекватные коммуникации.

При планировании помощи подросткам с ограничивающими жизнь заболеваниями мы рекомендуем следовать следующим принципам:

- Старайтесь помочь подростку найти причину и смысл происходящего. Подростки обычно нуждаются в поиске причин, и, когда их обнаруживают, им становится легче.
- Давайте возможность подросткам самим контролировать ситуацию как можно чаще (например, вовлекая их в процесс принятия решений в отношении жизни и помогая им спланировать свою смерть).
- Позволяйте подросткам обсуждать с вами и анализировать их тревоги и страхи⁹⁸.
- Поощряйте и помогайте в установлении социальных контактов⁹⁹, при этом дайте подростку «разрешение» отдалиться с приближением смерти; помогайте в это время выстраивать коммуникации и возможность делиться с избранным кругом близких членов семьи и специалистов.
- Предоставьте подросткам возможность обсуждения прогноза в отношении жизни. Большинство умирающих подростков осознают его, но часто не обсуждают.
- Поощряйте поддержку со стороны братьев и сестер¹⁰⁰, т.к. отношения подростка с сиблингами, как правило, очень близки.
- Подростки часто используют символические, а не прямые способы донесения своих чувств и тревог, поэтому «игра» или трудотерапия так же важны, как и у детей младшего возраста.
- При работе с этими возрастными группами также очень полезно использование театральных постановок, поэзии, музыки и искусства, т.к. подростки могут мыслить абстрактно и символами.
- Давайте возможность продолжать обучаться и принимать участие в дискуссиях (особенно в группах сверстников), т.к. подростки любят искать смысл, причины и особенности.

Полезные практические советы

Собирать коробку или книгу воспоминаний, чтобы помочь подростку найти смысл и связи с происходящим в настоящее время.

Делать «семейные записи», чтобы помочь подростку понять его роль в семье и оставить свое «наследие» после смерти.

Написание завещания: у подростков могут быть пожелания, что они хотели бы, чтобы произошло после их смерти, и как они хотят, чтобы их помнили. Все это можно описать в завещании.

Приглашайте и поощряйте группы сверстников изучать и обсуждать вопросы течения болезни и ее лечения, а также таких более широких тем, как сексуальность и верность; обсуждать и делиться опытом в отношении болезни и здоровья, чтобы оказывать взаимную поддержку. Старайтесь также, чтобы подростки имели время немного развлечься.

Помогайте организовать для подростка символические игры, занятия искусством, поэзией, музыкой и театром; все это позволяет отвлечься и получить удовольствие. Кроме того, это возможность больше узнать о состоянии подростка и способ для него выразить свои чувства.

Полезные источники информации

- For teenagers with HIV/AIDS — <http://www.pozitude.co.uk/>
- For teenagers with cancer — <http://www.teenslivingwithcancer.org/> and <https://www.teenagecancertrust.org/who-we-are/about-us/>
- ‘Palliative Care for Young People Aged 13–24’. September 2001. Researched and written by Rosemary Thornes on behalf of the Joint Working Party on Palliative Care for Adolescents and Young Adults. Edited by Stella Elston <http://www.palliativecarescotland.org.uk/content/publications/PalliativeCareforYoungPeopleaged13–24.pdf>
- Goldman, A. Hain, R. Liben, S. Oxford Textbook of Palliative Care for Children, Second Edition. Oxford Textbooks In Palliative Medicine. OUP. 2012

ЧАСТЬ ДЕСЯТАЯ

Как работать с этическими дилеммами в паллиативной педиатрии

Что вам, возможно, уже известно

- Все профессионалы обязаны:
 - Уважать жизнь и здоровье своих пациентов.
 - Работать в соответствии с принятыми стандартами.
 - Добиваться максимальной пользы для пациента и минимизировать вред.
 - Уважать потребность пациента в автономности.
 - Действовать рационально, честно, беспристрастно и профессионально.
- Дееспособные пациенты имеют «...абсолютное право выбирать, соглашаться им на медицинское лечение или отказываться от него; это право существует вне зависимости от того, являются ли причины такого выбора рациональными, иррациональными, неизвестными или даже не существующими» (Re T 1992)¹⁰¹.
- Для недееспособных пациентов создается уполномоченная команда лиц, принимающих решение (включая ближайшего родственника пациента), которая должна достичь консенсуса относительно стратегии лечения «в лучших интересах ребенка».
- Дееспособность ситуативна. Она зависит от способности пациента усваивать, понимать и удерживать информацию, предоставленную специалистами. Определение дееспособности — это сложное и субъективное ценностное суждение.
- Доктрина необходимости позволяет профессионалам вмешиваться без согласия пациента или его законных представителей в угрожающих жизни критических ситуациях.

- Профессионалы не обязаны осуществлять медицинское лечение, противоречащее их личной профессиональной позиции.

Что может оказаться для вас полезным

Работают ли данные этические постулаты как-то по-другому с детьми? И да, и нет. С одной стороны, этические принципы универсальны для детей и взрослых; с другой стороны, *применение* принципов может варьировать, т.к.:

- Дети могут не полностью понимать ситуацию, связанную с заболеванием и лечением.
- Дети могут быть не способны доносить в полном объеме свои мысли и желания.
- Дети обладают потенциалом стать автономными взрослыми и обрести дееспособность.
- К их правам могут относиться с меньшим уважением, чем к правам взрослых.

Практическое применение этических принципов в паллиативной педиатрии предполагает найти ответ на три ключевых вопроса:

1. Что необходимо решить?
2. Кто принимает решение?
3. Как принимается решение?

Что необходимо решить?

Ответ на этот вопрос является, возможно, самым важным шагом в попытке решить любую этическую дилемму. Если нам не ясен вопрос, очень трудно найти сколько-нибудь полезный ответ. Например, в случае терминальной стадии рака полости рта может быть несколько дилемм, таких как:

- Должны ли мы рассказать ребенку о том, что он умирает, и если да, то когда сказать?
- Где мы должны оказывать помощь ребенку: дома, в хосписе или в больнице?
- Нужно ли продолжать кормить ребенка, и если да, то как?

Если вы «застряли» на каком-либо пациенте, вам может помочь составление списка различных вопросов/дилемм и расстановка приоритетов для определения последовательности их решения. Например, рассмотрите каждый элемент лечения: терапию комфорта (контроль симптомов и облегчение боли), инвазивное лечение или и то, и другое вместе. Затем взвесьте решения и подумайте, будет ли польза от каждого из видов лечения перевешивать риск потенциального вреда для пациента.

Кто принимает решение?

В разных странах по-разному. В моей стране, в Великобритании, дети старше 16 лет считаются дееспособными, чтобы давать информированное согласие или несогласие на предложенное им медицинское лечение¹⁰².

В соответствии с «Руководством Фрейзера¹⁰³» в Великобритании ребенок в возрасте до 16 лет может быть признан дееспособным, чтобы дать информированное согласие: *«...способен ли ребенок дать необходимое согласие, будет зависеть от зрелости и понимания ребенка и от природы требуемого согласия. Ребенок должен быть способен провести разумную оценку преимуществ и недостатков предлагаемого лечения, поэтому согласие, если оно дается, может быть по существу и честно описано как настоящее согласие»*.

Если ребенок не полностью дееспособен, это не означает, что он должен быть исключен из процесса принятия решения, т.к. он все-таки частично дееспособен.

Королевский колледж педиатрии и детского здоровья (Великобритания)¹⁰⁴ разработал рекомендации, предлагающие придерживаться следующей позиции: вне зависимости от того, является ребенок юридически дееспособным или нет, в любых возможных ситуациях профессионалы должны стремиться обеспечить детей информацией, консультировать по поводу оптимального решения и способствовать тому, чтобы взгляды ребенка уважали и они были приняты во внимание при принятии решения.

Это является справедливым и разумным подходом, где бы вы ни жили.

Кто принимает решение, если ребенок недееспособен?

Интересы ребенка всегда на первом месте. Поэтому все факторы, включая медицинские, эмоциональные и другие вопросы его благополучия, должны всегда приниматься во внимание.

В большинстве ситуаций родители или законные представители наделены ответственностью принимать решение за своего ребенка. Однако право родителей принимать решение об оказании/неоказании медицинской помощи в большинстве стран сопоставляется с тем, насколько при этом соблюдаются «лучшие интересы ребенка». Бывают случаи, когда желание родителей не совпадает с интересами ребенка. Правила решения подобных дилемм в разных странах отличаются.

В идеале мультидисциплинарная команда работает с родителями, чтобы достичь консенсуса. Ни одно мнение не должно не быть учтено, при этом в большинстве стран ведущий клиницист обладает общей ответственностью за принятие решения, если консенсуса достичь невозможно. Решение должно основываться на разумном суждении о том, что было бы в лучших интересах ребенка. Пожалуйста, проверьте законодательство своей страны по этому вопросу. Если имеют место серьезные разногласия, то в случаях, когда время позволяет, всегда было бы правильно воспользоваться юридической помощью.

Как принимается решение?

После достижения договоренности о том, кто будет вовлечен в принятие решения, финальный шаг в процессе обсуждения этических проблем — определиться с тем, как принимать решение.

В теории решение этических проблем может базироваться на:

- **Убеждениях.** Например, на убеждении, что каждая жизнь священна.
- **Обязанностях.** Например, на обязанности действовать в лучших интересах пациента.

- **Понимании последствий.** Например, на понимании, что лучше действовать таким образом, чтобы принести больше пользы, чем вреда.
- **Ценностях.** Например, медицинские работники должны опираться на общечеловеческие ценности, такие как сострадание, честность и беспристрастность.
- **Правах.** Например, ребенок имеет право на лучшее из возможных лечение.

Проблемы, возникающие при применении этических принципов в паллиативной педиатрии

- Несколько этических принципов могут быть применены к одному текущему клиническому сценарию.
- Процесс принятия решения может быть отягощен противоречиями.
- Приверженность разным этическим теориям потенциально ведет к возникновению большого количества моральных убеждений и заключений.
- Заинтересованные стороны могут приводить разнообразные, в том числе противоречивые, аргументы в отношении многочисленных конкурирующих интересов и источников влияния.
- Личный, профессиональный и социальный опыт, религиозные и культурные взгляды, эмоциональный статус — все это влияет на систему ценностей и убеждений отдельных людей.
- Оценка качества жизни чрезвычайно субъективна, спекулятивна и является постоянным предметом академической критики.
- Специалисты могут находиться под давлением конфликтующих сторон, что может осознанно или неосознанно влиять на их анализ (например, расходы, цели, время и личная усталость).
- Сделать объективный и рациональный выбор в эмоционально болезненных и требующих значительных усилий обстоятельствах — дело нелегкое, поскольку эмпатия и психологические защитные механизмы неизбежно начнут вмешиваться в процесс.

Решение, что делать на практике

Как практики мы должны быть рациональными и прагматичными. Мы должны постараться сделать все, что возможно, для этого ребенка здесь и сейчас.

Это значит, что все взгляды должны быть приняты во внимание и выстроены в порядке приоритетности, а конкурирующие интересы должны быть сбалансированы. Ни один человек не может единолично принимать решение. Вероятно, в идеале нужно стремиться к решению, с которым согласятся все заинтересованные стороны, при этом нельзя позволять родителям взваливать на себя груз единоличной ответственности.

Несмотря на то, что в теории существуют тысячи причин, из-за которых достижение соглашения невозможно, на практике (к счастью) не так часто случается, что вокруг наилучшего образа действия возникают серьезные проблемы или несогласие. Но, к сожалению, иногда это происходит.

Практические советы, как достичь консенсуса и избежать разногласий

Судя по моему опыту, разногласия чаще возникают из-за проблем в коммуникациях, а не из-за этических дилемм. Удивительно, как быстро могут разрешиться даже самые запутанные проблемы, когда каждый чувствует себя услышанным и способен слышать другую сторону. Имейте в виду, что эти две способности серьезно нарушаются, если мы напуганы или злимся. Страх и гнев — естественные реакции на смерть ребенка, но они не очень помогают. Поэтому мы должны попытаться найти способ справиться с ними. Например:

- Пригласите всех, чей взгляд имеет значение в возникшей дилемме.
- Будьте абсолютно честны и открыты со всеми, в пределах интеллектуальной и эмоциональной способности к пониманию каждого вовлеченного человека.

- Будьте очень скрупулезны; обсудите все возможности и сценарии со всеми заинтересованными людьми, даже с теми, кто вам неприятен.
- Люди принимают решения головой и сердцем, поэтому ищите как подводные камни, так и то, что на поверхности.
- Будьте абсолютно честны. Дайте каждому возможность высказаться и следите за тем, чтобы никто не остался в стороне (особенно ребенок).
- Проявляйте сострадание, но будьте честны; проявляйте эмпатию и старайтесь ставить себя на место другого, но избегайте спешить принимать сторону людей, чей эмоциональный подход в наибольшей степени отражает ваш собственный.
- Но, главное, не торопитесь: все это требует времени. Используйте столько времени, сколько возможно, без нарушения интересов других пациентов и своих собственных.

Полезные источники информации

- For further information regarding making decisions about withholding and withdrawing life-sustaining treatments (LST) see the Together for Short Lives's *Care Pathway for extubation within a children's palliative care framework* (add link)
- See the Royal College of Paediatrics and Child Health publication, *Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A Framework for Practice* (<http://www.rcpch.ac.uk>)
- Together for Short Lives, 2011. *A Parent's Guide: Making critical care choices for your child*. Bristol: Together for Short Lives.
- Together for Short Lives, 2011. *A Care Pathway to Support Extubation within a Children's Palliative Care Framework*. Bristol: Together for Short Lives. British Medical Association, 2007: *Withholding and withdrawing life prolonging medical treatment: guidance for decision making*. BMA: London.

- The Ethox Centre, 2010. *Ethical and Legal Issues at End of Life*. The Ethox Centre. <http://www.ethox.org.uk/education/undergraduate-course/ethical-decision-making-at-the-end-of-life/End%20of%20Life%202010-11.doc/view>
- General Medical Council (GMC), 2008. *Consent: Patients and Doctors Making Decisions Together*. London: GMC.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 2004. *Withholding or Withdrawing Life Saving Medical Treatment in Children: A framework for practice*, 2nd Edition. London: Royal College of Paediatrics and Child Health.
- South Central Strategic Health Authority (England), 2010. *Advance Care Plan policy* (extract from the Guide for Clinicians) (See <http://www.oxfordshirepct.nhs.uk/about-us/documents/255Childandyoungpersonadvancedcareplanpolicyoctober2010.pdf>)

Руководства

- End-of-life decisions — Views of the BMA can be found at: <http://www.bma.org.uk/images/endlifedecisionsaug2009tcm41-190116.pdf>
- GMC: Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making (pages 90-108) can be found at: <http://www.gmc-uk.org/guidance/ethicalguidance/6858.asp>
- BMA:Endoflifeguidancecanbefoundat:[http://www.bma.org.uk/ethics/end life issues/](http://www.bma.org.uk/ethics/endlifeissues/)

Инструментарий

- TheBMA:MentalCapacityActToolKit.2008canbefoundat:[http://www.bma.org.uk/ethics/consent and capacity/mencaptoolkit.jsp](http://www.bma.org.uk/ethics/consentandcapacity/mencaptoolkit.jsp)

ЧАСТЬ ОДИННАДЦАТАЯ

Как оказывать духовную поддержку семьям

Что вам, возможно, уже известно

- Духовная поддержка — это не то же самое, что религиозная или пасторская, но они могут дополнять друг друга.
- У духовности нет стандартного определения, для каждого человека или семьи она будет означать что-то свое.
- Духовность можно обнаружить в сердце хорошей паллиативной помощи.
- Боль можно измерить, страдания — нет.

Что может оказаться для вас полезным

Под духовностью обычно понимают то, что придает жизни человека смысл. Она может включать, а может и не включать религию или Бога. Для ясности мы определили бы духовную и пасторскую поддержку следующим образом:

Духовная поддержка отвечает на уникальные запросы индивидуального восприятия личностью всего спектра имеющихся сомнений, убеждений и ценностей такими, какие они есть. Это означает отвечать на озвученные или не озвученные утверждения, идущие из самого центра естества человека, как на правомерные выражения того, где он сейчас находится и кем сейчас является. Духовная поддержка включает сопровождение фасилитатора в поисках идентичности на жизненном пути в целом и в конкретной ситуации, в которой он оказался сейчас. Она предполагает отвечать, не давая инструкций, не осуждая, без догм и условий, признавая, что каждый человек находится на своей стадии личного духовного путешествия¹⁰⁵.

Пасторская поддержка — это исцеление, защита, наставление (персональное или группой людей), примирение человека в его отношениях с семьей и обществом путем участия представителя определенной конфессии или религиозного сообщества, разделяющего веру человека и основывающего помощь ему на теологических взглядах общего вероисповедания, а также сохраняющих приверженность своей вере через духовную аутентичность.

Вопросы духовности должны быть в фокусе внимания всех, кто вовлечен в оказание помощи умирающим детям и их семьям, в особенности тех, кто напрямую работает с пациентом. Духовность не может быть изолирована; она глубоко укоренена в частично совпадающих многослойных контекстах, и ее необходимо рассматривать под разными углами.

Почему духовная поддержка так важна в детской паллиативной помощи

Ребенок, семья и команда, оказывающая помощь ребенку, — все эти люди имеют духовные потребности, и всех их необходимо включить в круг духовной поддержки.

Задача оказания духовной поддержки — создать безопасное, доверительное, «священное» пространство, где ребенок и его семья смогут выразить свои внутренние чувства или страдания и знать, что в этом нет ничего предосудительного, что их услышат и воспримут всерьез. Такое же пространство должно быть создано для всех остальных (родители, братья и сестры, персонал). Ребенку и семье сложно оказывать духовную поддержку, если ребенок испытывает физическую боль и другие виды физического дискомфорта.

Оценивая боль, мы должны думать о разных видах боли. При физической боли мы даем ребенку лекарственные препараты. А во многих случаях он может иметь не менее тяжелую духовную или душевную боль. Душевная боль — это *«опыт личности, которая расколотась или отдалась от глубинных и базовых аспектов своего «Я»*.

Душевная боль внешне может не проявляться. Нам нужно постараться понять метафоры, которые используются человеком

для описания своих душевных страданий, болезни, боли или бессознательного мира. Мы должны научиться распознавать код, которым он пользуется, чтобы рассказать свою историю. Нужно очень хорошо сосредоточиться на оценке боли ребенка, чтобы помочь ему справиться с ней. Иногда, когда попытки облегчить состояние ребенка с болью ни к чему не приводят, попробуйте переключить фокус и посмотреть за рамки научного взгляда, подумать о душевных страданиях.

Врачей и медсестер обучают навыкам коммуникации, в том числе невербальной, для общения с семьями. Эти навыки легко перенести в область духовной помощи. Искусство хорошей духовной поддержки — это искусство слушания; способность оставаться спокойным и слушать то, что не высказано; навык быть «присутствующим». Духовное общение требует специального окружения — необходимо выделить время и место для общения, выключить телефон, не смотреть на часы.

Как дети развивают духовность

У детей духовность, скорее всего, вырастает из понимания жизни, которую они проживают день за днем.

Общие духовные беспокойства детей включают любовь, прощение, безопасность, надежду и собственное наследие (после того, как они умрут, будут ли иметь значение их жизнь и достижения, будут ли их помнить).

Дети также склонны беспокоиться об одиночестве и расставании (с родителями, братьями и сестрами, домашними животными, друзьями), а также об утрате себя в целом (например, что они больше не смогут ходить в школу или делать вещи, которые им нравятся).

Иногда дети могут рассказывать о «магических» и нечеловеческих созданиях, таких как ангелы, феи и монстры. Слушая эти истории, которые поначалу кажутся детским фольклором, мы можем узнать о текущем «духовном» мышлении ребенка, что поможет нам лучше понять его страхи и беспокойства.

Полезные советы, фразы и занятия, которые могут помочь в духовных диалогах с детьми

Самый полезный навык, который нужно в себе развивать, — это слушать, и слушать внимательно.

- **Вслушивайтесь в слова.** Например, Бог, небеса, дух, надежда, желание, гнев, печальный, привидение, одинокий, сильный, слабый, виновный, смелый или напуганный. Исследуйте их, спрашивая ребенка, каково значение этих слов для него.
- **Вслушивайтесь в сны.** Истории или страхи из снов могут дать возможность взглянуть на тревоги, которые сложно увидеть в «реальной» жизни. Спросите у ребенка, что этот сон значит для него, и не пытайтесь объяснить его сами.
- **Вслушивайтесь в «поисковые» фразы.** Фразы, которые показывают, что ребенок размышляет или проводит глубокий анализ, дадут вам возможность вызвать его на откровенный разговор об этом. Ребенок может спросить: «Почему я?», или «Хотелось бы мне...», или «Вот интересно, а если...» Вы можете помочь ребенку поглубже коснуться волнующих тем в разговоре, задав вопрос: «Чего еще тебе хотелось бы?» или вопрос: «Как ты думаешь, что может случиться?».
- **Вслушивайтесь в процесс.** Дети, которые начинают чувствовать, что они умирают, часто говорят о возвращении домой или о его покидании. Разговор об этих чувствах и анализ этого процесса с ребенком могут быть трудными, но это нужно делать. Не давайте ребенку ложных заверений, что он не умирает.

Если вы захотите что-то посоветовать ребенку, есть вопросы, которые помогут вам начать разговор:

- Что позволяет тебе чувствовать себя в безопасности?
- Кому (или чему) ты доверяешь?
- Откуда ты знаешь, что правильно, а что неправильно?
- Кто (или что) помогает тебе, когда ты в этом нуждаешься?
- Что ты думаешь о том, что происходит с тобой?
- Кто ты?

- Что для тебя важно в жизни?
- Во что ты веришь?
- Ты веришь в Бога или духовное существо?
- Как ты думаешь, что происходит с людьми, когда они умирают?

Полезные источники информации

- Goldman, A. Hain, R. and Liben, S. (2006) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children — Chapters 6, 7 and 16*. Oxford: Oxford University Press
- Pridmore, P. & Pridmore, J. (2004) 'Promoting the spiritual development of sick children', *International Journal of Children's Spirituality*, Vol. 9, No. 1.
- Editorial, 'Suffering and healing — our core business', *Palliative Medicine* 2009; 23: 385–387. <http://pmj.sagepub.com/content/24/1/99.extract>
- Ethnicity online: This site contains links to information about several ethnic / religious groups, including summaries of their beliefs and customs, along with healthcare-related advice: <http://www.ethnicityonline.net/ethnic groups.htm>
- Interfaith Calendar: <http://www.bbc.co.uk/religion/tools/calendar/>
- *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. 2006. Ann Goldman, Richard Hain and Stephen Liben. Oxford. OUP
- 'Communicating with children' in 'Children's Palliative Care in Africa, 2009, Justin Amery (ED), Oxford, OUP. (downloadable for free at <http://www.icpcn.org.uk/core/core picker/download.asp?id=204>)
- Pridmore, P. & J. Pridmore (2004) 'Promoting the spiritual development of sick children', *International Journal of Children's Spirituality*, Vol. 9, No. 1,
- Editorial, 'Suffering and healing — our core business', *Palliative Medicine* 2009; 23: 385–387

- CASSELL, E, J. (1982) 'The Nature of Suffering & the Goals of Medicine' *The New England Journal of Medicine*, Vol 306, No 11, pages 639–645.
- KEARNEY, M. (1996). 'Mortally Wounded', Marino Books, Dublin.
- COLES, R. (1992) 'The Spiritual Life of Children', Harper Collins, London.
- SOMMER, D. R. (1989) 'The Spiritual Needs of Dying Children', *Issues in Comprehensive Paediatric Nursing*, Vol 12, pages 225–233
- STOTER, D. (1995) 'Spiritual Aspects of Health Care' Mosby, London.
- Cobb. M (2001) *The Dying Soul: Spiritual Care at the End of Life Facing Death*, Open University Press
- GOODLIFF. P (1998) *Care in a confused climate: pastoral care and postmodern culture*, Darton, Longman and Todd
- Himmelstein B, Hilden J, Boldt A, Weissman D: 'Pediatric Palliative Care' *New England Journal of Medicine*, Volume 350:1752–1762 April 22, 2004
- Chaplaincy network Birmingham Children's Hospital.

ЧАСТЬ ДВЕНАДЦАТАЯ

Как оказывать помощь в конце жизни ребенку и его семье

Что вам, возможно, уже известно

- Большинство детей и взрослых предпочитают умирать дома.
- В паллиативной помощи мудро надеяться на лучшее, но готовиться к худшему.
- Подготовка — это одна десятая часть вопроса.
- Дети, семьи и специалисты меньше тревожатся и более эффективны в своих действиях, когда они подготовлены.
- В паллиативной педиатрии трудно говорить о худших сценариях.

Чего вы можете не знать

- В большинстве случаев детям в конце жизни можно обеспечить помощь на дому.
- Существует много ресурсов и людей, которые могли бы помочь вашим пациентам.
- Если планировать и обсуждать сценарии заранее, вы сможете разработать план лечения симптомов в конце жизни, чтобы всех подготовить должным образом.
- Хорошая помощь в конце жизни требует слаженной командной работы и планирования.
- Для большинства из нас не очень приятна мысль, что нужно сесть с ребенком и его семьей и начать разговор о тех событиях, которые будут в конце жизни и приведут к смерти, а также о том, что будет после нее, чтобы проговорить наиболее неблагоприятные сценарии и алгоритм действий.

- Но вот в чем дело: *почти невозможно организовать оказание паллиативной помощи на высоком уровне без подробного плана действий в конце жизни, с которым все согласились и которому готовы следовать.*
- Поверьте, если этого не сделать, неизбежно наступит момент, когда вы или семья по-настоящему пожалеете об этом, но будет уже слишком поздно.

Ключевые цели помощи в конце жизни

В Великобритании ведущая благотворительная организация, занимающаяся ППД — «Together for short lives», сформулировала ключевые цели помощи в конце жизни. Они, вероятнее всего, правомерны во всем мире:

- Специалисты должны быть открыты и честны с семьей, когда диагностируют приближение окончания жизни ребенка.
- Планирование общих действий с семьей и соответствующими специалистами необходимо начинать как можно раньше.
- Планирование помощи должно опираться на местное законодательство, касающееся приема лекарственных средств, реанимации и констатации смерти.
- Письменный план помощи должен быть согласован с семьей, с пациентом и внутри команды. Он должен включать решение о проведении/непроведении реанимационных мероприятий, о чем необходимо поставить в известность службы экстренной помощи.
- Планы помощи необходимо пересматривать и менять, если ситуация меняется.
- Необходимо обеспечить 24-часовой контроль над болью и другими симптомами, включая доступ к медицинским препаратам.
- Те, кто проводит симптоматическую терапию, должны обладать должной квалификацией и опытом, если это возможно.
- Ребенку и семье должна быть обеспечена эмоциональная и духовная поддержка.

- Необходимо поддерживать выбор ребенка и его семьи в вопросах предпочтительного для них качества жизни до самого конца.

Организация «Together for short lives» выделяет три этапа помощи в конце жизни:

- Диагностирование приближения конца жизни.
- Оценка потребностей и желаний в отношении завершения жизни.
- План действий в конце жизни.

Как распознать стадию «конец жизни»

Это может не казаться очевидным, но первый и самый важный шаг хорошей организации помощи в конце жизни — признать, что ребенок достиг окончания жизни, и сказать об этом ребенку, семье, лицам, оказывающим помощь, коллегам и себе.

К сожалению, диагностика «конца жизни» у ребенка с неизлечимым заболеванием может быть осложнена рядом причин:

- Дети могут вести себя жизнерадостно и выкарабкиваться из состояния, которое мы расценили как «конец жизни». С другой стороны, дети также могут очень быстро и неожиданно угаснуть. Вот почему в идеале нужно принять некоторые трудные решения о действиях в «конце жизни» заранее, но и иметь запасной план, согласно которому мы готовимся к худшему, надеясь на лучшее. Это особенно важно, поскольку существует высокая степень непредсказуемости в ходе течения болезни у многих из паллиативных детей.
- Существует масса барьеров, связанных с личными установками, которые затрудняют прогнозирование, т.к. многим из нас тяжело говорить о смерти ребенка, а некоторые врачи и медсестры воспринимают смерть ребенка как личную неудачу¹⁰⁶.
- Порой окончанию жизни предшествует период агрессивных усилий по спасению жизни ребенка, поэтому родителям трудно принять факт, что ребенок подошел к завершающей стадии. Трудности с точным прогнозированием смерти при-

водят к тому, что семьям часто приходится сталкиваться со множеством острых, угрожающих жизни эпизодов, каждый из которых воспринимается как последний. И совсем неудивительно, что это истощает семьи эмоционально и физически.

- Кроме того, родители и специалисты иногда не хотят применять ряд препаратов, которые обычно необходимы в конце жизни, из страха «спровоцировать» смерть.

С другой стороны, на практике обычно не так трудно приблизительно оценить, наступит ли смерть ребенка в течение нескольких дней, нескольких недель или нескольких месяцев. Нам известен естественный ход болезни, мы можем видеть, что ребенок угасает и становится слабее, и у нас есть доступ к анализам, которые показывают нам, что терминальное событие приближается.

В конечно счете не существует легких и надежных индикаторов того, что «последняя стадия жизни» началась. Возможно, самый полезный для меня индикатор начинать осознанно думать об этом — момент, когда в моей голове появляется мысль, что «этот ребенок приближается к концу жизни». Тогда я начинаю планировать. Доверяйте своей интуиции, не игнорируйте ее!

Как проводить оценку и планирование на практике

Как и во всякое другое время, хорошая оценка — ключ к хорошей помощи в конце жизни.

Ключевые задачи:

- **Оценить потребности ребенка и семьи.** Тщательно оцените физические, психологические, семейные, социальные, духовные и практические вопросы, которые могут мешать хорошей смерти.
- **Определить людей, принимающих решения.** Если вы не вовлечете всех лиц, принимающих решения, то кто-то из них может расстроить даже хорошо продуманные планы в критический момент, как раз тогда, когда вас не будет рядом.

- **Определить повестку встречи.** Убедитесь, что все темы определены заранее, даже если не все они будут обсуждаться в этот раз. Важно, чтобы все лица, принимающие решения, понимали, что нужно обсудить, и выделили для этого время. Встреча необязательно должна быть формальной, она должна произойти лучше раньше, чем позже.
- **Встретиться и обсудить всю необходимую информацию.** Чтобы планировать эффективно, все лица, принимающие решения, должны владеть всей информацией, имеющей отношение к делу.
- **Договориться, какие решения должны быть приняты ребенком, какие — членами семьи, а какие — специалистами.**
- **Принять решения.** Если вы считаете, например, что один из ваших коллег не согласится отменить лечение или выписать ребенка, у вас будет мало времени, чтобы разобраться с этой ситуацией. Как бы заняты вы ни были, необходимо встретиться и обсудить планы вместе с ним. Будьте готовы к тому, что придется проявить решительность и настойчивость для обеспечения «хорошей смерти».
- **Обсудить качество жизни.** Объясните, что качество жизни ребенка может быть неблагоприятным образом снижено с приближением смерти. Придите к согласию по поводу мер, которые будете принимать, чтобы этого не допустить.
- **Разработать план помощи в конце жизни.** Позаботьтесь о том, чтобы копия плана была у семьи и у всех вовлеченных в оказание помощи служб. Подумайте, нужно ли отменить поддерживающее жизнь лечение или другие виды терапии, например, препараты, искусственное кормление или лечение, в котором больше нет необходимости. Хочет ли ребенок и его семья продолжать их? Отвечает ли это «лучшим интересам ребенка»? Если да, необходимо объяснить почему и разработать согласованный со всеми план¹⁰⁷.
- **Реализовать план.** Подготовьте все, что нужно для реализации плана. Убедитесь, что у всех есть доступ к соответствующим препаратам и оборудованию. Проверьте, чтобы все было

на месте и готово к использованию, что помещение готово и что все знают, кому и что нужно делать.

- **Общаться.** Вероятнее всего, разработанный вами план охватывает взаимодействие многих людей: ребенка, его семью и близких родственников, друзей и тех, кто ухаживает за ребенком, специалистов и др. Все ли знают, что они должны делать и когда? Именно в этой части обычно начинаются сложности, поэтому не пускайте ничего на самотек.
- **Планировать худшее, особенно в отношении оставшегося времени.** Дайте себе минутку подумать о том, что может пойти не так. Остались ли какие-то пробелы? Есть ли все необходимые лекарства и оборудование? Кто кому звонит, если что-то пойдет не так?

Как часто нужно осматривать ребенка в конце жизни

В конце жизни события, как правило, разворачиваются мгновенно и все меняется очень быстро. Поэтому, например, если раньше вы осматривали ребенка еженедельно, теперь вам потребуется делать это ежедневно или даже ежечасно. Роберт Твайкросс (Robert Twycross)¹⁰⁸ писал о «правиле трех», которое основано на том, насколько быстро, по вашему мнению, ухудшается состояние пациента:

- Если состояние пациента ухудшается с каждым днем, осматривайте его каждые три дня.
- Если состояние пациента ухудшается с каждым часом, осматривайте его каждые три часа.
- Если состояние пациента ухудшается с каждой минутой, осматривайте его каждые три минуты.

Как составить план помощи в конце жизни

В конечном счете, цель плана помощи в конце жизни проста: продумать все пожелания ребенка и семьи по поводу помощи на фи-

нальном этапе жизни; продумать все возможные проблемы, которые могут возникнуть; подготовиться к тому и к другому.

Есть две главные составляющие плана помощи в конце жизни:

- Заявление о пожеланиях ребенка и его семьи относительно помощи, которую они хотели бы получать и на которую надеются (иногда его называют «Перспективный план помощи»).
- План лечения медицинских состояний, которые могут возникнуть в процессе умирания ребенка (иногда его называют «План лечения симптомов»). Мы поговорим о нем в конце части.

«Заявление о пожеланиях»

«Заявление о пожеланиях» включает ключевые идеи и решения относительно ребенка и его семьи. Оно должно:

- Говорить о желаниях ребенка и его семьи в отношении сопровождения ребенка как части более широкого плана помощи в конце жизни.
- Очерчивать согласованный план помощи, которому нужно следовать в том случае, если произойдет критический эпизод или когда состояние ребенка ухудшится.
- Предоставлять структуру обсуждения и документирования согласованных пожеланий ребенка и его родителей, касающихся специфических решений по поводу оказания помощи.
- Включать решения относительно отмены поддерживающего жизнь лечения, куда может входить распоряжение не предпринимать попыток сердечно-легочной реанимации.
- Направлять специалистов в том случае, если невозможно связаться с родителями или с ближайшими родственниками.

Ниже приводится перечень необходимого, о чем нужно подумать, работая с семьей над «Заявлением о пожеланиях» (заимствование из руководства «Пути помощи» организации «Together for short lives»).

Семья

- Практическая поддержка
- Вовлечение братьев и сестер
- Бабушки и дедушки
- Эмоциональная поддержка
- Духовные/религиозные вопросы
- Культурные вопросы
- Планирование похорон
- Донорство органов

Ребенок или молодой человек

- Контроль боли и других симптомов
- Качество жизни
- Друзья
- Эмоциональная поддержка
- Духовные/религиозные вопросы
- Культурные вопросы
- Планирование похорон
- Донорство органов
- Реанимация/отмена лечения (предварительный план помощи/отказ от реанимации)
- Особые пожелания или виды деятельности
- Цели жизни
- Детское завещание
- Коробка памяти

Среда

- Место смерти
- Обстановка
- Место помещения тела после смерти

Можно также использовать адаптированный вариант так называемого плана помощи «PEPSI COLA»¹⁰⁹ или посмотреть примеры из практики в Великобритании¹¹⁰.

Когда и как нужно составлять распоряжение «не реанимировать»

Королевский колледж педиатрии и детского здоровья оговорил шесть ситуаций, в которых отказ от реанимации может быть допустимым¹¹¹.

- **Ситуация «шансов нет».** Заболевание ребенка является настолько тяжелым, что поддерживающее жизнь лечение просто отодвигает наступление смерти без существенного облегчения страданий. Лечение, направленное на поддержание жизни, неуместно.
- **Бессмысленная ситуация.** Несмотря на то что пациент может выжить благодаря лечению, степень физических и ментальных повреждений будет велика, поэтому представляется необоснованным заставлять его переживать это.
- **Невыносимая ситуация.** Ребенок и/или семья чувствуют, что перед лицом прогрессирующей и необратимой болезни дальнейшее лечение — это больше, чем они могут вынести. Они хотят, чтобы конкретное лечение было отменено, или отказываются от дальнейшего лечения, несмотря на то, что, по мнению врачей, оно может принести какой-то результат.
- **Постоянное вегетативное состояние.**
- **Поражение ствола мозга.**
- **Законодательство страны не допускает отказа от реанимации.**

Если вы считаете, что ваш пациент может попасть в одну из этих категорий, целесообразно подготовить распоряжение о том, чтобы «не предпринимались попытки сердечно-легочной реанимации». Нужно сесть и обсудить этот вопрос вместе с семьей, с имеющими к этому отношение специалистами и с людьми, оказывающими помощь ребенку.

Ключевые моменты для обсуждения следующие:

- Решение об отказе от реанимации должно отражать согласованное желание ребенка (если это возможно), людей, несущих родительскую ответственность за него, а также специалистов,

оказывающих помощь. Такие пожелания могут быть и результатом религиозных убеждений, что потребует повторных обсуждений по мере того, как состояние ребенка будет меняться.

- Родителей и детей не просят подписывать отказ от реанимации, поскольку это может подвергнуть семью ненужному стрессу в связи с тем, что они должны нести ответственность за решение об отказе от реанимации. Окончательное решение лежит на ведущем специалисте.
- В ситуациях, когда отказ от реанимации не разрешен законодательно и ребенок находится в больнице, проконсультируйтесь с командой отделения педиатрической реанимации или отделения реанимации (если есть такая возможность), чтобы обсудить с ними, является ли постоянная реанимация целесообразной. Решение нужно обсудить с ребенком и его родителями и отразить в медицинских записях, при этом необязательно использовать термин «отказ».
- Причины того, почему принято решение об отказе от реанимации, необходимо задокументировать.
- Решение должно быть ясно сформулировано, подписано и датировано в «Заявлении о пожеланиях» (или в отдельной форме в соответствии с местной практикой).
- Это обычно не включает обратимые случаи, например в связи с удушьем.
- Чтобы заполненная форма имела силу, событие должно произойти в определенный отрезок времени.
- Все важные и имеющие отношение к пациенту учреждения и люди должны быть проинформированы о принятом решении (отделения; доктора и медсестры, работающие с семьей; больницы и отделения скорой помощи и др.), поскольку реанимация проводится всем детям, за исключением случаев, когда имеется действующее распоряжение об отказе от реанимации.

В Великобритании имеет смысл рассмотреть возможность уведомить местное отделение организации, отслеживающей детскую смертность (Child Death Overview Panel (CDOP)), о существующем

«Заявлении о пожеланиях» и о распоряжении об отказе от реанимации. В случае если смерть будет внезапной/неожиданной, местная команда быстрого реагирования будет в курсе.

Как подготовить «Алгоритм лечения симптомов» в конце жизни

У каждого ребенка, который приближается к моменту завершения жизни, должен быть «Алгоритм лечения симптомов».

Чтобы разработать такой алгоритм, необходимо продумать, какие симптомы могут развиваться у ребенка. Обычно это не так сложно. Для большинства детей существует риск развития боли, беспокойства и терминального возбуждения. Если потребуются опиоиды, есть вероятность, что ребенок будет страдать от тошноты и рвоты. Часто у детей развивается попадание секрета в дыхательные пути («предсмертный хрип»). Если есть нарушения свертываемости крови или опухоль, которая может прорасти в кровеносные сосуды, или имеется варикоз, необходимо разработать алгоритм ведения кровотечения. Если у ребенка заболевание ЦНС, необходимо рассмотреть возможность развития судорог.

Процесс разработки «Алгоритма лечения симптомов» выглядит следующим образом:

- Выделите достаточно времени. Это не та работа, которую можно сделать за 10 минут. Может потребоваться несколько встреч, чтобы обо всем договориться и ее завершить.
- Рассмотрите возможные причины, от которых ребенок может умереть, — от наиболее до наименее вероятных.
- Перечислите все симптомы, которые могут наблюдаться у ребенка.
- Для каждого симптома опишите, что ребенок, семья и помогающая команда могут сделать фармакологически.
- Сядьте вместе с командой и семьей и проговорите алгоритм действий, ответьте на вопросы, внесите необходимые уточнения в план и убедитесь, что каждый знает, что делать во всех случаях.

- Соберите коробку «на всякий случай», в которой должны содержаться все лекарства, которые могут пригодиться в соответствии с вашим планом, и убедитесь, что она находится дома у пациента и к ней обеспечен легкий доступ.
- Составьте алгоритм в письменном виде, передайте экземпляр семье, положите вторую копию в коробку «на всякий случай» и передайте его всем отделениям или специалистам, помощь которых может потребоваться.

Коробка «на всякий случай»

Больница Alder Hey провела исследование¹¹², по результатам которого можно считать необходимыми следующие препараты:

- Диаморфин
- Циклизин
- Галоперидол
- Левомепромазин
- Мидазолам
- Гиосцина гидробромид
- Дексаметазон

Необходимо также включить любое иное оборудование, перевязочный материал, катетеры и прочие необходимые для ребенка изделия медицинского назначения.

Образец «Алгоритма лечения симптомов»

В конце книги вы найдете образец «Алгоритма лечения симптомов», который может быть полезен. Пожалуйста, копируйте и используйте его.

Полезные источники информации

- Together for Short Lives(2004)*A Framework for the Development of Integrated Multi-agency Care Pathways for Children with Life-threatening and Life-limiting Conditions*. Bristol: Together for Short Lives

- Amery, J. (Ed.) (2009) *Children's Palliative Care in Africa Chapter 18*. Oxford: Oxford University Press. Available from <http://www.icpcn.org.uk/core/core_picker/download.asp?id=204>
- Goldman, A. Hain, R. and Liben, S. (2006) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children — Chapter 17*. Oxford: Oxford University Press
- Regnard, C. (Ed) and Dean, M. (Ed) (2010) *A guide to Symptom Relief in Palliative Care Revised edition (6th Edition)* Oxford: Radcliffe Publishers

Руководства

- South Central NHS (2010) Guide to Using the Child and Young Person's Advanced Care Plan [online] available from <Guide to Using Child and Young Persons ACP Policy>
- The Scottish Government (2011) *Resuscitation Planning Policy for Children and Young People (under 16 years)* [online] available from <<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Scotland/LivingandDyingWell/CYPADM>>

ЧАСТЬ ТРИНАДЦАТАЯ

Как справляться с практическими вопросами, возникающими после смерти ребенка

Что вам, возможно, уже известно

- Правила констатации смерти в вашей стране.
- У детей разный уровень способности внести свой вклад в принятие решений, касающихся помощи в конце жизни (например, отказ от реанимации).
- Хорошее взаимодействие между отделениями и агентствами очень важно при планировании помощи как в конце жизни, так и после смерти.

Что вам может быть полезным

- В каждой стране свои правила, процедуры и традиции, которые практикуются в случае смерти ребенка.
- Если вы не часто сталкиваетесь со смертью детей, вряд ли вы знакомы со всеми такими практиками.
- Чем больше вы выясните заранее, тем меньше неприятных сюрпризов вам придется пережить потом.
- Вот некоторые вопросы, которые вы, возможно, захотите задать себе заранее:
 - Кого мне нужно проинформировать?
 - Потребуется ли посмертное вскрытие тела?
 - Является ли донорство органов для трансплантации одной из возможностей?
 - Какие процедуры мне нужно пройти, чтобы зарегистрировать смерть?
 - Какие ритуалы нужно провести после смерти?

- Как быстро нужно переместить тело?
- Куда необходимо отправить тело? Как оно туда попадет?
- Кто должен оплатить это, и могут ли они себе это позволить?

Что происходит с телом после смерти?

Эту часть нелегко писать, потому что правила и ритуалы очень сильно отличаются в разных местах. Однако есть некоторые универсальные вещи.

Во-первых, семье нужно дать время побыть рядом с телом их ребенка после смерти, чтобы они могли оплакать его как можно более достойно. Чем менее «клиническим» и «формальным» это будет выглядеть, тем лучше. Поэтому постарайтесь организовать тихую комнату для тела, уберите медицинские принадлежности, переоденьте ребенка в домашнюю одежду, положите рядом его любимые игрушки и предметы, впустите как можно большее количество членов семьи и дайте им возможность как можно больше контролировать процесс подготовки и организации перемещения тела ребенка.

Во-вторых, все тела после смерти разлагаются, поэтому ваше умение замедлить процесс разложения будет иметь большое значение для дальнейшего процесса прощания с ребенком. Ситуация будет под контролем, если у вас есть доступ в морг (холодную комнату) или вы можете воспользоваться услугами сотрудников похоронного бюро, которые бальзамируют тело. Но все это может стоить денег. Если вы работаете в жаркой стране и у семьи нет таких возможностей, вы должны будете действовать быстро, а потому лучше быть готовым ко всему задолго до смерти.

Правила и регламенты

Во всех странах существует система регистрации детских смертей и расследования необъяснимых, неожиданных и подозрительных смертей. Иногда посмертное вскрытие тела желательно, чтобы прояснить причины смерти, особенно в случаях, где имеют место

генетические причины и семье нужна помощь в том, чтобы снизить потенциальные риски для других членов семьи. В мире, хоть нам и не нравится думать о насилии над детьми или о преступной халатности, они все же случаются. Не каждая детская смерть совершенно естественна или неизбежна. Поэтому вам важно знать заранее, кого нужно информировать и как все должно быть организовано.

Донорство органов

В паллиативной педиатрии во многих случаях донорство органов невозможно, потому что недоступно или органы тела мертвого ребенка не подходят для трансплантации. Если такая возможность существует, то кроме тех преимуществ, которые получает реципиент органов, эта процедура может быть мощным утешением для семьи, которая будет знать, что после их ребенка остается продолжающееся живое наследие. Есть два типа донорства органов: «на бьющемся сердце» и после установления биологической смерти.

Донорство «на бьющемся сердце» рассматривается только для детей, у которых подтверждена смерть мозга.

Донорство после установления биологической смерти обычно рассматривается только для детей, смерть которых ожидается в пределах определенного периода, например в связи с отменой лечения, и это может быть любой орган.

Для большинства органов ребенок должен быть доставлен в анатомический зал в течение десяти минут после смерти для забора органов. Роговицы и сердечные клапаны могут быть забраны в течение 48 часов после смерти. Донорство тканей может быть возможным даже тогда, когда невозможно донорство органа. Чтобы получить больше информации, свяжитесь со своим местным координатором по трансплантации.

Ритуалы

Ритуалы очень важны, они помогают нам справиться с перемена-ми, и вряд ли существует более болезненный и травматический пере-

ход, чем переход ребенка из жизни в смерть. Медицинские условия редко помогают обеспечить всю сложность этих ритуалов, но мы, по крайней мере, можем попытаться. Существует соблазн думать, что вы знаете, какие ритуалы предпочла бы семья, которой вы помогаете, особенно если у вас похожие культурные корни, но вы также можете быть и удивлены. Когда я преподавал в Уганде, я попросил группу (все они были опытными врачами и медсестрами) разделиться на группы в соответствии с разными культурными традициями Уганды. В группе у нас было несколько британцев, поэтому мы тоже образовали одну группу. Затем каждая группа делала презентацию о том, какой порядок диктуют именно их культурные традиции. Разнообразие было огромным, и никто в группе не знал о традициях других групп. Они включали:

- Время, которое тело должно пролежать дома (например, в это время плакальщики приходят в дом и выражают семье свое сочувствие и поддержку).
- Перемещение ребенка в морг.
- Похороны ребенка и место нахождения ребенка перед ними (в центре семейного дома, иногда внесение мертвого тела через дверь, а иногда через проем в стене).
- Варианты выбора церемонии (зависят от возраста и пола ребенка).
- Похороны ребенка в глиняном сосуде, частично погруженном в озеро на северо-западе страны.
- Похороны ребенка на кладбище.
- Кремация ребенка в крематории.
- Рассыпание пепла в значимом месте.
- Высадка деревьев и другие формы поминовения.

Каждый из этих ритуалов имеет мощный отклик в культуре, в которой он появился, хотя, вероятно, быстрое перемещение тела к распорядителю похорон и оттуда в крематорий (наиболее широко распространенная практика в моей родной культуре) вряд ли имеет хоть какой-то культурный отклик, скорее, свидетельствует об отрицании и избегании смертности, что как раз характеризует текущее отношение к смерти и умиранию в Великобритании.

Может быть довольно трудно хотя бы просто узнать и понять все эти различные традиции, а не то что помочь им произойти в условиях медицинского учреждения, но вы удивитесь тому, что можно сделать, если заранее подготовиться, все обдумать и добавить фантазии. Эти моменты имеют глубокое значение и запоминаются семьей навсегда, возможно, даже больше, чем все остальные моменты в жизни ребенка.

Так что это стоит усилий.

Полезные источники информации

Интересные статьи

- Davies, R. (2005) 'Mothers' stories of loss: their need to be with their dying child and their child's body after death (abstract).' *SAGE Journals Online* vol. 9 no. 4 288-300 [online] available from < <http://chc.sagepub.com/content/9/4/288.abstract>>
- National SIDS/Infant Death (2007) *Selected Resource for Grieving Parents, Their Families, Friends and Other Caregivers* [online] available from <http://www.sidscenter.org/documents/SIDRC/BereavementSelectedResources.pdf>
- UK Blood Transfusion and Tissue Transplantation Services (2011). Latest guidelines available from <<http://www.transfusionguidelines.org.uk/Index.aspx?Publication=CTD&Section=17&pageid=1539>>
- Ministry of Justice (2008) *Cremation Regulations Guidance for Doctors* [online] available from <<http://www.justice.gov.uk/guidance/docs/cremation-doctors-guidance.pdf>>

ЧАСТЬ ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ

Как помочь семье в горе и горевании после тяжелой утраты

Что вам, возможно, уже известно

- Горе — это эмоциональная и социальная реакция на потерю, в то время как горевание (беривемент) — это состояние переживания после тяжелой утраты кого-то или чего-то дорогого. Скорбь — это внешнее выражение утраты.
- Семьи, сообщества людей и разные культуры могут горевать и скорбеть по-разному. Ритуалы могут помочь обрести исцеление и облегчение.
- Важно, чтобы медики всегда с уважением относились к пожеланиям семьи, к ее культурным традициям и нормам.
- Врачи и медсестры могут играть огромную роль в том, чтобы помочь людям переживать горе, просто сохраняя стабильность и профессионализм, оставаясь опытным слушателем, выполняя роль человека, который помогает в практических вопросах, таких как получение льгот, больничных листов и психологической помощи.

Что вам может быть полезным

- Горе — это естественное следствие смерти близкого человека, но, когда умирает ребенок, его смерть причиняет гораздо больше страданий близким ему людям. Смерть ребенка может кардинально изменить их жизнь. Члены семьи, особенно родители, могут горевать очень долгое время, и им может потребоваться постоянная поддержка или консультирование, чтобы помочь вернуться к жизни и справиться с потерей.

- Смерть ребенка часто оказывает влияние на большое число членов семьи, включая родителей и тех, кто ухаживал за ребенком, бабушек и дедушек (которые могут горевать не только об умершем внуке или внучке, но также и о потере, которую пережил их ребенок), братьев и сестер, в том числе двоюродных, а также дальних родственников или приемную семью.
- Умиравшему ребенку тоже нужно принять собственную приближающуюся смерть.
- Будучи врачом или медсестрой, вы уже обладаете опытом общения с людьми, перенесшими тяжелую потерю. Важно не забывать о глубоких душевных переживаниях, которые может повлечь за собой смерть ребенка, а также о том, что у понесших утрату детей и взрослых горе проявляется по-разному.

Понесшие утрату горюющие родители

Такие родители нуждаются в особом внимании. Никто не может спрогнозировать, как они будут чувствовать себя после смерти собственного ребенка. Большинство родителей описывают это как ураган эмоций, варьирующих от оцепенения до яростного гнева, глубокой печали и некоего облегчения. Нерациональное на первый взгляд поведение и реакции тоже довольно часто встречаются, так же как и подавляющее физическое опустошение и маниакальная активность.

Родители могут пытаться говорить с вами, просто искать в вас того, кто слушает. Однако в большинстве случаев их нужно перенаправлять в специальные службы, которые смогут помочь им справиться с потерей (если таковые есть в наличии). Сразу после потери ребенка важно поддерживать контакт с семьей, т.к. родители могут чувствовать себя лишенными чего-то важного, — еще вчера они получали интенсивную паллиативную помощь и вдруг все закончилось. Будет хорошо, если внутри команды вы договоритесь о некоем плане поддержки семьи после смерти ребенка, чтобы помочь

им привыкнуть к жизни без него и попытаться вернуть ощущение «нормальности» в свою жизнь.

Некоторым семьям помогает, когда каждый день в течение первых нескольких месяцев они фокусируются на смерти своего ребенка в определенное время, вместо того чтобы давать горю поглощать себя каждую минуту. Очень помогает, когда другие люди помнят такие важные моменты, как день рождения, религиозные праздники или годовщина смерти ребенка. Имеет смысл рекомендовать некоторым семьям собрать «шкатулку памяти», положив в это особое место любимые вещи ребенка, например одеяльце, медвежонка, что-нибудь, что напоминает об их малыше. Книги или альбомы памяти, в том числе с фотографиями, тоже помогут родителям высвободить эмоции и иметь вещи, напоминающие об их ребенке.

Необходимо признать, что скорбь об ушедшем любимом ребенке может никогда не закончиться и не исчезнуть. Талбот (Talbot) — мать, потерявшая ребенка и консультант по переживанию горя, пишет: *«Исцеление после смерти ребенка не означает полное избавление от боли. Исцеление означает принять эту потерю и научиться жить с ней. Это означает быть способным любить других людей и снова отдавать себя жизни. Исцеление наступает тогда, когда родители решают, что они не позволят боли быть единственным проявлением того, что они по-прежнему любят своего ребенка»* (Talbot, 2002).

Горюющий ребенок

Умиравший ребенок горюет о надвигающейся утрате своей собственной жизни. Его братья и сестры, а также другие дети из числа родственников и друзей умирающего ребенка горюют тоже.

Иногда с детьми трудно говорить о смерти так, чтобы они до конца осознали это. Ниже приведены некоторые подсказки для таких особых ситуаций, когда ребенок потерял другого ребенка, которого очень любил (родные или двоюродные братья/сестры, друзья).

Как дети переживают горе

- Трудно разумно обобщить то, как дети реагируют на смерть любимых: темперамент, личности и обстоятельства могут сильно отличаться.
- Дети и молодые люди могут демонстрировать разную реакцию, т.к. отчасти она определяется уровнем их развития.
- Реакция также будет разной в зависимости от причины и природы смерти, семейных обстоятельств, предыдущего опыта смерти и травмы в семье, возраста, отношений с умершим человеком, положения в семье, длительности знакомства, собственной гибкости, поддержки и помощи, которую получают.
- Дети могут быть неустойчивы в своем горе, переходя от внезапной грусти к столь же неожиданному проявлению счастья. Это может очень сбивать с толку и вас, и их тоже. Позволяйте детям выражать свои внутренние эмоции и поддерживайте их в проживании этих чувств. Убеждайте детей в том, что подобные чувства нормальны, поэтому не нужно бояться их проявления.

Как помочь ребенку пережить горе и горевание после тяжелой утраты

Подходящий термин — «работа с гореванием после тяжелой утраты»¹¹³ — подразумевает, что люди должны выработать свой путь прохождения через разнообразные эмоции, чувства, мысли и поведенческие реакции в процессе собственного опыта горевания.

С позиции оказывающего помощь человеку вы должны делать все возможное, чтобы попытаться помочь горюющим детям в их «работе», цель которой — справляться с горем настолько успешно, насколько это возможно.

Конечно, проблема этой модели в том, что никто не может сказать, что значит «успешно» для каждого конкретного человека. Однако полезно мыслить такими терминами и разделить всю «работу» на три этапа:

1. **До утраты.** Ребенок начнет горевать сразу, как только поймет, что он или дорогой ему человек умирает.

2. **В период умирания.** Все происходящее в период умирания ребенка имеет огромное влияние на тех, кто останется жить. Мучительная и травматичная смерть часто оставляет у живых чувство вины, гнев и боль. В то же время «хорошая смерть» может помочь вспоминать хорошие мгновения жизни умершего ребенка.

3. **После смерти.** Теперь горе ребенка может быть сосредоточено на том, что уже потеряно (а не на том, что будет потеряно).

До утраты

- Поощряйте ребенка к тому, чтобы он говорил и общался, особенно с семьей и друзьями.
- Избегайте абстрактных объяснений, таких как «твой братик заснул».
- Позволяйте ребенку выразить эмоции.
- Не давайте ребенку ложных заверений (например, говоря, что «через некоторое время тебе точно станет легче»).
- Поощряйте «нормальность» в других сферах жизни, например посещение школы.
- Позволяйте отрицанию присутствовать, но сделайте так, чтобы ребенку было легко задавать вопросы.
- Старайтесь сделать предстоящую утрату реальной для ребенка, включайте его в такие дела, как планирование похоронной церемонии и последних похоронных ритуалов.
- Дети очень креативны, поэтому они могут захотеть поучаствовать в создании книги или альбома памяти, чтобы хранить там особые воспоминания о времени, проведенном вместе, и чтобы возвращаться к ним в более старшем возрасте.
- Будьте готовы к преждевременному гореванию, которое часто выражается как тревога по поводу расставания, печаль, гнев или отдаление.
- Постарайтесь предотвратить изоляцию ребенка, если семья «держит рот на замке». Объясняйте ребенку, поощряйте его к более открытым коммуникациям и к тому, чтобы поделиться с другими людьми.

- Помните, что маленькие дети имеют богатое воображение и могут привязать огромные последствия (включая смерть) к крошечным причинам (например, к тому, что они расстроили мамочку в тот день). Используйте игры или рассказывание историй с куклами или медведжатами, чтобы помочь детям выразить чувства и дать вам возможность скорректировать ложную вину, которую они на себя взяли.

После смерти

В разных культурах может считаться нормой (а может и не считаться), если дети видят тело умершего или посещают похороны. Решение о том, увидеть ли тело умершего, всегда должно оставаться на усмотрение ребенка.

Попрощаться с телом может помочь горющему ребенку:

- Начать говорить «до свидания».
- Начать принимать реальность и необратимость смерти.
- Начать осознавать, что произошло.
- Понять, что ребенок не вернется.
- Меньше бояться.

Прежде чем ребенок увидит тело, дайте ясную и детальную информацию по поводу того, что случилось. Например: *«Джозеф лежит на кровати. Он выглядит не совсем так, как когда он был жив. Он совершенно неподвижен. Он не сможет говорить и не будет двигаться. Если ты прикоснешься к нему, ты не почувствуешь тепла, ты можешь почувствовать холод. Он одет в свою светлую футболку и в свои темно-серые брюки. В комнате довольно много цветов и еще несколько открыток».*

Позвольте ребенку самому решить, что он будет делать, когда войдет в комнату: например, замрет у двери, прикоснется и погладит тело, оставит рисунок рядом. Дайте ребенку право выбора решить, хочет ли он, чтобы кто-то был с ним, или хочет недолго побыть один.

Посещение похорон

- Постарайтесь сделать так, чтобы дети были с кем-то, кто их поддержит.

- Убедите их, что хоронят или кремируют тело только того человека, который умер.
- Объясните, что умерший человек уже ничего не чувствует и ничего не боится.
- Объясните, что умерший человек больше не страдает и не чувствует боли.
- Объясните, что после похорон будет что-то вроде «вечеринки», по этому поводу не нужно удивляться или расстраиваться.
- Подготовьте их к тому, что взрослые могут говорить странные вещи, например мальчику могут сказать, что теперь он «старший в семье». Ребенку будет важно услышать, что на самом деле это не так.
- Создайте условия, чтобы ребенок чувствовал себя вовлеченным (например, он может нарисовать для умершего человека рисунок и оставить его рядом с телом или сказать что-то на похоронах).

Альтернативное прощание

Если ребенок не может или не хочет идти на похороны, попытайтесь предложить ему альтернативную церемонию прощания, чтобы помочь справиться с горем.

Например, можно провести памятную церемонию дома или у могилы; отправиться в места, связанные с особыми воспоминаниями; создать свое место для прощания; выпустить в воздух шарики с пожеланиями; зажечь свечу и поделиться особенными воспоминаниями друг с другом; начать создавать книгу или шкатулку памяти.

Полезные источники информации

- Bluebond-Langner, M. (1980) *The Private Worlds Of Dying Children*, Princeton: Princeton University Press.
- Goldman, A. Hain, R. and Liben, S. (2006) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children — Chapter 15*. Oxford: Oxford University Press Telephone and Internet support

- The Child Death Helpline: The Child Death Helpline is a helpline for anyone affected by the death of a child of any age, from pre- birth to adult, under any circumstances, however recently or long ago: <http://www.childdeathhelpline.org/Helpline>: 0800 282 986 Email: contact@childdeathhelpline.org
- Winston's Wish is a childhood bereavement charity that provides services to bereaved children, young people and their families: <http://www.winstonswish.org.uk/>
- The Compassionate Friends UK is an organisation of bereaved parents and their families offering understanding, support and encouragement to others after the death of a child or children. They also offer support, advice and information to other relatives, friends and professionals who are helping the family: www.tcf.org.uk Helpline: 0845 123 2304 Email: info@tcf.org.uk
- TCF Sibling Support is a project run by The Compassionate Friends which provides nationwide self-help support for people who have suffered the loss of a brother or sister. www.tcfsiblingsupport.org.uk
- The Child Bereavement Charity <http://www.childbereavement.org.uk>
- Grief Encounter aims to help and support each person with an individual <http://www.griefencounter.org.uk>
- Season for Growth is a loss and grief peer-group education programme for young people aged 6-18 years in England & Wales: <http://seasonsforgrowth.co.uk/> and for Scotland: <http://www.notredamecentre.org.uk/seasons-for-growth.aspx.htm>

ЧАСТЬ ПЯТНАДЦАТАЯ

Как самому выжить и преуспевать в паллиативной педиатрии

Что вам, возможно, уже известно

- Быть медицинским специалистом очень тяжело, но оно того стоит.
- Получаете вы удовлетворение или страдаете от проблем — это зависит от множества факторов, на которые (конечно же не на все) вы можете влиять.
- Можно делать позитивный или негативный выбор, действовать конструктивно или деструктивно.

Что вам может быть полезным

- Быть профессионалом означает понимать себя, признавать свои сильные и слабые стороны, иметь способность задавать себе темп, совершенствуя мастерство использования профессиональных навыков и сохраняя их в хорошей рабочей форме.
- Профессиональное выгорание реже встречается в паллиативной помощи, чем в сходных профессиях^{114, 115, 116, 117}.
- Детская паллиативная помощь открывает возможности для познания нового и для работы в хорошей команде; здесь можно почувствовать, что ты делаешь что-то значимое, что-то имеющее смысл. Это главные ингредиенты счастья, а потому теоретически нет никаких причин не быть счастливым в нашей работе, несмотря на то, что в ней так много печали.
- Тем не менее общая распространенность психологических проблем среди врачей паллиативной медицины составляет 25%. И хотя процент не выше, чем среди других врачей, медсестер и студентов, это не может не огорчать.

Какие факторы могут привести к стрессу или выгоранию

Чрезмерное напряжение и выгорание негативно влияют не только на отдельного человека, но и на команду и пациентов в целом, т.к. являются причиной раздражительности, паранойи, желания спорить, медлительности в работе, ошибок, обид, плохой коммуникации, утраты эмпатии и терпения, а в конечном итоге — болезни.

Существует множество факторов, которые, по мнению разных источников, могут вести к стрессу и выгоранию.

Личностные факторы

- Ощущение утраты контроля/потеря связи с собой.
- Ощущение отсутствия поддержки.
- Личное одиночество.
- Помощь другим дома.

Психологические факторы

- Проблемы с психикой.
- Злоупотребление вредными веществами.
- Не пережитые личные травмы.

Организационные факторы

- Перегруженность работой.
- Недостаточная ясность своей роли/отсутствие границ между рабочей и личной жизнью.
- Нехватка ресурсов.
- Страх потери работы, дисциплинарных взысканий, издевательств и других насильственных действий на работе.
- Слишком большое количество изменений.
- Нереалистичные цели.

Командные факторы

- Команда, предоставляющая паллиативную помощь, обычно справляется с болью и горем своими силами. Когда уровень

боли превышает устойчивость команды, она начинает распадаться¹¹⁸ (это довольно часто случается в паллиативной помощи детям¹¹⁹).

- Начало распада команды может проявляться в следующем:
 - Поиск «козла отпущения». Члены команды демонизируют одного человека и проецируют все негативные эмоции на него.
 - Формирование подгрупп. Команда распадается на подгруппы, у каждой из которых свои планы и свои ценности.
 - Психологическое «расслоение» команды. Немного похоже на поиск «козла отпущения», но здесь негативные эмоции проецируются на другие подгруппы, а не на отдельного человека (например, одна группа демонизирует другую).
 - Избегание перемен. Члены команды жестко фиксируются на том, что им знакомо, даже тогда, когда улучшения необходимы.
 - Командное выгорание. Проявляется в нарушении моральных норм, низком качестве помощи, хронической внутренней борьбе и разделении команды.

Факторы, связанные с пациентами

- Чаще всего, вопреки устоявшимся взглядам, смерть и умирание не являются главным источником стресса на работе среди специалистов детской паллиативной помощи¹²⁰.
- Однако существуют определенные факторы, связанные с пациентами, которые могут воздействовать на ваши слабые места:
 - Пациент молод.
 - Пациент напоминает вам кого-то близкого или что-то/кого-то из прошлого.
 - Мучительная смерть.
 - У вас с пациентом сложились близкие отношения.
 - Несколько смертей последовало одновременно за короткий промежуток времени.

Что помогает быть более стрессоустойчивым

Вы можете начать волноваться, когда обнаружите у себя факторы риска для выгорания. Помните, что в этом случае важно сохранять оптимизм. Если вы все еще приходите на работу не только за зарплатой, значит, у вас еще есть огромный запас прочности. Кроме того, вашу защиту от стресса можно постоянно развивать следующими способами:

Психологическое укрепление себя

Растущая заболеваемость посттравматическими состояниями (после психосоциальных травм) у работников здравоохранения может быть отражением их сильной стороны и означать, что мы учимся проявлять эмпатию, понимание и способность общаться с больными или умирающими людьми.

Для того чтобы мы оставались сильными и устойчивыми к стрессам, необходимо постоянно проделывать психологическую работу над собой, чтобы признать боль и принять факт, что всех нельзя «спасти». Это значит высоко ценить себя, устанавливать крепкие границы для собственной защиты. При этом границы должны быть достаточно гибкими и учитывать изменяющееся состояние пациента и рабочие обстоятельства. Психологическая работа включает следующее:

Работа над собой

- Здоровье и энергия. Хорошо ешьте, спите и упражняйте свое тело.
- Оптимизм. Мы не можем изменить мир вокруг, но мы можем попытаться видеть в происходящем лучшее, а не худшее.
- Здравый смысл. Видеть большую проблему как совокупность маленьких, чтобы суметь с ними справиться по очереди.

Работа над социальными навыками

- Защищать себя. В мире гораздо больше страданий и пациентов, чем те, кому в силах помочь один человек. Вы должны уметь сказать себе «стоп», когда сделали достаточно для одного дня.

- Практиковать и набираться опыта. Риск выгорания наиболее высок у медиков, работающих первые два-три года на новой работе, после этого риск снижается.
- Радоваться. Что вам нравится делать? Вы делаете это? Если нет, то почему?
- Не перерабатывать. Если вы работаете слишком много, прекратите так работать. Если вам необходимо так работать по финансовым причинам, сбавьте обороты. Если вы постоянно работаете на пределе возможностей, качество вашей работы может начать страдать.
- Сохранять социальные связи. Вы можете начать изолировать себя. У вас может не быть широкого круга друзей. Как бы вы ни были заняты, старайтесь поддерживать отношения с другими людьми. Они помогут вам почувствовать себя нужным и увидеть перспективу, а также подсказать, с кем и как можно поговорить.

Организационная и командная работа

- Помните о том, как важна командная работа, чтобы обеспечить хорошую помощь.
- Ясность целей. Убедитесь, что вы правильно оцениваете свою деятельность. Необходимо анализировать, где вы находитесь, и планировать, куда хотите двигаться.
- Получать адекватную супервизию. Супервизия помогает системно обсудить трудные случаи и возникшие проблемы, провести поиск решений и спланировать дальнейшие пути движения вперед.
- Встречи для взаимоподдержки команды. Разные члены команды находятся на разных уровнях эмоционального состояния. Те, кто сейчас на подъеме, могут поддерживать тех, кому трудно. В результате команда будет развивать чувство командной ответственности и доверие друг к другу.
- Если это не происходит, поговорите со своим руководителем. Если руководитель вы, объясните себе, почему это важно.

Что делать, если мне кажется, что у меня синдром выгорания

Ощущать, что ты выгораешь или страдаешь от психологических проблем, таких как тревога, депрессия или зависимость от вредных веществ, может быть очень страшно. Когда страшно, все экзистенциальные уровни наших психологических защитных механизмов включаются и заставляют нас отрицать очевидное или умалять проблему. Однако единственный эффективный способ работать с этими проблемами — воспринимать свои симптомы как друзей, а не как врагов.

Наше выгорание, тревога, плохое настроение и зависимое поведение — это дружеские сообщения от нашего подсознательного нашему сознательному. Они говорят, что не все в порядке, что мы под угрозой и должны сделать что-то, чтобы защитить себя.

«Делать что-то», когда мы не в лучшей форме, непросто, однако возможно. Мы можем использовать те же навыки в работе с собой, что и в работе с нашими пациентами: оценить, измерить, проанализировать, составить план и начать действовать. Например, мы можем:

- Оценить себя, честно ответив себе на вопросы: где я? Какие факторы выгорания я наблюдаю?
- Провести личный аудит. Попробуйте провести у себя инвентаризацию выгорания, оценив в баллах тревогу, депрессию или злоупотребление вредными веществами. Проговорите их с другом, коллегой или собственным врачом. Поверьте полученным результатам. Запишите их, чтобы потом отслеживать прогресс.
- Проанализировать результаты аудита своего «я». Какие моменты вашей жизни в наибольшей степени провоцируют стресс? Думайте широко: личностные факторы, тип личности, командные факторы, организационные факторы или факторы среды.
- Позволить себе мечтать. Задайте себе вопрос: чего я хочу? Позвольте себе на время оторваться от реальности. Если бы у вас была волшебная палочка, как бы вы изменили свою жизнь и как бы она выглядела?

- Сформулировать цели и задачи. Снова вернитесь в реальность. Даже если все ваши мечты кажутся недостижимыми, наверняка будут шаги, которые вы сможете сделать, чтобы отправиться в верном направлении. Каковы они? Запишите, по крайней мере, три достижимые задачи на 1 год, на 1 месяц, на 1 неделю и на 1 день. Это можно сделать самому, но обычно легче и более эффективно проговорить это с кем-то еще, кто может поработать вашим коучем в этом процессе.
- Внедрить. Эта часть может быть наиболее сложной, если вы уже немного выгорели (помните, что сопротивление изменениям — одна из первых характеристик). Но никто не изменит вашу жизнь за вас. Вам нужно действовать, если вы хотите измениться. Поэтому выберите хотя бы одну задачу, которую поставили себе на сегодня, и выполните ее. Она может быть маленькой, но ведь самый длинный и тяжелый путь начинается с первого шага. Двигаясь, как бы нерешительно и медленно это ни происходило, вы посылаете себе сообщение: я нахожусь не там, где нужно; мне необходимо попасть туда, куда нужно; я заслуживаю этого, поэтому прилагаю усилия и двигаюсь. Это позитивное укрепление себя очень мощественно и даст вам много энергии для второго шага.
- Относиться бережно к себе и с улыбкой смотреть на собственное несовершенство. Каждое путешествие включает шаги не в ту сторону, шаги назад и неверные шаги. Когда вы движетесь не туда, тормозите или спотыкаетесь, не сдавайтесь. Мы большому учимся на своих ошибках, чем на своем успехе. Соберитесь, приведите себя в порядок, улыбнитесь своей собственной слабости и поздравьте себя с тем, что совершили усилие, точно так же, как вы поступили бы с ребенком, который учится кататься на велосипеде. В конце концов наступит момент, когда вы начнете держать равновесие.

И помните: когда вы страдаете от тревоги, депрессии или злоупотребления препаратами, очень трудно вытащить себя из этих проблем, просто продолжая жить по-прежнему, надеясь на лучшее и ничего не делая. Попытки изменить ситуацию в одиночку — это

тоже неверное эгоистичное поведение, отрицающее любовь и поддержку, которые Вселенная всегда дает нам бесплатно. Мы в этом мире для того, чтобы помогать другим людям, а другие люди будут помогать нам.

Помните: даже если бы вы работали непрерывно, ежечасно и ежедневно, вы бы только слегка затронули поверхность человеческих страданий. Поэтому будьте честны и реалистичны сами с собой. Ради своих пациентов, своих коллег, своей семьи и самих себя вы должны выздороветь и оставаться здоровыми.

Попросите помощи.

Начни с того,
что рядом с тобой,
не делай
ни второго
шага, ни третьего,
начни с того,
что прямо рядом
с тобой,
с шага,
который
так
не хочется
делать.
Начни
с известной земли,
с бледной земли
у самых твоих
ног,
с того,
как именно ты
можешь
начать разговор.
Задай
свой вопрос,
забудь о чужих
вопросах,
не дай им
задушить
что-то простое.
Чтобы
услышать голос другого,
сведуй
за своим голосом,
жди,
пока этот голос

станет
внутренним ухом сердца,
способным
действительно слушать
другого.
Начни прямо сейчас,
сделай
маленький шаг,
который сможешь
назвать своим,
не пытайся
скопировать чужой подвиг,
будь скромн,
сосредоточься,
начни
рядом с собой,
не спутай вот то, чужое,
со своим.
Начни
рядом с собой,
не делай
ни второго
шага, ни третьего,
начни с того,
что прямо рядом
с тобой,
с шага,
который
так
не хочется
делать.

© Дэвид Уайт. Течение реки: новые и избранные стихотворения.
(Перевод Дарьи Кутузовой.)

Вы считаете, что у вас признаки синдрома выгорания? Если да, познакомьтесь с реестром выгорания.

[http:// www.mindtools.com/stress/Brn/BurnoutSelfTest.htm](http://www.mindtools.com/stress/Brn/BurnoutSelfTest.htm) Keep a Stress Diary <http://www.stress-management-for-peak-performance.com/stress-diary.html>

Checkoutifyouaredepressedoranxious[http://discoveryhealth.queen-
dom.com/depressionabridgedaccess.html](http://discoveryhealth.queen-
dom.com/depressionabridgedaccess.html); <http://www.goodmedicine.org.uk/files/general%20anxiety,%20assessment%20gadss,%20tahoma.DOC> Are you taking too many substances? CAGE Questionnaire <http://counsellingresource.com/quizzes/alcohol-cage/index.html>

Полезные источники информации

- Amery, J. *Surviving and Thriving in Health Practice*. Oxford. Radcliffe Publishing. 2013.
- Amery, J. (Ed.) (2009) *Children's Palliative Care in Africa*. Oxford: Oxford University Press. Available from <http://www.icpcn.org.uk/core/core_picker/download.asp?id=204> — Chapter 19 BMA Counselling/ Doctors for Doctors: <http://www.bma.org.uk/doctorshealth/index.jsp>

Веб-сайты, которые могут быть полезны:

Narcotics Anonymous: <http://www.ukna.org/>

Alcoholics Anonymous: <http://www.aa.org/>

Cocaine Anonymous: <http://www.cauk.org.uk/>

- The British Doctors' and Dentists' Group: For drug and alcohol users: (<http://www.bddg.org/page.php?id=1>)
- The British International Doctors Association: Where cultural or linguistic problems may be a contributing factor, doctors can access the health counselling panel: Tel: 0161 456 7828; Email: oda@doctors.org.uk Doctors' support network: Self-help group for doctors with any form of mental health concern. They also have a confidential, anonymous peer support telephone line: <http://www.dsn.org.uk/>

Существует ряд психических нарушений, которые ведут к инвалидности. Они включают тревожность, биполярное расстройство, депрессию, обсессивно-компульсивное расстройство и шизофрению. Ментальные заболевания часто ассоциируются со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, а также с нарушением питания. Многие люди приобретают психические заболевания во время трудовой деятельности (<http://www.medicalcareers.nhs.uk/career options/doctors with disabilities/doctors with mental health con.aspx>).

**Ассоциация
педиатрической
паллиативной медицины**

**Формуляр лекарственных
средств**

3-е издание

2015 г.

Введение

Перед вами — третье издание Формуляра лекарственных средств АППМ. За короткий период между публикацией этих двух выпусков в применении определенных лекарств произошли существенные изменения. Информация по многим препаратам была тщательно переработана, а перечень источников обновлен. В данном издании подробно рассмотрены опубликованные в 2012 году ВОЗ рекомендации по лечению боли, включая изменения в схеме ступенчатого обезболивания ВОЗ.

В представленном материале мы решили не приводить подробные инструкции по каждому препарату, а сделать акцент на ключевых практических рекомендациях по использованию отдельных лекарств. Мы сосредоточились на использовании препаратов в паллиативной медицине и рассмотрели в данном документе лишь эту конкретную область их применения, не включив прочие более известные и общие показания, поскольку посчитали, что такую информацию не составляет труда получить из других национальных формуляров лекарственных средств. По каждому препарату мы сделали отметку о том, лицензирован ли он.

Данные о применении каждого конкретного препарата были взяты из исследовательских статей (при наличии). Мы также указали используемые источники, из которых были получены данные о дозировании лекарств. Во многих случаях данные о применении некоторых препаратов были либо недостаточно убедительными, либо выведены из дозировок для взрослых. Иногда информация о дозировке основывалась на клиническом соглашении авторов. Несмотря на то, что это не всегда является наилучшим способом назначения лекарств, мы учитывали тот факт, что проведение исследований в отношении назначения лекарств детям, особенно если речь идет о детской паллиативной помощи, представляет собой сложность, но в то же время это хоть и молодая и довольно узкая, но динамично развивающаяся область.

В формуляр включены только препараты (пути введения и показания), наиболее часто используемые в паллиативной педиатрии в Великобритании. Препараты представлены в алфавитном порядке по их непатентованному наименованию. Мы настоятельно рекомендуем всем врачам не назначать препараты, не входящие в сферу их компетенции, а в случае сомнений проконсультироваться с клиницистами, специализирующимися в области паллиативной педиатрии, число которых постоянно растет. По некоторым препаратам специалисты, осведомленные о применении этих препаратов, могут назначать дозировку большую, чем указано в формуляре.

Мы надеемся, что наши коллеги со всего мира будут взаимодействовать с нами для совершенствования данного Формуляра. Пожалуйста, сообщайте нам о любых неточностях или дополнениях, которые вы считаете необходимым исправить или добавить в формуляр, по адресу: appm@togetherforshortlives.org.uk

Надеемся, что другие формуляры будут учитывать информацию, приведенную в данном формуляре лекарственных средств в паллиативной педиатрии. В качестве основы для всех ключевых формуляров лекарственных средств в паллиативной педиатрии, используемых в Великобритании, было решено использовать стиль и содержание настоящего Формуляра.

Данный Формуляр лекарственных средств предоставляется бесплатно, и все его авторы усиленно работают над тем, чтобы усовершенствовать оказание педиатрической паллиативной помощи во всем мире. Вы можете сделать неограниченное количество копий этого документа, однако, пожалуйста, не изменяйте, не присваивайте и не копируйте какую-либо часть этого формуляра под собственным именем. Если вы желаете использовать настоящий документ для каких-либо особых целей, свяжитесь с нами для получения разрешения на такое использование (sat.jassal@gmail.com).

Аббревиатуры

RE — обоснованный научный факт

SR — необоснованный научный факт

CC — опубликованные доказательства отсутствуют, основано на клиническом консенсусе

EA — факт (научный или клинический консенсус) в отношении взрослых

SC — подкожно

IV — внутривенно

IM — внутримышечно

CSCI — непрерывная подкожная инфузия

Как правило (и при наличии такой информации), в настоящем формуляре указаны дозировки, применяемые в паллиативной медицине и рекомендованные одним или несколькими из следующих источников: Британский национальный справочник (BNF) [1], Британский национальный справочник для детей (BNFC) [2], Неонатальный справочник [3], Рекомендации ВОЗ по лечению хронической боли у детей [4], Справочник по паллиативной помощи [5], а также справочник «Препараты для детей» [6]. Пользователям данного формуляра, проживающим за пределами Великобритании, следует учитывать рекомендации местных справочных руководств при назначении препаратов.

Авторы приложили все усилия, чтобы учесть все актуальные данные и литературу о препаратах, имеющиеся на сентябрь 2014 года. Однако информация о дозах, показаниях, противопоказаниях и побочных эффектах препаратов продолжает меняться в связи с получением новых данных. Врач, назначающий лекарственный препарат, обязан сверять эту информацию с актуальной спецификацией производителя, и мы настоятельно рекомендуем пользователю настоящего формуляра делать это до назначения какого-либо препарата, указанного в этом документе. Кроме того, необходимо также помнить, что в паллиативной медицине ряд препаратов используется по не лицензированным изготовителем показаниям и пути их введения могут также отличаться от препаратов, лицензированных изготовителем. В Великобритании такое нелицензированное использование разрешено, но в этом случае вся ответственность ложится на врача.

Авторские права защищены

© АППМ.

Справочник

Адреналин (Adrenaline) (для местного применения)

Применение:

- Небольшие наружные кровотечения

Дозировка и пути введения:

Промокнуть марлю раствором 1:1000 (1 мг/мл) и приложить прямо к месту кровотечения.

Обоснование: [1] СС.

Альфентанил (Alfentanil)

Применение:

- Синтетический опиоидный липофильный анальгетик кратковременного действия, производное фентанила.
- Применяется как анальгетик у пациентов во время операций, в отделениях интенсивной терапии и при искусственной вентиляции легких (требующей использования анестезии).
- Альтернативный опиат при непереносимости других опиоидных средств. Эффективен при почечной недостаточности при нейротоксическом воздействии морфина либо на стадии 4 и 5 острой почечной недостаточности.
- Эффективен при прорывных болях и болях, связанных с медицинскими процедурами.

Дозировка и пути введения:

Применяется как анальгетик у пациентов во время операций, в отделениях интенсивной терапии и при искусственной вентиляции легких

(требующей использования анестезии). НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

При введении болюсной дозы подкожно или внутривенно (*дозировка предполагает вспомогательную вентиляцию легких*):

- **Новорожденные:** 5–20 мкг/кг начальная доза, дополнительные дозы до 10 мкг/кг.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 10–20 мкг/кг начальная доза, дополнительные дозы до 10 мкг/кг.

При продолжительной инфузии подкожно или внутривенно (*дозировка предполагает вспомогательную вентиляцию легких, если возможно*):

- **Новорожденные:** 10–50 мкг/кг за 10 мин, затем 30–60 мкг/кг/ч.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 50–100 мкг/кг ударная доза за 10 мин, затем 30–60 мкг/кг/ч при продолжительной инфузии.

Альтернативный опыт при непереносимости других сильных опиоидных средств.

Эффективен при почечной недостаточности при нейротоксическом воздействии морфина либо на стадии 4 и 5 острой почечной недостаточности. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

В качестве доз берутся эквивалентные дозы опиоидов с учетом следующих рекомендаций, предлагаемых в качестве безопасных и практических коэффициентов перерасчета:

Морфин перорально — альфентанил при длительной подкожной инфузии: $\frac{1}{30}$ суммарной суточной дозы морфина перорально, например, морфин 60 мг/сут перорально = альфентанил 2 мг/сут при длительной подкожной инфузии.

Морфин внутривенно или при длительной подкожной инфузии — альфентанил при длительной подкожной инфузии: $\frac{1}{15}$ суммарной суточной дозы морфина внутривенно или при длительной подкожной инфузии, например, морфин 30 мг/сут внутривенно или при длительной подкожной инфузии = альфентанил 2 мг/сут 24 ч при длительной подкожной инфузии.

Диаморфин при длительной подкожной инфузии — альфентанил при длительной подкожной инфузии: $\frac{1}{10}$ суммарной суточной дозы

диаморфина, например, диаморфин 30 мг/сут = альфентанил 3 мг/сут при длительной подкожной инфузии.

Если преобразование связано с токсичностью предыдущего опиоида, для обеспечения надлежащего обезболивания могут потребоваться более низкие дозы альфентанила.

Не получавшие опиоидов взрослые: длительная подкожная инфузия 500 мкг — 1 мг в течение 24 часов.

Прорывные боли: НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Подкожно/Под язык/За щеку

Рекомендуется принимать от $\frac{1}{6}$ до $\frac{1}{10}$ от суммарной дозы для длительной подкожной инфузии. Однако имеется слабая взаимосвязь между эффективной дозой препарата при необходимости и регулярной фоновой дозой. Альфентанил имеет короткую продолжительность действия (~ 30 мин), и даже при дозировке, оптимальной дозе, титруемой при необходимости, может потребоваться частое дозирование (каждые 1–2 ч). Дозировку и частоту введения необходимо регулярно пересматривать.

Боль, связанная с медицинскими процедурами: НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Подкожно/Под язык/За щеку

- **Взрослые:** однократная доза 250–500 мкг.
- **Дети:** однократная доза 5 мкг.

Вводят дозу за 5 мин до события, которое может вызвать боль; повторить при необходимости.

Примечания:

- Инъекции альфентанила лицензированы для использования у детей в качестве болеутоляющего препарата до или во время применения анестезии. Используется для облегчения боли при нелегализованной паллиативной помощи. Буккальное, сублингвальное и интраназальное введение альфентанила при сильной боли не лицензировано. Раствор для инъекций может использоваться для трансбуккального, сублингвального и интраназального введения (не лицензирован).

- Имеются ограниченные данные о дозах, обладающих болеутоляющим эффектом при паллиативной помощи, особенно у детей. Как правило, дозы экстраполированы согласно эквивалентным дозам других опиатов.
- Действие: в 10–20 раз сильнее по сравнению с парентеральным морфином; примерно 25% от активности фентанила.
- Очень удобен у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (не требуется снижения дозы). Не применять или снизить дозу при тяжелом нарушении функции печени.
- С целью избежать избыточных доз препарата у детей, страдающих ожирением, дозу необходимо рассчитывать на основе идеального, а не фактического веса при имеющемся росте.
- Фармакокинетика: период полувыведения длиннее у новорожденных, поэтому при длительном применении может накапливаться. В возрасте от 1 месяца до 12 лет клиренс может повышаться, поэтому могут потребоваться более высокие дозы при инфузиях.
- Противопоказания: нельзя вводить одновременно с ингибиторами МАО (ингибиторы моноаминоксидазы) или в течение двух недель после их отмены.
- Лекарственные взаимодействия: уровень альфентанила повышается под действием ингибиторов цитохрома P450.
- Побочные эффекты включают: угнетение дыхания, гипотонию, гипотермию, ригидность мышц (контролируется миорелаксантами).
- При подкожных или внутривенных инфузиях альфентанила в качестве разбавителя могут использоваться 0,9% NaCl или 5%-ная глюкоза. Совместим со многими препаратами, которые используются при непрерывной подкожной инфузии. Как и диаморфин, при высоких дозах может растворяться в малых объемах разбавителя, что очень удобно при подкожном введении.
- Формы: инъекции (500 мкг/мл, ампулы по 2 и 10 мл). Инъекции для реанимационных мероприятий (5 мг/мл в ампулах 1 мл, требуют разбавления перед использованием). Назальный спрей с насадкой для трансбуккального введения (флаконы

5 мг/5 мл, доступны по специальному заказу из больницы Торбей, г. Торки, Девон, Великобритания; одно впрыскивание = 0,14 мл = 140 мкг альфентанила).

Обоснование: [1, 5–9] EA, RE (для реанимации), CC (в паллиативной медицине за пределами реанимации).

Амитриптилин (Amitriptyline)

Применение:

- Боль нейропатического характера.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 2 до 12 лет:** начальная доза составляет 200 мг/кг (максимум 10 мг) 1 раз в день на ночь, при необходимости постепенно увеличивать: максимум 1 мг/кг 2 раза в день по назначению специалиста.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза составляет 10 мг 1 раз в день на ночь, при необходимости постепенно увеличивать в течение 3–5 дней до 75 мг/кг на ночь. Большие дозировки (до 150 мг в день) могут использоваться только по назначению специалиста.

Примечания:

- Не лицензирован для применения у детей с невропатической болью.
- Болеутоляющий эффект может не проявляться в течение нескольких дней. Улучшает сон и аппетит.
- Лекарственные взаимодействия: нельзя вводить одновременно с ингибиторами МАО (ингибиторы моноаминоксидазы) или в течение двух недель после их отмены. С осторожностью при одновременном применении с препаратами-ингибиторами или индукторами ферментов CYP2D6.

- К основным побочным явлениям, ограничивающим применение для детей, относятся запор, сухость во рту и сонливость.
- Жидкость можно вводить через зонд для энтерального питания.
- Формы: таблетки (10 мг, 25 мг, 50 мг) и раствор для приема перорально (25 мг/5 мл, 50 мг/5 мл).

Обоснование: [1, 10–12].

Апрепитант (Aprepitant)

Применение:

- Профилактика и лечение тошноты и рвоты, связанных с эметогенной химиотерапией рака

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте до 10 лет:** однократная доза 3 мг/кг (максимум 25 мг) в день 1 (за 1 час до начала химиотерапии), затем однократная доза 2 мг/кг (максимум 80 мг) в дни 2 и 3.
- **Дети в возрасте старше 10 лет:** однократная доза 125 в день 1 (за 1 час до начала химиотерапии), затем однократная доза 80 мг в дни 2 и 3.

Апрепитант используется в комбинации с кортикостероидами (как правило, дексаметазоном) и с 5-НТЗ антагонистами, например с ондансетроном.

Примечания:

- Апрепитант лицензирован для профилактики острой и отсроченной тошноты и рвоты, связанных с высоко или умеренно эметогенной химиотерапией рака у взрослых.
- Данный препарат не лицензирован для применения у детей и подростков младше 18 лет (в настоящее время ведется ряд клинических испытаний). Имеются ограниченные данные о его использовании у детей младше 10 лет.

- Апрепитант — селективный антагонист с высоким сродством к NK₁-рецепторам и является субстратом, умеренным ингибитором и индуктором системы изофермента CYP3A4. Он также является индуктором CYP2C9, следовательно, имеется вероятность его взаимодействия с другими лекарствами, которые также метаболизируются этими ферментными системами, включая рифампицин, карбамазепин, фенобарбитал, итраконазол, кларитромицин, варфарин и дексаметазон. Обратите внимание, что данный список является неполным.
- Распространенные побочные эффекты включают: икоту, диспепсию, диарею, запор, анорексию, астению, головную боль и головокружение.
- Формы: капсулы (80 мг, 125 мг). Также доступна экстемпоральная форма для перорального применения.

Обоснование: [1, 5, 13–17].

Клизма с арахисовым маслом (Arachis Oil Enema)

Применение:

- Средство для размягчения каловых масс.
- Задержка каловых масс.

Дозировка и пути введения:

Ректально:

- **Дети в возрасте от 3 до 7 лет:** 45–65 мл при необходимости ($\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ клизмы).
- **Дети в возрасте от 7 до 12 лет:** 65–100 мл при необходимости ($\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ клизмы).
- **Дети старше 12 лет:** 100–130 мл при необходимости ($\frac{3}{4}$ –1 клизмы).

Примечания:

- Внимание: арахисовое масло получают из арахиса, поэтому не рекомендуется применять у детей с аллергией на арахисовое масло.
- Используется в основном как клизма при задержке каловых масс для их размягчения. Можно вводить капельно в течение ночи, чтобы размягчить стул.
- Подогрейте клизму перед использованием: положите ее в теплую воду
- Введение может вызвать местное раздражение.
- Сертифицировано для применения у детей старше 3 лет.
- Формы: клизма, арахисовое масло в одноразовых упаковках по 130 мл.

Обоснование: [1, 6] СС.

Аспирин (Aspirin)

Применение:

- Легкая или умеренная боль.
- Гипертермия.

Дозировка и пути введения:

Внутри:

- **Дети старше 16 лет:** начальная доза 300 мг каждые 4–6 ч, повышать при необходимости. Доза может быть повышена максимум до 900 мг каждые 4–6 ч при необходимости, максимум 4 г в день.

Примечания:

- Противопоказан детям в связи с возможным развитием синдрома Рея.
- Используется с осторожностью при астме, язвенной болезни в анамнезе, тяжелой печеночной или почечной недостаточности.

- У детей с нарушением деятельности сердца препарат применяется в меньших дозировках и под медицинским наблюдением.
- Формы: таблетки (75 мг, 300 мг), растворимые таблетки (75 мг, 300 мг) и суппозитории (150 мг; их можно приобрести у производителей или импортирующих компаний).

Обоснование: [1].

Баклофен (Baclofen)

Применение:

- Тяжелая хроническая спастичность мышц.
- Нейропатический препарат третьей линии.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Начальная доза для детей в возрасте до 18 лет:** 300 мг/кг/день 4 раза в день (максимальная однократная доза — 2,5 мг), постепенно увеличивать до 0,75–2 мг/кг/день дозами следующего объема:
- **Дети в возрасте до 8 лет:** максимальная общая дневная доза — 40 мг.
- **Дети в возрасте от 8 до 18 лет:** максимальная общая дневная доза — 60 мг.

Примечания:

- Требуется пересмотреть стратегию лечения, если в течение шести недель после достижения максимальной дозы не было получено никакой пользы.
- Имеются крайне ограниченные клинические данные о применении баклофена у детей в возрасте до одного года. При использовании препарата в данной группе пациентов врач должен проанализировать индивидуальную выгоду и терапевтические риски.

- Баклофен может вызывать снижение мышечного тонуса, нарушение глотания и проходимость воздушных путей.
- Избегайте резкой отмены.
- Интратекальное введение может осуществляться только специалистом.
- Осторожно применять при почечной недостаточности; требует снижения дозы и повышения интервала между приемами, если это необходимо.
- Противопоказан при активной язвенной болезни в анамнезе.
- Прием с едой или после еды может свести к минимуму раздражение желудка.
- Можно вводить через зонд для энтерального питания. При малых дозах применять жидкую лекарственную форму, перед использованием разбавленную для снижения вязкости. При более высоких дозах измельчать таблетки в воде, т.к. жидкая лекарственная форма содержит сорбит.
- Формы: таблетки (10 мг) и раствор для перорального применения (5 мг/мл).

Обоснование: [1, 2, 12, 18–25].

Бетанехол (Bethanecol)

Применение:

- Задержка мочи, вызванная применением опиатов.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети старше 1 года:** 0,6 мг/кг/день 3–4 раза в день. Максимальная однократная доза — 10 мг.
- **Доза для взрослых:** 10–25 мг/сут 3–4 раза в день. При необходимости начальная доза может составлять 50 мг.

Подкожно:

- **Дети старше 1 года:** 0,12–2 мг/кг/день 3–4 раза в день. Максимальная доза — 2,5 мг.
- **Доза для взрослых:** 2,5–5 мг 3–4 раза в день.

Примечания:

- Безопасность и эффективность бетанехола у детей не определена (препарат не лицензирован для детей).
- Желательно принимать до еды, чтобы уменьшить возможность тошноты и рвоты.
- Препарат противопоказан при гипертиреозе, язвенной болезни, бронхиальной астме, сердечной болезни и эпилепсии.
- Таблетки могут быть измельчены и растворены в воде для приема через зонд для энтерального питания; имеется экстемпоральная форма для перорального применения.
- Формы: таблетки (10 мг, 25 мг), инъекции только для подкожного введения (5 мг/мл) не сертифицировано в Соединенном Королевстве, но можно импортировать через специализированную компанию.

Обоснование: [12, 26, 27].

Бисакодил (Bisacodyl)

Применение:

- Запор.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 4 до 18 лет:** 5–20 мг один раз в день. Необходимо регулировать дозу в зависимости от полученного эффекта.

Ректально (суппозитории):

- **Дети в возрасте от 2 до 18 лет:** 5–10 мг один раз в день. Необходимо регулировать дозу в зависимости от полученного эффекта.

Примечания:

- Действие таблеток начинается через 10–12 ч. Суппозитории начинают действовать через 20–60 мин. Должны находиться в непосредственном контакте со стенкой слизистой.
- Стимулирующее слабительное.
- Длительное применение может вызвать электролитический дисбаланс.
- Формы: таблетки (5 мг) и суппозитории (5 мг, 10 мг).

Обоснование: [1, 2].

Бупренорфин (Buprenorphine)

Применение:

- Боль средней и сильной степени.

Дозировка и пути введения:

Под язык (начальные дозы):

- Дети с весом тела 16–25 кг: 100 мкг каждые 6–8 ч.
- Дети с весом тела 25–37,5 кг: 100–200 мкг каждые 6–8 ч.
- Дети с весом тела 37,5–50 кг: 200–300 мкг каждые 6–8 ч.
- Дети с весом тела более 50 кг: 200–400 мкг каждые 6–8 ч.

Трансдермальный пластырь:

- Титрованием или в соответствии с потребностью в опиате.

Бупренорфиновые пластыри примерно эквивалентны следующим суточным дозам морфина:

морфиновая соль 12 мг в сутки	≡	пластырь BuTrans® № 5	7-дневный
морфиновая соль 24 мг в сутки	≡	пластырь BuTrans® № 10	7-дневный
морфиновая соль 48 мг в сутки	≡	пластырь BuTrans® № 20	7-дневный
морфиновая соль 84 мг в сутки	≡	пластырь TransTec® № 35	4-дневный
морфиновая соль 126 мг в сутки	≡	пластырь TransTec® № 52,5	4-дневный
морфиновая соль 168 мг в сутки	≡	пластырь TransTec® № 70	4-дневный

Примечания:

- Таблетки под язык не лицензированы для детей младше 6 лет.

- Пластыри не лицензированы для использования у детей.
- Обладает характеристиками как опиоидных агонистов, так и антагонистов и может вызывать абстинентный синдром (включая боль) у детей, зависимых от других опиоидов.
- При приеме под язык действует 6–8 ч.
- Осторожно у пациентов с нарушениями функции печени. Взаимодействует со многими препаратами, включая антиретровирусные.
- Формы: таблетки (200 мкг, 400 мкг) для приема под язык. Таблетку можно разделить пополам.
- Формы: 2 типа пластырей:
 1. BuTrans[®] — наклеивается каждые 7 дней. BuTrans № 5 — 5 мкг/ч на 7 дней, BuTrans № 10 — 10 мкг/ч на 7 дней и BuTrans № 20 — 20 мкг/ч на 7 дней.
 2. TransTec[®] — наклеивается каждые 96 ч. TransTec № 35 — 35 мкг/ч на 96 ч, TransTec № 52,5 — 52,5 мкг/ч на 96 ч и TransTec № 70 — 70 мкг/ч на 96 ч.

Для пластырей систематическая анальгезирующая концентрация наблюдается через 12–24 ч, однако концентрация может увеличиться еще в течение 32–54 ч. При переходе с:

- морфина пролонгированного действия, принимаемого каждые 4 ч: давать регулярные дозы в течение первых 12 ч после прикрепления пластыря;
 - морфина пролонгированного действия, принимаемого каждые 12 ч: прикрепить пластырь и одновременно дать последнюю пролонгированную дозу морфина;
 - морфина пролонгированного действия, принимаемого каждые 24 ч: прикрепить пластырь через 12 ч после последней пролонгированной дозы морфина;
 - непрерывного введения подкожно: не снимать капельницу в течение 12 ч после прикрепления пластыря.
- Налоксон частично изменяет эффект.
 - Скорость впитывания из пластыря зависит от температуры, поэтому следует принять во внимание лихорадочное состояние или повышение внешней температуры, например горячие ванны: риск передозировки, сопровождающейся угнетением дыхания.

- Пластыри применяются как способ введения малых доз опиоидных анальгетиков, например, при тяжелых неврологических нарушениях.
- Таблица 3 контролируемых наркотиков.

Обоснование: [2, 5, 28–30].

Карбамазепин (Carbamazepine)

Применение:

- Нейропатическая боль.
- Двигательные нарушения.
- Противосудорожное средство

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза 5 мг/кг на ночь или 2,5 мг/кг дважды в день, увеличивать при необходимости на 2,5–5 мг каждые 3–7 дней; обычная поддерживающая доза 5 мг/кг 2–3 раза в день; применялась доза до 20 мг/кг/день в равных частях.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза 100–200 мг 1–2 раза в день, постепенно увеличивать до поддерживающей дозы 200–400 мг 2–3 раза в день. Максимум 1,8 г в день в равных частях.

Ректально:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** использовать примерно на 25% больше, чем при приеме внутрь (максимум 250 мг) до 4 раз в день.

Примечания:

- Не лицензирован для применения у детей с нейропатической болью.

- Может вызывать нарушения функции печени, кроветворения, поражение кожи. Родители должны быть обучены выявлению симптомов, связанных с этими нарушениями, особенно симптомов лейкопении.
- Многочисленные взаимодействия с другими лекарствами, включая химиотерапевтические препараты.
- Препараты разных фирм могут отличаться по биологической доступности, поэтому следует использовать препараты одного производителя.
- Суппозитории 125 мг примерно эквивалентны таблеткам 100 мг.
- Жидкость для перорального применения использовалась ректально; необходимо удерживать как минимум 2 ч, если возможно, однако может вызывать слабительный эффект
- При введении через зонд для энтерального питания использовать жидкую лекарственную форму. Развести равным объемом воды непосредственно перед введением. При введении доз выше 400 мг/сут делить на 4 равные дозы.
- Формы: таблетки (100 мг, 200 мг, 400 мг), жевательные таблетки (100 мг, 200 мг), жидкость (100 мг/5 мл), суппозитории (125 мг, 250 мг) и таблетки с измененным высвобождением (200 мг, 400 мг).

Обоснование: [2, 12, 31–34].

Целекоксиб (Celecoxib)

Применение:

- Боль, боли при воспалениях, боли в костях, ригидность. Не используется в качестве препаратов первой линии терапии.
- Дозы основаны на методике лечения ювенильного ревматоидного артрита.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети старше 2 лет:**
 - Вес от 10 до 25 кг: максимальная доза 50 мг 2 раза в день или 100 мг ежедневно.
 - Вес более 25 кг: 100 мг 2 раза в день.

Примечания:

- Целекоксиб является селективным ингибитором циклооксигеназы-2 (СОХ-2).
- Не лицензирован для использования у детей в Великобритании.
- Применение любых НПВП (в том числе селективных ингибиторов циклооксигеназы-2) может в той или иной степени быть связано с небольшим увеличением риска тромбообразования (например, инфарктом миокарда и инсультом) независимо от базовых факторов риска сердечно-сосудистой системы и продолжительности использования НПВП; однако наибольшему риску подвергаются пациенты, принимающие НПВП в больших дозах в течение длительного срока. Прием ингибиторов СОХ-2 ассоциируется с повышенным риском тромботических эффектов.
- Все НПВП связаны с серьезной токсичностью ЖКТ. Ингибиторы СОХ-2 ассоциируются с более низким риском серьезных побочных эффектов верхних отделов ЖКТ по сравнению с неселективными НПВП.
- С осторожностью применять у больных с почечной недостаточностью, избегать при тяжелой почечной недостаточности.
- С осторожностью применять при печеночной недостаточности.
- Препарат взаимодействует с большим количеством наиболее распространенных лечебных средств проверьте по «Британскому национальному справочнику» (текущая версия, доступная онлайн).
- Капсулы можно открывать и смешивать содержимое с мягкой пищей непосредственно перед приемом препарата. Для приема дозы 50 мг принимают примерно половину содержимого капсулы 100 мг.

- Формы: капсулы (100 мг, 200 мг).

Обоснование: [1, 35–38] SR.

Хлоралгидрат (Chloral hydrate)

Применение:

- Нарушение сна.
- Тревога.

Дозировка и пути введения:

Внутрь и ректально:

- **Новорожденные:** начальная доза составляет 30 мг/кг однократно на ночь, при необходимости увеличить до 45 мг/кг на ночь.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза составляет 30 мг/кг однократно на ночь, при необходимости увеличить до 50 мг/кг на ночь. Максимальная однократная доза 1 г.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза 500 мг однократно на ночь или когда требуется. Доза может быть повышена при необходимости до 1–2 мг. Максимальная однократная доза 2 г.

Примечания:

- Не лицензирован для применения при тревоге или у младенцев младше 2 лет при нарушениях сна.
- Применение перорально: смешать с большим количеством сока, воды или молока, чтобы уменьшить раздражение ЖКТ и неприятный вкус.
- При применении ректально использовать раствор для приема внутрь либо суппозитории (можно приобрести у производителей).
- При продолжительном применении препарат накапливается в организме, при тяжелой почечной или печеночной недостаточности не следует применять препарат.

- **Формы:** таблетки (хлоралбетаин 707 мг = хлоралгидрат 414 мг — веллдорм[®]), раствор для приема перорально (143,3 мг/5 мл — веллдорм[®], 200 мг/5 мл, 500 мг/5 мл можно приобрести у производителей либо у импортеров), суппозитории (25 мг, 50 мг, 60 мг, 100 мг, 200 мг, 500 мг можно приобрести у производителей).

Обоснование: [2, 3, 6, 39–41].

Хлорпромазин (Chlorpromazine)

Применение:

- Икота.
- Тошнота и рвота (когда другие препараты неприемлемы).

Дозировка и пути введения:

Икота

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 1 года до 6 лет:** 500 мкг/кг каждые 4–6 ч, скорректировать в зависимости от ответа (максимум 40 мг в день).
- **Дети в возрасте от 6 до 12 лет:** 10 мг 3 раза в день, скорректировать в зависимости от ответа (максимум 75 мг в день).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 25 мг 3 раза в день (или 75 мг на ночь); доза регулируется в зависимости от ответа; более высокие дозы могут использоваться специалистами.

Тошнота и рвота (когда другие препараты неприемлемы)

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 1 года до 6 лет:** 500 мкг/кг (максимум 40 мг в день) каждые 4–6 ч.
- **Дети в возрасте от 6 до 12 лет:** 500 мкг/кг (максимум 75 мг в день) каждые 4–6 ч.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 10–25 мг каждые 4–6 ч.

Внутримышечно:

- **Дети в возрасте от 1 года до 6 лет:** 500 мкг/кг (максимум 40 мг в день) каждые 6–8 ч.
- **Дети в возрасте от 6 до 12 лет:** 500 мкг/кг (максимум 75 мг в день) каждые 6–8 ч.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** сначала 25 мг, затем 25–50 мг каждые 3–4 ч, пока тошнота не прекратится.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для применения у детей с трудноизлечимой икотой.
- Следует соблюдать осторожность при использовании у детей с печеночной недостаточностью (может вызвать развитие комы), почечной недостаточностью (начинать с малых доз), сердечно-сосудистыми заболеваниями, эпилепсией (и с предрасположенностью к эпилепсии), депрессией, миастенией гравис.
- Также следует соблюдать осторожность при использовании у детей с ОРЗ, перенесших желтуху, либо с патологическими изменениями крови (необходимо сделать анализ крови при неожиданном появлении инфекции или лихорадки).
- При приеме больших дозировок может развиваться чувствительность к свету; детям следует избегать прямого солнечного света.
- Нейролептики могут быть противопоказаны при угнетении центральной нервной системы.
- Имеется риск контактной сенсibilизации; таблетки не следует измельчать, нужно аккуратно обращаться с раствором.
- Формы: таблетки, покрытые оболочкой (25 мг, 50 мг, 100 мг); раствор для перорального применения (25 мг/5 мл, 100 мг/5 мл); инъекции (25 мг/ мл) (ампулы по 2 и 1 мл).

Обоснование: [1, 2, 42–50].

Клобазам (Clobazam)

Применение:

- Смежная терапия эпилепсии.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 6 лет:** начальная доза 125 мкг/кг дважды в день. Увеличивать дозу каждые 5 дней в случае необходимости и при переносимости до обычной поддерживающей дозы 250 мкг/кг дважды в день. Максимальная доза составляет 500 мкг/кг (15 мг одной дозой) дважды в день.
- **Дети в возрасте от 6 до 18 лет:** начальная доза 5 мг дважды в день. Увеличивать дозу каждые 5 дней в случае необходимости и при переносимости до обычной поддерживающей дозы 0,3–1 мг ежедневно. Максимум 60 мг/сут. Можно принимать ежедневные дозы до 30 мг в виде разовой дозы перед сном, более высокие дозы необходимо делить.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для приема детьми младше 6 лет.
- После снижения дозы до эффективной пациентам необходимо продолжить лечение и проявлять осторожность при переходе между с одного препарата на другой.
- Таблетки можно принимать целыми или измельчать и смешивать с яблочным пюре. Таблетки 10 мг можно разделять на равные части по 5 мг. Клобазам можно принимать с пищей или в период между приемом пищи.
- Возможные побочные эффекты можно ожидать от бензодиазепинов. Дети более подвержены седации и необычным эмоциональным реакциям.
- Формы: таблетки (фризиум® 10 мг); таблетки (5 мг — лицензированы и доступны пациентам на поименной основе); жидкость для приема внутрь (5 мг в 5 мл и 10 мг в 5 мл; необходимо проявлять осторожность при изменении дозировок).

- Таблетки фризиум® внесены в черный список NHS в связи с тем, что вызывали эпилепсию. Препарат отпускается только при наличии на рецепте отметки: «Для особой категории пациентов».

Обоснование: [2, 6].

Клоназепам (Clonazepam)

Применение:

- Тонико-клонические судороги.
- Парциальные судороги.
- Кластерные судороги.
- Миоклонус.
- Эпилептический статус (3-я линия, в основном у детей в возрасте до одного месяца).
- Нейропатическая боль.
- Синдром усталых ног.
- Судороги.
- Боязнь и паника.

Дозировка и пути введения:

Внутрь (дозировки, используемые с противосудорожной целью, снижаются при других показаниях):

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 1 года:** начальная доза 250 мкг на ночь в течение 4 дней, увеличивать в течение 2–4 недель до обычной поддерживающей дозы 0,5–1 мг на ночь (при необходимости можно разделить на 3 равные дозы).
- **Дети в возрасте от 1 года до 5 лет:** начальная доза 250 мкг на ночь в течение 4 дней, увеличивать в течение 2–4 недель до обычной поддерживающей дозы 1–3 мг на ночь (при необходимости можно разделить на 3 равные дозы).
- **Дети в возрасте от 5 до 12 лет:** начальная доза 500 мкг на ночь на протяжении 4 дней, увеличивать в течение 2–4 недель

до обычной поддерживающей дозы 3–6 мкг на ночь (при необходимости можно разделить на 3 равные дозы).

- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза 1 мг на ночь на протяжении 4 дней, увеличивать в течение 2–4 недель до обычной поддерживающей дозы 4–8 мг на ночь (при необходимости можно разделить на 3 равные дозы).

Эпилептический статус: (SR)

Непрерывная подкожная инфузия:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** начальная доза 20–25 мкг/кг/24 ч.
- Максимальная начальная доза: 1–5 лет: 250 мкг/24 ч; 5–12 лет: 500 мкг/24 ч.
- Увеличивать как минимум каждые 12 ч до 200 мкг/кг/24 ч (максимум 8 мг/24 ч).
- Известно об использовании дозировки до 1,4 мг/кг/24 ч при эпилептическом статусе в детском отделении интенсивной терапии.

Внутривенная инъекция (введение не менее 2 мин) или инфузия:

- **Новорожденные:** 100 мкг/кг внутривенно как минимум за две минуты, повторить через 24 ч в случае необходимости (избегать, если нет безопасной возможности). Применяется при судорогах, которые не купируются фенобарбиталом или фенитоином.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** 50 мкг/кг (максимально 1 мг), повторяется при необходимости, затем внутривенная инфузия 10 мкг/кг/ч, при необходимости увеличивается в зависимости от ответа максимально до 60 мкг/кг/ч.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза 1 мг в/в, затем внутривенная инфузия 10 мкг/кг/ч, максимально до 60 мкг/кг/ч.

Примечания:

- Препарат лицензирован для детей с эпилептическим статусом и эпилепсией. Препарат не лицензирован при нейропатических болях. Таблетки лицензированы для использования у детей.

- Очень эффективный антиконвульсант, обычно используется в 3-й линии терапии.
- Можно использовать меньшие дозы при панических атаках, анксиолизисе, седативном эффекте при терминальной седации, нейропатических болях и синдроме усталых ног.
- Не использовать при острой или тяжелой дыхательной недостаточности, кроме тех случаев, когда может наступить смерть. С осторожностью у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями.
- В качестве анксиолитического/седативного препарата клоназепам примерно в 20 раз сильнее диазепама (т.е. 250 мкг клоназепама эквивалентно 5 мг диазепама при пероральном введении).
- Используется в качестве симптоматического средства в дополнение к противосудорожной терапии при лечении неврологических расстройств.
- При лечении эпилепсии комплексного генеза следует принимать двойную дозировку ежедневно или более высокие дозы.
- При сочетании эпилепсии с вирусным заболеванием доза может быть увеличена на короткий период (3–5 дней).
- Период полувыведения препарата составляет 20–40 ч, в связи с чем может потребоваться до 6 дней для достижения стабильной концентрации препарата в крови. Существует риск токсичности при быстром внутривенном введении. Нагрузочная доза имеет большое значение для достижения устойчивого быстрого эффекта.
- Избегать резкой отмены.
- Связан с гиперсекрецией слюны и слюнотечением.
- Таблетки можно измельчать в воде для введения через зонд для энтерального питания.
- Стабильность растворенного раствора клоназепама сохраняется 12 ч; таким образом, назначения должны быть рассчитаны не более чем на 12 ч введения.
- Совместим со многими препаратами, которые используются при непрерывной подкожной инфузии.

- **Формы:** таблетки (500 мкг с насечкой, 2 мг с насечкой); жидкость (0,5 мг в 5 мл и 2 мг в 5 мл, теперь доступны в виде лицензированных препаратов от компании «Rosemont», но не показаны детям из-за высокого содержания спирта другие нелицензированные жидкости для приема внутрь доступны от производителей специальных препаратов); инъекции (1 мг/мл, нелицензированные).

Обоснование: [2, 3, 24, 33, 51, 52].

Клонидин (Clonidine)

Применение:

- Тревога, с целью седации (перед процедурой).
- Боль, с целью седации, экономия опиоидов, предотвращение эффектов отмены опиоидов.
- Местная анестезия.
- Спастичность.
- Поведенческие симптомы: раздражительность, импульсивность, агрессивность.

Дозировка и пути введения:

Тревога, с целью седации, перед процедурами:

Перорально, интраназально, ректально:

- **Дети старше 1 месяца:** 4 мкг/кг в виде однократной дозы (рекомендуемая максимальная однократная доза — 150 мкг). При использовании в качестве премедиканта перед процедурами давать за 45–60 мин.

Боль, с целью седации, экономия опиоидов, профилактика эффектов отмены опиоидов (самый большой опыт получен в детском отделении интенсивной терапии):

Внутрь/внутривенно болюсно:

- **Дети старше 1 месяца:** начальная доза 1 мкг/кг/доза 3–4 раза в сутки. Постепенно увеличивать по мере необходимости до максимальной дозы 5 мкг/кг/доза 4 раза в сутки.

Внутривенная инфузия:

- **Дети старше 1 месяца:** 0,1–2 мкг/кг/ч.

Обычные начальные дозы:

- **Дети младше 6 месяцев:** 0,4 мкг/кг/ч.
- **Дети старше 6 месяцев:** 0,6 мкг/кг/ч.

При хронической долгосрочной боли после определения эффективной пероральной дозы можно рассмотреть вариант перехода на трансдермальные пластыри размером, предоставляющим примерно эквивалентную суточную дозу клонидина (см. примечания ниже).

Региональная анестезия только по рекомендации специалиста:

- **Дети старше 3 месяцев:** 1–2 мкг/кг клонидина в сочетании с местным анестетиком.

Спастичность и двигательные расстройства:

Внутри:

- **Дети старше 1 месяца:** 1–5 мкг/кг/доза 3 раза в сутки. Может потребоваться увеличение частоты дозирования и/или альтернативный путь введения препарата, если энтеральный невозможен.

Поведенческие проблемы, тики, синдром Туретта:

Внутри:

- **Дети старше 4 лет:** начальная доза — 25 мкг на ночь. Увеличить, при необходимости, через 1–2 недели до 50 мкг на ночь. Дозу можно увеличивать на 25 мкг каждые 2 недели до рекомендованной максимальной дозы 5 мкг/кг в день или 300 мкг/день.

Примечания:

- Клонидин является смешанным агонистом к альфа-1 и альфа-2 рецепторам (в основном альфа-2). Оказывает синергетическое обезболивающее действие с опиоидами и предотвращает симптомы отмены опиоидов. Также полезен своим седативным эффектом. Доказана эффективность его использования при СДВГ, поведенческих проблемах и тиках.
- Не лицензирован для использования у детей.

- Лицензированный клонидин используется для лечения гипертензии, поэтому его вероятным побочным эффектом является снижение АД. Необходимо снижать дозу клонидина в зависимости от симптомов и контролировать АД и пульс в начале лечения и после каждого повышения дозы.
- При использовании дольше нескольких дней клонидин следует отменять медленно, чтобы предотвратить острые симптомы отмены, в том числе «рикошетную» гипертензию.
- С осторожностью применять у больных с брадиаритмией, болезнью Рейно и другими окклюзивными периферическими болезнями сосудов.
- Распространенные побочные эффекты включают запор, тошноту, сухость во рту, рвоту, постуральную гипотензию, головокружение, нарушения сна и головную боль.
- Действие клонидина отменяется препаратами с альфа-2-антагонистической активностью, например трицикликами и антипсихотическими препаратами. Гипотензивное действие может усиливаться другими препаратами, используемыми для снижения АД.
- Пероральная биодоступность — 75–100%; как правило, при внутривенном введении происходит конверсия 1:1; в качестве отправной точки предлагается введение внутрь (основные данные получены на взрослых; примечание: предполагалось, что биодоступность при пероральном приеме у детей может быть ниже [53]).
- Имеются сообщения о применении клонидина ректально. Фармакокинетические исследования позволяют предположить, что почти 100% биодоступности обеспечивается по этому пути. Использовались дозы 2,5–4 мкг/кг однократно ректально.
- При приеме внутрь препарат начинает действовать через 30–60 мин. Время достижения максимальной концентрации в плазме при введении внутрь — 1,5–5 ч, при эпидуральном — 20 мин, при трансдермальном — 2 дня.

- Клонидин успешно используется в форме подкожных инъекций и инфузий; необходимо обращаться за консультацией к специалистам.
- Раствор для приема внутрь можно вводить через зонд для энтерального питания. В качестве альтернативы, если требуемая доза соответствует имеющейся в таблетках, таблетки можно измельчить и растворить в воде для введения через зонд для энтерального питания. Внимание: таблетки 25 мкг растворяются в воде хуже, чем таблетки 100 мкг.
- Хронические состояния: у детей старшего возраста можно рассмотреть применение трансдермальных пластырей, если установлена эффективная доза и она достаточно велика, чтобы обеспечить примерную конверсию (1:1) по трансдермальному пути. Имеются 3 вида пластырей: высвобождающие 100 мкг, 200 мкг и 300 мкг клонидина в сутки в течение 7 дней; все три формы не лицензированы в Великобритании.
- Формы: таблетки (25 мкг, 100 мкг); инъекции 150 мкг/мл; трансдермальный пластырь, выделяющий 100 мкг, 200 мкг и 300 мкг клонидина в сутки в течение 7 дней (не лицензирован в Великобритании, доступен с помощью компании-импортера); раствор для приема внутрь (специальный) 50 мкг/мл.

Обоснование: [53–67].

Ко-дантрамер (Co-danthramer), состоит из дантрона и поллоксамера '188'

Применение:

- Запоры (только при терминальных состояниях).

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

Ко-дантрамер 25/200 суспензия 5 мл = одна капсула ко-дантрамера 25/200 (дантрон — 25 мг поллоксамер '188' — 200 мг):

- Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 2,5–5 мл на ночь.
- Дети в возрасте от 6 до 12 лет: 1 капсула на ночь.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 5–10 мл или 1–2 капсулы на ночь. Дозировка может быть увеличена до 10–20 мл дважды в день.

Ко-дантрамер 75/1000 суспензия 5 мл = две капсулы ко-дантрамера 37,5/500:

- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 5 мл или 1–2 капсулы на ночь.

Примечания:

- Ко-дантрамер состоит из дантрона и поллоксамера '188'.
- Действует как стимулирующее слабительное.
- Избегать длительного контакта с кожей из-за риска раздражения и эксфолиации (избегать при недержании мочи или кала, а также у детей, носящих памперсы).
- Дантрон может менять цвет мочи на красный/коричневый.
- Исследования у грызунов продемонстрировали канцерогенный эффект.

Обоснование: [1, 2].

Ко-дантрузат (Co-danthrusate), состоящий из дантрона и докузата натрия

Применение:

- Запоры (только при терминальных состояниях).

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

Ко-дантрузат 50/60 суспензия 5 мл = одна капсула ко-дантрузата 50/60 (дантрон — 50 мг, докузат натрия — 60 мг)

- Дети в возрасте от 6 до 12 лет: 5 мл или 1 капсула на ночь.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 5–15 мл или 1–3 капсулы на ночь.

Примечания:

- Ко-дантрузат состоит из дантрона и докузата натрия.
- Действует как стимулирующее слабительное.
- Избегать длительного контакта с кожей из-за риска раздражения и экскориации (избегать при недержании мочи или кала, а также у детей, носящих памперсы).
- Дантрон может менять цвет мочи на красный/коричневый.
- Исследования у грызунов продемонстрировали канцерогенный эффект.

Обоснование: [1, 2].

Кодеина фосфат (Codeine phosphate)

В июне 2013 г. Комитет по оценке фармаконадзорных рисков (ПРАС) Европейского медицинского агентства рассмотрел проблемы, связанные с безопасностью кодеинсодержащих препаратов при устранении боли у детей. Настоящий документ основан на подготовленном ПРАС обзоре отчетов о детях, у которых возникали серьезные нежелательные явления или скончавшихся после приема кодеина для облегчения боли. Дети, у которых имеет место «сверхбыстрый метаболизм» кодеина, имеют риск возникновения тяжелой опиоидной токсичности из-за быстрой и неконтролируемой конверсии кодеина в морфин.

ПРАС рекомендует следующие меры минимизации этого риска с целью гарантировать, что данный препарат будет вводиться только детям, для которых польза от приема превышает возможные риски:

- Кодеинсодержащие препараты следует использовать только для лечения острой (краткосрочной) умеренной боли у детей старше 12 лет и только в том случае, если ее невозможно снять другими анальгетиками, например парацетамолом и ибупрофеном, в связи с риском дыхательной недостаточности.

- Кодеин нельзя применять у детей младше 18 лет с обструктивными заболеваниями дыхательных путей и перенесших операцию по удалению миндалин или аденоидов для лечения обструктивного апноэ во сне, т.к. такие пациенты более чувствительны к респираторным проблемам.

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/06/news_detail_001813.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

Кроме того, по данным ВОЗ, в настоящее время отсутствуют достаточные сведения для рекомендации альтернативы кодеину; ВОЗ рекомендует для лечения умеренной неконтролируемой боли у детей переходить непосредственно от неопиоидных препаратов (первый этап) к низким дозам сильных опиоидов.

Применение:

- Легкая или умеренная боль у пациентов, которым по опыту другие препараты противопоказаны или не подходят. Применяется только при необходимости. Не применяется для постоянного обезболивания.
- Выраженная диарея в случаях, когда другие средства противопоказаны или не могут быть использованы у больного по различным причинам. Доза и интервал зависят от полученного эффекта.
- Угнетение кашлевого рефлекса.

Дозировка и пути введения:

Внутрь, ректально, подкожная инъекция или внутримышечная инъекция:

- **Новорожденные:** 0,5–1 мг/кг каждые 4–6 ч.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** 0,5–1 мг/кг каждые 4–6 ч; максимально 240 мг в день.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 30–60 мг каждые 4–6 ч; максимально 240 мг в день.

В качестве средства, подавляющего кашель в форме жидкости/сиропа фоль-кодина:

- **Дети в возрасте от 6 до 12 лет:** 2,5 мг 3–4 раза в день.

- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 5–10 мг 3–4 раза в день.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для детей младше 1 года.
- Кодеин является эффективным пропрепаратом морфина, предусматривающим около 1 мг морфина на каждые 10 мг кодеина.
- С фармакологической точки зрения кодеин не отличается от морфина, но слабее и менее эффективен. Поэтому ВОЗ рекомендует заменять его меньшими дозами самого морфина.
- Преобразование в морфин происходит в связи с фармакогенетическими изменениями.
- 5–34% населения страдают от ферментной недостаточности, которая препятствует переходу кодеина в активный метаболит. Поэтому в этой группе населения является неэффективным.
- У индивидуумов с очень быстрым метаболизмом веществ может развиваться жизнеугрожающая опиоидная токсичность.
- По сравнению с морфином и диаморфином вызывает запор, особенно у детей.
- Ректальное введение не лицензировано.
- Не должен вводиться внутривенно.
- Осторожно применять при почечной недостаточности, требует снижения дозы.
- Формы: таблетки (15 мг, 30 мг, 60 мг), раствор для приема внутрь (25 мг/5 мл), инъекции (60 мг/мл), суппозитории доступны у производителей. Фолькодин — в качестве микстуры от кашля 2 мг/5 мл, 5 мг/5 мл и 10 мг/5 мл.
- Некоторые розничные аптеки не продают раствор кодеина фосфат по 25 мг/5 мл. Они, как правило, хранят содержащую кодеина фосфат микстуру от кашля 15 мг/5 мл. Необходимо спрашивать, работает ли врач в данном населенном пункте и может ли он прописать данный препарат. **БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ С РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗИРОВКАМИ ЖИДКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ.**

Обоснование: [1–3, 33, 68, 69].

Циклизин (Cyclizine)

Применение:

- Противорвотное средство при повышенном внутричерепном давлении.
- Тошнота и рвота в случаях, когда не помогли другие, более специфичные противорвотные средства (метоклопрамид, 5НТЗ-антагонисты)

Дозировка и пути введения:

Внутрь или внутривенно медленно, за 3–5 минут:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 6 лет: 0,5–1 мг/кг до 3 раз в день; максимально разовая доза 25 мг.
- Дети в возрасте от 6 до 12 лет: 25 мг до 3 раз в день.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 50 мг до 3 раз в день.

Ректально:

- Дети в возрасте от 2 до 6 лет: 12,5 мг до 3 раз в день.
- Дети в возрасте от 6 до 12 лет: 25 мг до 3 раз в день.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 50 мг до 3 раз в день.

Непрерывной инфузией внутривенно или подкожно:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 5 лет: 3 мг/кг за 24 ч (максимум 50 мг/24 ч).
- Дети в возрасте от 6 до 12 лет: 75 мг за 24 ч.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 150 мг за 24 ч.

Примечания:

- Антигистаминное антиму斯卡риновое противорвотное средство.
- Таблетки не сертифицированы для применения у детей младше 6 лет.
- Инъекции не лицензированы для применения у детей.
- Антиму斯卡риновые побочные эффекты включают сухость во рту, сонливость, головную боль, усталость, головокружение, сгущение бронхиального секрета, нервозность.

- Быстрое подкожное или внутривенное введение однократной дозы может привести к предобморочному состоянию, которое не нравится одним и привлекательно для других, что может вести к повторным просьбам о внутривенном введении препарата.
- Следует соблюдать осторожность при подкожном и внутривенном вливании: кислый рН может вызвать реакцию в месте инъекции.
- При длительной подкожной инфузии и внутривенном вливании разбавлять только водой для инъекций или 5%-ным раствором декстрозы; *несовместим* с 0,9%-ным солевым раствором, выпадает в осадок.
- Зависящая от концентрации несовместимость с альфентанилом, дексаметазоном, диаморфином и оксикодоном
- Суппозитории должны храниться замороженными.
- Таблетки могут быть измельчены при использовании внутрь. Таблетки плохо растворяются в воде, однако если в течение 5 минут встряхивать их в 10 мл воды, то полученная дисперсия подходит для немедленного введения через зонд для энтерального питания.
- Формы: таблетки (50 мг), суппозитории (12,5 мг, 25 мг, 50 мг, 100 мг у производителей) и инъекции (50 мг/мл).

Обоснование: [2, 12, 70].

Дантролен (Dantrolene)

Применение:

- Миорелаксант скелетной мускулатуры.
- Хронические сильные мышечные спазмы или спастичность.

Дозировка и пути введения:

Дозу препарата необходимо повышать медленно.

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 5 до 12 лет:** начальная доза 500 мкг/кг 1 раз в день; через 7 дней увеличить дозу до 500 мкг/кг 3 раза в день. Каждые 7 дней увеличивать дозу на 500 мкг/кг, пока не будет достигнут эффект. Максимально 2 мг/кг 3–4 раза в день (максимальная общая суточная доза — 400 мг).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза 25 мг 1 раз в день; через 7 дней увеличить дозу до 25 мг 3 раза в день. Каждые 7 дней увеличивать дозу на 500 мкг/кг, пока не будет достигнут эффект. Максимально 2 мг/кг 3–4 раза в день (максимальная общая суточная доза — 400 мг).

Примечания:

- Не лицензирован для использования у детей.
- Риск гепатотоксичности, во время лечения необходимо контролировать функцию печени.
- Противопоказан при печеночной недостаточности.
- Не назначать при заболеваниях печени или сопутствующем применении гепатотоксических препаратов.
- Может вызывать сонливость, головокружение, слабость и диарею.
- Формы: капсулы (25 мг, 100 мг), суспензия для приема внутрь (приготовленная непосредственно перед использованием).

Обоснование: [2, 19, 20, 25, 71, 72].

Дексаметазон (Dexamethasone)

Применение:

- Головная боль, связанная с повышенным внутричерепным давлением при опухолях головного мозга.
- Противоотечное средство при опухолях мозга и других опухолях, вызывающих сдавливание нервов, костей или обструкцию в полом органе.

- Болеутоляющее средство при сдавливании нервов, спинного мозга и болях в костях.
- Противорвотное средство, используется в качестве вспомогательного средства при высокоэметогенной химиотерапии.

Дозировка и пути введения:

Выписывают в виде дексаметазона основания.

- *Головная боль, связанная с повышенным внутричерепным давлением.*

Внутрь или внутривенно:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** 250 мкг/кг 2 раза в день на протяжении 5 дней; затем доза уменьшается или прием прекращается.

Для уменьшения симптомов опухоли головного мозга или других опухолей.

Некоторые другие показания при лечении раковых заболеваний, такие как сдавливание спинного мозга и/или нервов, некоторые причины одышки, боли в костях, тромбоз верхней полой вены и т. д., только после предварительного обсуждения с командой паллиативных специалистов. Могут быть рекомендованы высокие дозы ниже 16 мг/24 ч.

Противорвотное средство

Внутрь или внутривенно:

- **Дети младше 1 года:** начальная доза 250 мкг/кг 3 раза в день. При хорошей переносимости — до 1 мг 3 раза в день.
- **Дети в возрасте от 1 года до 5 лет:** начальная доза 1 мг 3 раза в день. При хорошей переносимости — до 2 мг 3 раза в день.
- **Дети в возрасте от 6 до 12 лет:** начальная доза 2 мг 3 раза в день. При хорошей переносимости — до 4 мг 3 раза в день.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 4 мг 3 раза в день.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для детей в качестве противорвотного.

- Обладает высокой глюкокортикоидной, но незначительной минералокортикоидной активностью, поэтому особенно хорошо подходит для противовоспалительной терапии высокими дозами.
- Препарат можно вводить один раз в день утром при большинстве показаний к применению; это снижает вероятность нарушения сна и тревоги, вызываемых кортикостероидами.
- Имеет биодоступность > 80% при приеме внутрь; при подкожной инъекции или внутривенной инфузии доза пересчитывается 1:1.
- Дексаметазон 1 мг = дексаметазон фосфат 1,2 мг = дексаметазон натрия фосфат 1,3 мг.
- Дексаметазон 1 мг = 7 мг преднизолона (противовоспалительный эффект).
- Имеет большую продолжительность действия.
- Возможно увеличение веса, развитие кушингоидного синдрома, в особенности у детей. В связи с этим используется прерывистый режим дозирования. Схема прерывистого курса может быть различной в зависимости от местных традиций применения препарата. Необходимо проконсультироваться с врачом по месту лечения.
- Прочие побочные действия: диабет, остеопороз, мышечная атрофия, пептическая язва и поведенческие проблемы, в частности тревога.
- Прием дексаметазона можно резко прекращать при приеме в течение короткого периода (< 7 дней), в противном случае рекомендуется постепенная отмена.
- Таблетки можно измельчить в воде, если раствор для перорального приема недоступен. Раствор для приема внутрь или таблетки, измельченные в воде, можно вводить с помощью зонда для кормления.
- Формы: таблетки (500 мкг, 2 мг), суспензия для приема внутрь (2 мг/5 мл) и инъекции в виде дексаметазона натрия фосфат (эквивалентен 4 мг/1 мл дексаметазона) (Органон®) или 3,3 мг/мл (Госпира®).

Обоснование: [6, 49, 73–76].

Диаморфин (Diamorphine)

Применение:

- Боль средней и сильной степени.
- Одышка.

Дозировка и пути введения:

Как правило, переводят дозу предыдущей анестезии в эквивалентную пероральную дозу морфина (ОМЕ).

Используйте следующие **стартовые** дозы у опиоид-наивных пациентов. Максимальная доза **относится** только к начальной дозе.

Острая или хроническая боль

Продолжительная подкожная или внутривенная инфузия:

- **Новорожденные:** начальная доза, 2,5 мкг/кг/ч, может быть повышена при необходимости до максимальной — 7 мкг/кг/ч.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 7–25 мкг/кг/ч (начальная максимальная доза 10 мг/24 ч) с корректировкой в зависимости от ответа.

Внутривенная инфузия, подкожная внутримышечная инъекция:

- **Новорожденные:** 15 мкг/кг каждые 6 ч с корректировкой в зависимости от ответа.
- **Дети в возрасте от 1 до 3 месяцев:** 20 мкг/кг каждые 6 ч с корректировкой в зависимости от ответа.
- **Дети в возрасте от 3 до 6 месяцев:** 25–50 мкг/кг каждые 6 ч с корректировкой в зависимости от ответа.
- **Дети в возрасте от 6 до 12 месяцев:** 75 мкг/кг каждые 4 ч с корректировкой в зависимости от ответа.
- **Дети в возрасте от 1 года до 12 лет:** 75–100 мкг/кг каждые 4 ч с корректировкой в зависимости от ответа. Максимальная начальная доза — 2,5 мг.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 75–100 мкг/кг каждые 4 ч с корректировкой в зависимости от ответа. Максимальная начальная доза — 2,5–5 мг.

Интраназальное или буккальное (нанесение на слизистую щеки) введение:

- **Дети с весом больше 10 кг:** 50–100 мкг/кг; максимальная разовая доза — 10 мг.

При интраназальном или буккальном введении может использоваться раствор для инъекций или назальный спрей (Лйенди®), имеющиеся в продаже и лицензированные для использования у детей в возрасте от 2 лет (вес 12 кг и выше) с целью купирования тяжелой острой боли.

720 мкг/нажатие:

Вес 12–18 кг: 2 впрыскивания в качестве разовой дозы.

Вес 18–24 кг: 3 впрыскивания в качестве разовой дозы.

Вес 24–30 кг: 4 впрыскивания в качестве разовой дозы.

1600 мкг/нажатие:

Вес 30–40 кг: 2 впрыскивания в качестве разовой дозы.

Вес 40–50 кг: 3 впрыскивания в качестве разовой дозы.

Прорывные боли

Буккальное введение, подкожная инъекция или внутривенная инфузия:

- При прорывных болях используйте 5–10% общей суточной дозы диаморфина каждые 1–4 ч.

Одышка

Буккальное введение, подкожная инъекция или внутривенная инфузия:

- Назначается как при лечении болевого синдрома, но в 50%-ной дозе, рассчитанной на купирование прорывных болей.

Примечания:

- Диаморфин в инъекциях лицензирован для лечения детей в терминальной стадии заболевания.
- При интраназальном или буккальном приеме диаморфина используется порошок, растворенный в воде для инъекций (путь введения не лицензирован); также может использоваться назальный спрей (лицензирован для использования при купировании тяжелой острой боли у детей с двух лет).

- У новорожденных известно о повышенной чувствительности к опиоидам в течение первого года жизни, поэтому интервал между введением препарата должен быть увеличен до 6–8 ч (особенно при нарушении функции почек), а также нужно проверять дозировку перед введением.
- При нарушении функции почек можно увеличить интервал между введением препарата, давать опиоиды лишь при необходимости, или титровать дозу до облегчения симптомов, или перейти на фентанил.
- При проведении непрерывной подкожной инфузии разбавление проводят водой для инъекций, т.к. несовместимость концентраций возникает выше 40 мг/мл 0,9%-ного раствора хлористого натрия.
- Диаморфин можно вводить с помощью подкожных инфузий в концентрации до 250 мг/мл.
- Инъекции морфина приходят на смену диаморфину, т.к. единственным преимуществом диаморфина является лучшая растворимость, когда необходимы высокие дозы препарата, а это нечасто является проблемой в педиатрии.
- Формы: инъекции (ампулы по 5 мг, 10 мг, 30 мг, 100 мг, 500 мг); назальный спрей 720 мкг/нажатие и 1600 мкг/нажатие (Айенди®).

Обоснование: [1, 2, 6, 33, 77, 78].

Диазепам (Diazepam)

Применение:

- Страх (анксиолитик кратковременного действия).
- Тревога.
- Панические атаки.
- Купирование мышечного спазма.
- Лечение эпилептического статуса.

Дозировка и пути введения:

Анксиолитическое действие, купирование панических атак, тревоги

Внутрь:

- Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 1–2 мг 3 раза в день.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 2–10 мг 3 раза в день.

Купирование мышечного спазма

Внутрь:

- Дети в возрасте от 1 до 12 месяцев: начальная доза 250 мкг/кг дважды в день.
- Дети в возрасте от 1 года до 5 лет: начальная доза 2,5 мг дважды в день.
- Дети в возрасте от 5 до 12 лет: начальная доза 5 мг дважды в день.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: начальная доза 10 мг дважды в день; максимальная общая дневная доза 40 мг.

Эпилептический статус

Внутривенная инъекция за 3–5 минут:

- Новорожденные: 300–400 мкг/кг разовая доза, повторить однократно через 10 минут при необходимости.
- Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет: 300–400 мкг/кг (максимум 10 мг), повторить однократно через 10 минут при необходимости.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 10 мг, повторить однократно через 10 минут при необходимости. (В больничных условиях однократная доза составляет до 20 мг.)

Ректально (раствор для введения в прямую кишку):

- Новорожденные: 1,25–2,5 мг, повторить однократно через 10 минут при необходимости.
- Дети в возрасте от 1 месяца до 2 лет: 5 мг, повторить однократно через 10 минут при необходимости.
- Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 5–10 мг, повторить однократно через 10 минут при необходимости.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 10 мг, повторить однократно через 10 минут при необходимости. (В больничных условиях однократная доза составляет до 20 мг.)

Примечания:

- Не использовать у больных с острой или тяжелой дыхательной недостаточностью, за исключением неминуемо умирающих.
- Ректороманоскоп не лицензирован для детей в возрасте до 1 года.
- Использовать с осторожностью при заболеваниях печени легкой или средней степени тяжести.
- Препарат метаболизируется группой ферментов печени из семейства цитохрома P450; возможно взаимодействие с сопутствующими препаратами, стимулирующими или ингибирующими данную группу ферментов. Может возникнуть усиление депрессорного эффекта в ЦНС при приеме диазепама в сочетании с такими препаратами, как нейролептики, антипсихотики, транквилизаторы, антидепрессанты, снотворные, анальгетики, анестетики, барбитураты и седативные антигистаминные препараты.
- Может вызывать дозозависимую сонливость и нарушение психомоторных и когнитивных навыков.
- Имеет почти 100%-ную биодоступность при пероральном или ректальном введении.
- Действие препарата наступает примерно через 15 минут при приеме внутрь и в течение 1–5 минут — при внутривенном введении. Раствор для введения в прямую кишку быстро всасывается из слизистой оболочки прямой кишки и достигает максимальной концентрации в сыворотке за 17 минут.
- Имеет длительный период полувыведения из плазмы — 24–48 ч; активный метаболит диазепама — нордиазепам, период полувыведения из плазмы которого — 48–120 ч.
- Раствор для приема внутрь можно вводить через гастростому. При введении через еюностому рекомендуется использовать таблетки, измельченные в воде, чтобы снизить осмотическое давление.

- **Формы:** таблетки (2 мг, 5 мг, 10 мг), раствор для приема внутрь (2 мг/5 мл, 5 мг/5 мл), для ректороманоскопа (2,4 мг, 5 мг, 10 мг) и инъекции (раствор 5 мг/мл и эмульсия 5 мг/мл).

Обоснование: [1, 2, 6, 12, 19, 25, 52, 79–84].

Натрия диклофенак (*Diclofenac sodium*)

Применение:

- Боль от легкой до умеренной и воспалительная реакция при повреждении мышц, костей.

Дозировка и пути введения:

Внутрь и ректально:

- **Дети в возрасте от 6 месяцев до 18 лет:** 0,3 мг/кг 3 раза в день, повышая до максимума при необходимости 1 мг/кг 3 раза в день (максимальная однократная доза — 50 мг).

Внутримышечная или внутривенная инъекция или инфузия:

- **Дети в возрасте от 2 до 18 лет:** начальная доза — 0,3 мг/кг 1–2 раза в день; максимально 150 мг/день и на протяжении максимум двух дней.

Примечания:

Вызывает закрытие артериального протока; противопоказан детям с врожденным пороком сердца!

- Не лицензирован для использования у детей младше 1 года. *Суппозитории* не лицензированы для детей младше 6 лет (за исключением детей старше 1 года с идиопатическим ювенильным артритом). Твердые лекарственные формы, содержащие более 25 мг, не лицензированы для детей. Инъекции (только для внутримышечного болюсного или внутривенного инфузионного введения) не лицензированы для использования у детей.
- Риск сердечно-сосудистых явлений на фоне применения НПВП у детей не определен. У взрослых применение лю-

бых НПВП (в том числе селективных ингибиторов циклооксигеназы-2) может в той или иной степени быть связано с небольшим повышением риска тромбоза (напр., инфаркта миокарда и инсульта) вне зависимости от исходных факторов риска сердечно-сосудистой системы и продолжительности использования НПВП. Однако максимальный риск имеют больные, принимающие высокие дозы препаратов в долгосрочной перспективе. Небольшое повышение тромбоцитического риска у детей не исключается.

- Прием любых НПВП связывают с желудочно-кишечной токсичностью. Данные об относительной безопасности НПВП у взрослых указывают на различный риск серьезных побочных эффектов верхних отделов ЖКТ, при этом пироксикам и кеторолак ассоциируются с наиболее высоким риском, индометацин, диклофенак и напроксен — со средним, а ибупрофен — с наименьшим (хотя прием высоких доз ибупрофена связывают со средним уровнем риска).
- Минимальная доза, которая дается в основном ректально, составляет 3,125 мг при разделении суппозитория в 12,5 мг на четверти (СС).
- При внутривенной инфузии разбавляют 5%-ным или 0,9%-ным раствором хлористого натрия и вливают в течение 30–120 минут.
- Растворимые таблетки можно вводить с помощью зонда для кормления. Таблетки измельчают непосредственно перед введением.
- Формы: таблетки/капсулы (25 мг, 50 мг, 75 мг с измененным высвобождением), растворимые таблетки (10 мг — у специализированных производителей, 50 мг), капсулы измененного высвобождения (75 мг, 100 мг), инъекции (25 мг/мл Вольтарол® для внутримышечной инъекции или внутривенной инфузии) и суппозитории (12,5 мг, 25 мг, 50 мг, 100 мг).

Обоснование: [2, 6, 12, 43].

Дигидрокодеин (Dihydrocodeine)

Применение:

- Боль от легкой до умеренной (уровень 2 Болевой шкалы ВОЗ) у пациентов с курабельным заболеванием.

Дозировка и пути введения:

Внутри или подкожная инъекция в глубокие слои кожи либо внутримышечная инъекция:

- **Дети в возрасте от 1 года до 4 лет:** 500 мкг/кг каждые 6–12 ч.
- **Дети в возрасте от 4 до 12 лет:** начальная доза — 500 мкг/кг (максимум 30 мг/доза) каждые 4–6 ч. Доза может быть повышена при необходимости до 1 мг/кг каждые 4–6 ч (максимум 30 мг/доза).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 30 мг (максимально 50 мг при внутримышечной или подкожной инъекции) каждые 4–6 ч.
- Таблетки с модифицированным высвобождением (пролонгированного действия — ретардные таблетки) можно использовать каждые 12 ч (применять $\frac{1}{2}$ от предыдущей общей дневной дозы).

Примечания:

- Большинство препаратов не лицензированы для детей старше 4 лет.
- Вызывает запор по сравнению с морфином или диаморфином и обладает насыщением обезболивающего действия.
- Дигидрокодеин — активное вещество, а не пропрепарат в отличие от кодеина.
- При пероральном введении его биодоступность составляет 20%, что равноценно кодеину (однако мнения разных специалистов в этом вопросе отличаются). В 2 раза эффективнее кодеина при парентеральном введении.
- Эффект достигается через 30 минут, продолжительность действия для таблеток с быстрым высвобождением — 4 часа.

- Побочные эффекты, как и у других опиоидов, плюс паралитическая непроходимость кишечника, боль в животе, парестезия.
- Меры профилактики: не применять или уменьшить дозу при печеночной или почечной недостаточности.
- Формы: таблетки (30 мг, 40 мг), раствор для приема внутрь (10 мг/5 мл), инъекционный препарат (препарат строгого учета) (50 мг/мл 1 мл ампула) и таблетки с измененным высвобождением (60 мг, 90 мг, 120 мг).

Обоснование: [2, 5, 33, 43] ЕА, СС для инъекций.

Докузат (Docusate)

Применение:

- Запоры (смягчает каловые массы).

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 6 месяцев до 2 лет:** начальная доза — 12,5 мг 3 раза в день; регулировать дозу в зависимости от полученного эффекта.
- **Дети в возрасте от 2 до 12 лет:** начальная доза — 12,5 мг 3 раза в день; повысить до 25 мг 3 раза в день по мере необходимости и регулировать в зависимости от полученного эффекта.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 100 мкг/кг 3 раза в день. До 500 мг ежедневно, разделив на дозы.

Ректально:

- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 1 клизма в качестве разовой дозы.

Примечания:

- Раствор для приема внутрь и капсулы для взрослых не лицензированы для применения у детей младше 12 лет.

- Препарат для приема внутрь действует в течение 1–2 дней.
- Ректальный препарат действует в течение 20 минут.
- Механизм: эмульгирующий, увлажняющий и стимулирующий, мягкого действия.
- Дозы могут быть увеличены по рекомендации врача.
- Формы: капсулы (100 мг), раствор для приема внутрь (12,5 мг/5 мл — для детей, 50 мг/5 мл — для взрослых) и клизмы (120 мг в 10 г разовой упаковке).

Обоснование: [2].

Домперидон (Domperidone)

Управление по контролю за оборотом лекарственных средств и медицинских изделий (Великобритания), апрель 2014 г.: «Домперидон связан с незначительным увеличением риска серьезных побочных эффектов сердечно-сосудистой системы. В настоящее время его использование ограничивается облегчением симптомов тошноты и рвоты, а дозировка и длительность применения были снижены. На сегодняшний день домперидон **противопоказан** для применения пациентам с сопутствующими сердечными заболеваниями и другими факторами риска».

В связи с этим показания и дозы, приведенные ниже, в значительной степени относятся к нелегализованному применению в конкретной группе пациентов. Используйте минимально эффективную дозу. Не используйте у пациентов с сердечными заболеваниями или другими факторами риска.

Применение:

- Тошнота и рвота, вызванные гипотонией стенки желудочно-кишечного тракта.
- Гастроэзофагальный рефлюкс, устойчивый к другому лечению.

Дозировка и пути введения:

Тошнота и рвота

Внутрь:

- **Дети старше 1 месяца и весом тела не более 35 кг:** начальная доза — 250 мкг/кг 3–4 раза в день, повышая при необходимости до 500 мкг/кг 3–4 раза в день; максимально 2,4 мг/кг (или 80 мг) за 24 ч.
- **Вес тела более 35 кг:** начальная доза — 10 мг 3–4 раза в день, повышая при необходимости до 20 мг/кг 3–4 раза в день; максимально 80 мг за 24 ч.

Ректально:

- **Вес тела 15–35 кг:** 30 мг дважды в день.
- **Вес тела более 35 кг:** 60 мг дважды в день.

Гастроэзофагальный рефлюкс и желудочно-кишечный стаз

Внутрь:

- **Новорожденные:** начальная доза 100 мкг/кг 4–6 раз в день до еды. Доза может быть увеличена при необходимости до 300 мкг/кг 4–6 раз в день.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 200 мкг/кг (максимальная разовая доза 10 мг) 3–4 раза в день до еды. Доза может быть увеличена при необходимости до 400 мкг/кг 3–4 раза в день. Максимальная разовая доза — 20 мг.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 10 мг 3–4 раза в день до еды. Доза может быть повышена при необходимости до 20 мг 3–4 раза в день.

Примечания:

- Повышенный риск серьезных желудочковых аритмий или внезапной сердечной смерти.
- Домперидон противопоказан при:
 - заболеваниях, при которых может нарушаться сердечная проводимость;
 - сопутствующих сердечных заболеваниях, например при застойной сердечной недостаточности;

- приеме других препаратов, которые удлиняют интервал QT (например, эритромицин или кетоконазол) или являются сильными ингибиторами CYP3A4;
- тяжелой печеночной недостаточности.
- Риск может повышаться при ежедневных дозах, превышающих 30 мг. Рекомендуется использовать в наименьших эффективных дозах.
- Препарат не лицензирован для применения при желудочно-кишечном стазе; не лицензирован у детей с гастроэзофагальным рефлюксом.
- Препарат обладает низкой способностью преодолевать гематоэнцефалический барьер, поэтому имеется низкая вероятность развития экстрапирамидных побочных эффектов по сравнению с метоклопрамидом.
- Способствует желудочно-кишечной перистальтике, поэтому нежелательным (или полезным) побочным эффектом может быть диарея.
- Не использовать при нарушениях функции печени.
- Для введения через зонд для кормления используйте суспензию с учетом общей суточной дозы сорбита. При введении через еюностому разбавьте суспензию как минимум равным объемом воды прямо перед введением.
- Формы: таблетки (10 мг), суспензия для приема внутрь (5 мг/5 мл) и суппозитории (30 мг).

Обоснование: [2, 3, 6, 12, 85–90].

Энтонокс (закись азота) (Entonox, nitrous oxide)

Применение:

- Саморегулируемая анальгезия без отключения сознания.
- Используется при необходимости анестезии при проведении болезненных перевязок.

Дозировка и пути введения:

Ингаляция:

- **Дети старше 5 лет:** самостоятельный прием через выпускной клапан аппарата. Смешивается до 50% с кислородом в соответствии с потребностями пациента.

Примечания:

- Обычно применяется как легкая анестезия.
- Эффект анестезии наступает и прекращается быстро.
- Использовать только для самостоятельного приема через выпускной клапан аппарата. Во всех других случаях требуется врач-анестезиолог, специализирующийся в области педиатрии.
- Опасно применение при наличии пневмоторакса или воздуха в полости черепа после черепно-мозговой травмы.
- Длительное применение может вызвать развитие мегалобластной анемии.
- Редко используется в хосписах, особенно если редко необходимо, в связи с затратами на обучение персонала, организацию и процедуры закупки.

Обоснование: [2, 91].

Эритромицин (Erythromycin)

Применение:

- Желудочно-кишечный стаз (агонист мотилиновых рецепторов).

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Новорожденные:** 3 мг/кг 4 раза в день.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 3 мг/кг 4 раза в день.

Примечания:

- Не лицензирован для использования у детей с желудочно-кишечным стазом.
- Эритромицин выводится преимущественно через печень, поэтому следует проявлять осторожность при введении антибиотика пациентам с нарушениями функции печени или одновременно принимающим потенциально гепатотоксические препараты.
- Является известным ингибитором системы цитохрома P450 и может повышать сывороточную концентрацию препаратов, которые метаболизируются этой системой. Необходимо осуществлять соответствующий контроль и корректировать дозу по мере необходимости. Особое внимание следует обратить на лекарства, которые продлевают интервал QT.
- Формы: таблетки (250 мг, 500 мг), суспензия для приема внутрь (125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл, 500 мг/5 мл).

Обоснование: [2, 92, 93] SR.

Этамзилат (Etamsylate)

Применение:

- Лечение кровотечения, включая кровотечение из новообразований.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Лица старше 18 лет:** 500 мг 4 раза в день, неограниченно или еще в течение недели после прекращения кровотечения.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для детей с кровотечением.
- Формы: таблетки (500 мг).

Обоснование: [1].

Эторикоксиб (Etoricoxib)

Применение:

- Противовоспалительный анальгетик. Вспомогательное вещество при скелетно-мышечных болях.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 12 до 16 лет:** начальная доза — 30 мг 1 раз в день. Доза может быть увеличена по мере необходимости до максимальной 60 мг один раз в день.
- **Дети в возрасте от 16 лет:** обычная доза — 30–90 мг 1 раз в день. Дозы до 120 мг использовались на краткосрочной основе при остром подагрическом артрите у взрослых.

Примечания:

- Селективный ингибитор циклооксигеназы (ЦОГ-2) для приема внутрь.
- Эторикоксиб не лицензирован для использования у детей младше 16 лет. Его фармакокинетика не изучалась у детей младше 12 лет.
- Может маскировать повышенную температуру и другие признаки воспаления.
- Все НПВП следует использовать с осторожностью у детей с гиперчувствительностью к НПВП или нарушениями свертывающей системы крови в анамнезе.
- Противопоказан больным с пептической язвой в активной форме или с активным кровотечением ЖКТ; тяжелой печеночной или почечной дисфункцией; воспалительным заболеванием кишечника или застойной сердечной недостаточностью.
- Риск сердечно-сосудистых явлений на фоне применения НПВП у детей не определен. У взрослых прием селективных ингибиторов ЦОГ-2, диклофенака (150 мг в день) и ибупрофена (2,4 г в день) связывают с повышенным риском тромботических эффектов (например, инфаркта миокарда и инсульта).

- Прием любых НПВП связывают с желудочно-кишечной токсичностью. Данные об относительной безопасности НПВП у взрослых указывают на различный риск серьезных побочных эффектов верхних отделов ЖКТ, при этом пироксикам и кеторолак ассоциируются с наиболее высоким риском, а ибупрофен в низких и средних дозах — с наименьшим. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 ассоциируются с более низким риском возникновения серьезных побочных эффектов верхних отделов ЖКТ, чем неселективные НПВП. По всей видимости, дети переносят НПВП лучше, чем взрослые, и у них реже встречаются побочные эффекты ЖКТ.
- Наиболее распространенные НЯ (1–10% больных): альвеолярный остеит; отек/задержка жидкости; головокружение, головная боль; учащенное сердцебиение, аритмия; артериальная гипертензия; бронхоспазм; боль в животе; запор, метеоризм, гастрит, изжога /кислотный рефлюкс, диарея, диспепсия/ дискомфорт в эпигастрии, тошнота, рвота, эзофагит, язва полости рта; повышение ААТ, повышение АСТ; подкожное кровоизлияние; астения/усталость, гриппоподобные заболевания.
- Потенциальные лекарственные взаимодействия включают варфарин (повышение МНО), диуретики, ингибиторы АПФ и антагонисты ангиотензина-II (повышенный риск нарушения почечной функции). Эторикоксиб, вероятно, не подавляет и не стимулирует ферменты семейства СYP. Тем не менее, его основной метаболический путь зависит от ферментов СYP (в первую очередь от СYP3A4), поэтому совместный прием с препаратами-индукторами или с ингибиторами этого пути может влиять на метаболизм эторикоксиба.
- Принимается внутрь с пищей или без пищи. Тем не менее начинает действовать быстрее при приеме без пищи.
- Таблетки эторикоксиба можно измельчить в 10 мл воды; образуются мелкие гранулы, которые быстро оседают и проходят через зонд для кормления или гастростому, не закупоривая ее.

- Формы: таблетки, покрытые оболочкой (30 мг, 60 мг, 90 мг, 120 мг). Таблетки содержат лактозу.

Обоснование: [1, 94] SR EA.

Фентанил (Fentanyl)

Применение:

- Уровень 2 Болевой шкалы ВОЗ при титрации разовой дозы.

Дозировка и пути введения:

Как правило, переводят дозу предыдущей анестезии в эквивалентную пероральную дозу морфина (ОМЕ).

Используйте следующие **начальные** дозы морфина у опиоид-наивных больных. Максимальная доза **относится** только к начальной дозе.

Трансмукозально (пастилка с аппликатором для введения через слизистую ротовой полости):

- **Дети в возрасте от 2 до 18 лет с весом более 10 кг:** 15 мкг/кг в качестве разовой дозы, титрованной до максимальной дозы 400 мкг (дозировка увеличивается под наблюдением врача).

Интраназально:

- **Новорожденные и дети в возрасте до 2 лет:** 1 мкг/кг в виде однократной дозы.
- **Дети в возрасте от 2 до 18 лет:** 1–2 мкг/кг однократная доза с начальной максимальной однократной дозой 50 мкг.

Трансдермальный пластырь или непрерывная инфузия:

На основании эквивалентной пероральной дозы морфина (дается на 24 часа).

Внутривенные инъекции:

- **Новорожденные или дети младшего возраста:** 1–2 мкг/кг медленно, в течение 3–5 мин, повторять каждые 2–4 ч.
- **Дети:** 1–2 мкг/кг медленно, каждые 30–60 мин.

Продолжительная внутривенная инфузия:

- **Новорожденные или дети младшего возраста:** сначала внутривенно струйно 1–2 мкг/кг (медленно, в течение 3–5 мин), с последующим уменьшением до 0,5–1 мкг/кг/ч.
- **Дети:** сначала внутривенно струйно 1–2 мкг/кг (медленно, в течение 3–5 мин), с последующим уменьшением до 0,5–1 мкг/кг/ч.

Пластырь фентанил 72 ч примерно эквивалентен следующим 24-часовым дозам морфина

соль морфина 30 мг в день	≡ Пластырь фентанил '12'
соль морфина 60 мг в день	≡ Пластырь фентанил '25'
соль морфина 120 мг в день	≡ Пластырь фентанил '50'
соль морфина 180 мг в день	≡ Пластырь фентанил '75'
соль морфина 240 мг в день	≡ Пластырь фентанил '100'

Примечания:

- Пластырь фентанил следует менять каждые 72 ч и поворачивать участок нанесения.
- Инъекции не лицензированы для детей младше двух лет. Пастилки и назальный спрей не лицензированы для использования у детей.
- Инъекционный раствор может быть назначен интраназально, если используется доза менее 50 мкг, которая является наименьшей действующей при применении назальных спреев.
- Инъекционный раствор можно вводить через капельный дозатор или через пульверизатор, единицы А+Е которого используются для интраназального диаморфина.
- Основным преимуществом фентанила по сравнению с морфином при приеме детьми является его доступность в качестве лекарственной формы для трансдермального введения.
- Может упрощать применение анальгетиков у пациентов с нарушением функции почек.
- Не применять или снизить дозу при нарушении функции печени.

Синтетический опиоид, структурно отличающийся от морфина, в связи с чем является идеальным заменителем опиоидов.

- Данные о том, что фентанил меньше вызывает запор по сравнению с морфином, не подтвердились в более поздних исследованиях [95].
- Технология изготовления пластырей обычно не подходит для начальной или титрационной фаз использования опиоидов в паллиативном лечении, т. к. для препарата характерна временная задержка наступления устойчивого эффекта.
- Польза от таблеток у детей ограничена доступностью дозировок и ненадежностью коэффициента пересчета доз, который варьируется между препаратами. Кроме того, примерный морфиновый эквивалент самой маленькой таблетки (200 мкг) — 30 мг; это означает, что она подходит для лечения прорывных болей только у детей, получающих общую суточную дозу, эквивалентную 180 мг морфина или выше. Дети старшего возраста часто предпочитают выплюнуть таблетку до ее полного растворения, что дает им более полный контроль над обезболиванием. Внимание: рекомендуется не сосать таблетки, а поворачивать в щечном кармане. Данная форма непригодна при болях у детей с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями, которые физически не могут держать таблетки во рту.
- Фармакокинетика фентанила при интраназальном введении благоприятна, однако не всегда является практичной и/или хорошо переносится детьми.

Фентанил цитрат:

- Интраназальный спрей (спрей с дозатором на 50 мкг, 100 мкг, 200 мкг Инстанил®). Спрей с дозатором (100 мкг, 400 мкг ПекФент).
- Таблетки с аппликатором для введения через слизистую ротовой полости (200 мкг, 400 мкг, 600 мкг, 800 мкг, 1,2 мг, 1,6 мг Актик®).
- Подъязычные таблетки (100 мкг, 200 мкг, 300 мкг, 400 мкг, 600 мкг, 800 мкг Абстрал®) и щечные таблетки (100 мкг,

200 мкг, 400 мкг, 600 мкг, 800 мкг Эффентора®; 200 мкг, 400 мкг, 600 мкг, 800 мкг, 1200 мкг Брейкил®).

- Пластыри (12 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, 100 мкг/ч).

Обоснование: [2, 4, 5, 8, 77, 96–107] СС.

Флуконазол (Fluconazole)

Применение:

- Кандидозная инфекция слизистой, инвазивные кандидозные инфекции и профилактика грибковых инфекций у пациентов с ослабленным иммунитетом.

Дозировка и пути введения:

Кандидозная инфекция слизистой

Внутрь или внутривенная инфузия:

- **Дети в возрасте до 2 недель:** 3–6 мг/кг в первый день, затем 3 мг/кг каждые 72 ч.
- **Дети в возрасте от 2 до 4 недель:** 3–6 мг/кг в первый день, затем 3 мг/кг каждые 48 ч.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** 3–6 мг/кг в первый день, затем 3 мг/кг (максимально 100 мг) ежедневно.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 50 мг/день. Повышают до 100 мг/день при сложных инфекциях.

Инвазивные кандидозные инфекции и криптококковые инфекции

Внутрь или внутривенная инфузия:

- **Новорожденные в возрасте до 2 недель:** 6–12 мг/кг каждые 72 ч.
- **Новорожденные в возрасте от 2 недель:** 6–12 мг/кг каждые 48 ч.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 6–12 мг/кг (максимально 800 мг) каждые 24 ч.

Профилактика грибковых инфекций у пациентов с ослабленным иммунитетом

Внутрь или внутривенная инфузия:

- **Новорожденные в возрасте до 2 недель:** 3–12 мг/кг каждые 72 ч.
- **Новорожденные в возрасте от 2 недель:** 3–12 мг/кг каждые 48 ч.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 3–12 мг/кг (максимально 400 мг) каждые 24 ч.

Примечания:

- Применяется в течение 7–14 дней при орофарингеальном кандидозе.
- Применяется в течение 14–30 дней при инфекции других слизистых оболочек.
- У пациентов с иммунодефицитами применяются другие режимы и длительность.
- Флуконазол — мощный ингибитор CYP2C9 и умеренный ингибитор CYP3A4. Кроме того, ингибирует CYP2C19. Необходимо тщательно наблюдать за пациентами, получающими флуконазол одновременно с препаратами, имеющими узкое терапевтическое окно и метаболизирующимися CYP2C9, CYP2C19 и CYP3A4.
- Наиболее распространенные (> 1/10) нежелательные реакции: головная боль, боли в животе, диарея, тошнота, рвота, повышение уровня АЛТ, АСТ, ЩФ, сыпь.
- При медленной внутривенной инфузии вводить в течение 10–30 минут. Не превышать скорость инфузии 5–10 мл/мин.
- Суспензию для приема внутрь можно вводить с помощью зонда для кормления.
- Формы: капсулы (50 мг, 150 мг, 200 мг), суспензия для приема внутрь (50 мг/5 мл, 200 мг/мл) и внутривенная инфузия (инфузионный мешок 2 мг/мл 2 мл, 50 мл или 100 мл).

Обоснование: [2, 12, 108, 109].

Флуоксетин (Fluoxetine)

Применение:

- Глубокая депрессия.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 8 до 18 лет:** начальная доза — 10 мг 1 раз в день. Можно увеличивать дозу через 1–2 недели максимально до 20 мг 1 раз в неделю при необходимости.

Примечания:

- Лицензирован для детей от 8 лет.
- Использовать с осторожностью для детей, требуется консультация психиатра.
- Повышение беспокойства на протяжении первых двух недель.
- Эффект на 3–4-й неделе.
- Учитывать длительный период полувыведения при выборе дозировки. Нельзя резко прекращать прием препарата.
- Эффективен также при нейропатической боли и неукротимом кашле.
- Суицидальное поведение в клинических испытаниях среди детей и подростков чаще наблюдалось среди получавших антидепрессанты по сравнению с плацебо. В педиатрических исследованиях широко сообщалось о мании и гипомании.
- Среди пациентов, получавших флуоксетин, наиболее часто сообщалось о таких побочных реакциях, как головная боль, тошнота, бессонница, усталость и понос. Интенсивность и частота неблагоприятных явлений могут снижаться; обычно они не приводят к прекращению терапии.
- Поскольку при метаболизме флуоксетина (как и у трициклических антидепрессантов и других селективных антидепрессантов серотонина) используется изофермент CYP2D6 системы цитохрома, сопутствующий прием препаратов, которые также метаболизируются этой ферментативной

системой, может приводить к лекарственным взаимодействиям.

- Нельзя принимать в сочетании с ингибиторами МАО.
- Формы: капсулы (20 мг) и жидкость для приема внутрь (20 мг/5 мл).

Обоснование: [1, 2, 110–117].

Габапентин (Gabapentin)

Применение:

- Вспомогательное средство при нейропатической боли.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети старше 2 лет:**
 - День 1: разовая доза 10 мг/кг (максимальная разовая доза — 300 мг).
 - День 2: 10 мг/кг 2 раза в день (максимальная разовая доза — 300 мг).
 - День 3 и далее: 10 мг/кг 3 раза в день (максимальная разовая доза — 300 мг).
 - В дальнейшем доза увеличивается максимально до 20 мг/кг при необходимости (максимальная разовая — доза 600 мг).
- **Дети в возрасте от 12 лет:** максимальная дневная доза может быть увеличена в зависимости от ответа до максимальной дозировки 3600 мг/день.

Примечания:

- Не лицензирован для применения у детей с нейропатической болью.
- Скорость титрования после первых трех дней колеблется между увеличением каждые три дня при быстром титровании и увеличением каждые 1–2 недели у ослабленных детей или при приеме других депрессантов ЦНС.

- Отсутствует соглашение о дозе при нейропатической боли. Указанные дозы основаны на применяемых при парциальных приступах и на опыте авторов.
- Требуется снижения дозы при почечной недостаточности. Обращайтесь к литературе производителя.
- Наиболее распространенные побочные эффекты (чаще, чем у 1 из 10): сонливость, головокружение, атаксия, вирусная инфекция, усталость, лихорадка.
- Капсулы могут быть вскрыты, но будут иметь горький вкус.
- Формы: капсулы (100 мг, 300 мг, 400 мг), таблетки (600 мг, 800 мг) и раствор для приема внутрь 50 мг/5 мл («Розмонт»; однако данный препарат содержит пропиленгликоль, ацесульфам К и сахарин натрия, и их уровни могут превышать рекомендуемые ВОЗ пределы суточного потребления при введении высоких доз препарата подросткам с низким весом (39–50 кг)).

Обоснование: [1, 2, 31, 33, 118–120] CC, SR

Гевискон® (Gaviscon)

Применение:

- Гастроэзофагальный рефлюкс, диспепсия и изжога.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Новорожденные** — дети в возрасте до 2 лет с весом менее 4,5 кг: 1 доза (половина двойной порции), если требуется, смешивается с едой или водой для младенцев, вскармливаемых грудью, максимально 6 доз в течение 24 ч.
- **Новорожденные** — дети в возрасте до 2 лет с весом более 4,5 кг: 2 дозы (1 двойная порция), если требуется, смешивается с едой или водой для младенцев, вскармливаемых грудью, максимально 6 доз в течение 24 ч.

Гевискон, жидкость

- Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 5–10 мл или 1 таблетка после еды и на ночь.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 10–20 мл или 1–2 таблетки после еды и на ночь.

Гевискон Эдванс

- Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 2,5–5 мл или 1 таблетка после еды и на ночь (только по назначению врача).
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 5–10 мл или 1–2 таблетки после еды и на ночь.

Примечания:

- Гевискон для младенцев в пакетах лицензирован для использования у младенцев и маленьких детей в возрасте до 2 лет, однако может использоваться в возрасте до 1 года только под наблюдением врача. Гевискон, жидкость и таблетки лицензированы для использования с двухлетнего возраста, однако могут использоваться у детей с 2 до 6 лет только под наблюдением врача. Гевискон Эдванс суспензия и таблетки разрешены к применению с 12 лет; могут использоваться в возрасте до 12 лет только под наблюдением врача.
- Гевискон для младенцев не применяется с загустителями или при чрезмерной потере жидкости (например, простуда, диарея, рвота).
- Гевискон, жидкость содержит 3,1 ммоль натрия в 5 мл; Гевискон таблетки содержат 2,65 ммоль натрия, а также аспартам. Гевискон Эдванс суспензия содержит 2,3 ммоль натрия и 1 ммоль калия на 5 мл, 2,25 ммоль натрия и 1 ммоль калия на 5 мл, а также аспартам. Гевискон для младенцев в пакетах содержит 0,92 ммоль натрия в дозе (половина двойного пакетика).
- Формы: Гевискон, жидкость и таблетки; Гевискон Эдванс, суспензия и таблетки; порции для младенцев (идет как двойная порция, каждая половина двойной порции считается одной дозой).

Обоснование: [1–3].

Глицерол (глицерин) (Glycerol)

Применение:

- Запор.

Дозировка и пути введения:

Ректально:

- **Новорожденные:** кусочек суппозитория глицерина (отрежьте маленький кусочек 1 г суппозитория лезвием).
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 1 года:** 1 г суппозитория для младенцев согласно требованиям.
- **Дети в возрасте от 1 года до 12 лет:** 2 г суппозитория для детей согласно требованиям.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 4 г суппозитория для взрослых согласно требованиям.

Примечания:

- Увлажните водой до использования.
- Гигроскопичное и смазывающее действие. Также может выступать в качестве ректального стимулятора.
- Эффект достигается обычно в течение 20 минут — 3 часов.
- Формы: суппозитории (1 г, 2 г, 4 г).

Обоснование: [1, 2, 43] СС.

Гликопиррония бромид (Glycopyrronium bromide)

Применение:

- Контроль секреции верхних дыхательных путей и гиперсаливации.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** начальная доза — 40 мкг/кг 3–4 раза в день. Доза может быть увеличена при необходимости до 100 мкг/кг 3–4 раза в день. Максимально до 2 мг 3 раза в день.

Подкожно:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 4 мкг/кг 3–4 раза в день. Доза может быть увеличена при необходимости до 10 мкг/кг 3–4 раза в день. Максимально до 200 мкг 4 раза в день.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 200 мкг каждые 4 ч при необходимости.

Непрерывная подкожная инфузия:

- **Дети от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 10 мкг/кг/24 ч. Доза может быть увеличена при необходимости до 40 мкг/кг/24 ч (максимум — 1,2 мг/24 ч).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 600 мкг/кг/24 ч. Доза может быть увеличена при необходимости до 1,2 мг/24 ч. Максимальная рекомендуемая доза — 2,4 мг/24 ч.

Примечания:

- Не лицензирован для контроля секреции верхних дыхательных путей и гиперсаливации у детей.
- Чрезмерная секреция может вызывать дискомфорт у детей, но чаще всего эта проблема больше беспокоит тех, кто ухаживает за ребенком.
- Начинать лечение гиперсаливации лучше до выраженных проявлений, при этом эффект будет более сильным.
- Гликопирроний не проникает через гематоэнцефалический барьер и поэтому имеет меньше побочных эффектов по сравнению с гиосцина гидробромидом. Обладает меньшим количеством побочных эффектов.
- Действует медленнее, чем гиосцин гидробромид или бутилбромид.
- Гликопирроний обладает очень низким всасыванием при приеме внутрь и широкой индивидуальной изменчивостью.

- При приеме внутрь можно давать раствор для инъекций или таблетки, измельченные и растворенные в воде. При введении через зонд для кормления таблетки можно измельчить в воде. Крупная суспензия оседает быстро. Шприц и зонд промывают, чтобы убедиться в полном введении дозы.
- Непрерывная подкожная инфузия: имеются данные о хорошей совместимости с другими препаратами, широко используемыми при паллиативной помощи.
- Формы: таблетки (1 мг, 2 мг — от компании импортера, поскольку таблетки не лицензированы в Великобритании); дозировка обычно не изменяется для детей, препарат дорогостоящий. Инъекция (200 мкг/мл в 1 мл ампулах) также может применяться перорально (нелицензированный путь введения). Пероральный раствор также готовится для немедленного приема из порошка гликопиррония и предоставляется производителем.

Обоснование: [2, 121–123].

Галоперидол (Haloperidol)

Применение:

- Тошнота и рвота вследствие метаболических нарушений или при сложностях оказания помощи, например при терминальной стадии почечной недостаточности.
- Беспокойство и спутанность сознания.
- Трудноизлечимая икота.
- Психоз, галлюцинации.

Дозировка и пути введения:

Внутрь при *тошноте и рвоте*:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 50 мкг/кг/сут (максимум 3 мг/сут) в несколько приемов. Дозу можно увеличивать в случае необходимости максимум до 170 мкг/кг/сут в несколько приемов.

- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 1,5 мг 1 раз в день на ночь. Доза увеличивается до 1,5 мг 2 раза в день; максимум 5 мг 2 раза в день.

Внутрь при *беспокойстве и спутанности сознания*:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 50 мкг/кг/сут (максимум 3 мг/сут) в несколько приемов. Дозу можно увеличивать в случае необходимости максимум до 170 мкг/кг/сут в несколько приемов.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 10–20 мкг/кг каждые 8–12 ч (максимум 10 мг/день).

Внутрь при *трудноизлечимой икоте*:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 50 мкг/кг/сут (максимум 3 мг/сут) в несколько приемов. Дозу можно увеличивать в случае необходимости максимум до 170 мкг/кг/сут в несколько приемов.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 1,5 мг 3 раза в день.

Непрерывная внутривенная или подкожная инфузия (по любым показаниям):

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 25 мкг/кг/сут (максимум 1,5 мг/сут). Дозу можно увеличивать в случае необходимости максимум до 85 мкг/кг/сут в несколько приемов.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 1,5 мг/сут. Дозу можно увеличивать при необходимости до максимально рекомендованной 5 мг/сут, при этом более высокие дозы могут использоваться только под наблюдением врача.

Примечания:

D2-рецепторный препарат, нейтрализующий действие другого препарата, типичный нейролептик.

- Препарат не лицензирован для детей с тошнотой и рвотой, беспокойством, спутанностью сознания или трудноизлечимой икотой. Инъекции лицензированы только для внутримышечного введения у взрослых. Внутривенное и подкожное введение не относится к общепринятым показаниям (у всех возрастных категорий).

- Галоперидол может приводить к потенциально смертельному удлинению интервала QT и двунаправленной желудочковой тахикардии, особенно при введении внутривенно (не по одобренным показаниям) или в дозировках, превышающих рекомендуемые. Необходимо с осторожностью назначать любые формы галоперидола пациентам с предрасположенностями, включая сердечные аномалии, гипотиреоз, семейный анамнез синдром длинного интервала QT, электролитный дисбаланс или при приеме других препаратов, удлиняющих интервал QT. Если важно внутривенное введение галоперидола, рекомендуется мониторинг ЭКГ на время введения препарата.
- Дозы при лечении спутанного сознания и беспокойства часто выше.
- Дозы для взрослых могут достигать 15 мг/24 ч в тяжелых случаях тревоги.
- Дозы для приема внутрь основаны на пероральной биодоступности, составляющей 50% от парентеральной, поэтому пероральные дозы в 2 раза выше парентеральных.
- Препарат полезен в качестве пролонгированного; достаточно принимать один раз в день.
- Растворы для приема внутрь можно вводить с помощью зонда для кормления.
- Формы: таблетки (500 мкг, 1,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг), капсулы (500 мкг), жидкость для приема внутрь (1 мг/мл, 2 мг/мл) и инъекция (5 мг/мл).

Обоснование: [1, 2, 6, 12, 75, 124–128].

Гидроморфон (Hydromorphone)

Применение:

- Альтернативный опиоидный анальгетик при острой боли, особенно, если другие сильные опиоиды плохо переносятся.
- Противокашлевое средство.

Дозировка и пути введения:

Как правило, переводят дозу предыдущей анестезии в эквивалентную пероральную дозу морфина (ОМЕ).

Используйте следующие **стартовые** дозы морфина у опиоид-наивных больных. Максимальная доза **относится** только к начальной дозе.

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 1 года до 18 лет:** 30 мкг — 2 мг/кг/доза каждые 3–4 ч. Дозировка повышается при необходимости. Капсулы измененного высвобождения с начальной дозой 4 мг каждые 12 ч могут использоваться, начиная с 12-летнего возраста.

Инъекция внутривенно или подкожно:

- **Дети в возрасте от 1 года до 18 лет:** начально — 15 мкг/кг/доза медленно, не менее 2–3 минут, каждые 3–6 ч.
- При пересчете из дозы для введения внутрь (эквивалентна половине дозы).

Примечания:

- Действие соответствующее действию препаратов класса болеутоляющих веществ, обладающих средством (агонистов) к мю-рецепторам.
- Инъекционное введение не лицензировано в Великобритании. Имеется возможность получить через компанию-импортера в качестве гидроморфона.
- Пероральная форма лицензирована для детей старше 12 лет с болевым синдромом, обусловленным онкологическим процессом.
- Биодоступность при пероральном введении препарата — 37–62% (широкая индивидуальная изменчивость), начало действия через 15 минут при подкожном введении и через 30 минут при введении внутрь. Максимальная плазменная концентрация составляет 1 ч при введении внутрь. Период полувыведения в плазме составляет 2,5 ч на ранней стадии, с продолжительной поздней стадией. Продолжительность действия: 4–5 ч.

- Соотношение активности препарата изменяется в большей степени, чем для других опиоидов. Причиной этого может быть индивидуальная изменчивость в метаболизме или в биодоступности.
- При пересчете перорального морфина на гидроморфон разделите дозу морфина на 5–7.
- При пересчете инъекционного морфина на гидроморфон разделите дозу морфина на 5–7.
- Дозировка при завершении терапии: при краткосрочной терапии (7–14 дней) оригинальную дозу снижают на 10–20% каждые 8 ч, постепенно увеличивая интервал времени. При длительной терапии дозу уменьшают не более чем на 10–20% в неделю.
- Необходимо с осторожностью применять при нарушениях функции печени, рекомендуется использовать сниженные начальные дозы.
- Капсулы измененного высвобождения принимаются каждые 12 ч.
- Капсулы (оба типа) могут быть вскрыты, и их содержимое может быть принято вместе с едой. Содержимое капсул нельзя вводить с помощью зонда для кормления, т.к. это может вызвать его засорение.
- Формы: капсулы (1,3 мг, 2,6 мг) и капсулы измененного высвобождения (2 мг, 4 мг, 8 мг, 16 мг, 24 мг).

Обоснование: [1, 2, 4, 5, 29, 33, 100, 101, 129, 130] СС, ЕА.

Гиосцин бутилбромид (Hyoscine butylbromide)

Применение:

- Вспомогательное вещество при болях, вызванных спазмами гладкомышечной мускулатуры желудочно-кишечного или мочеполового тракта.

- Контроль секреции, особенно когда стоит вопрос преодоления препаратом гематоэнцефалического барьера.

Дозировка и пути введения:

Внутрь, внутримышечные или внутривенные инъекции:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 4 лет: 300–500 мкг/кг (максимально 5 мг/доза) 3–4 раза в день.
- Дети в возрасте от 5 до 12 лет: 5–10 мг 3–4 раза в день.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 10–20 мг 3–4 раза в день.

Непрерывная подкожная инфузия:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 4 лет: 1,5 мг/кг/сут (максимально 15 мг/сут).
- Дети в возрасте от 5 до 12 лет: 30 мг/сут.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: до 60–80 мг/сут.
- Могут потребоваться большие дозировки; дозировка для взрослых — от 20–120 мг/сут (максимальная доза — 300 мг/сут).

Примечания:

- Не проникает через гематоэнцефалический барьер (в отличие от гиосцина гидробромида), следовательно, не оказывает антиэметического эффекта и не вызывает сонливости.
- Таблетки не сертифицированы для применения у детей младше 6 лет.
- Инъекции не лицензированы для применения у детей.
- Раствор для инъекций можно принимать внутрь или через питательные трубки. Если питательная трубка стоит в тощей кишке, используйте парентеральный путь. Раствор для инъекций можно хранить в течение 24 ч в холодильнике.
- Раствор для внутривенного применения необходимо вводить медленно, в течение как минимум одной минуты; его можно развести глюкозой 5%-ной или хлоридом натрия 0,9%-ным.
- Формы: таблетки (10 мг) и инъекции (20 мг/мл).

Обоснование: [1, 2, 12, 121, 123].

Гиосцин гидробромид (Hyoscine hydrobromide)

Применение:

- Контроль секреции верхних дыхательных путей и гиперсаливации.

Дозировка и пути введения:

Внутрь или под язык:

- Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 10 мкг/кг (максимальная разовая доза — 300 мкг) 4 раза в день.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 300 мкг 4 раза в день.

Трансдермально:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 3 лет: четверть пластыря каждые 72 ч.
- Дети в возрасте от 3 до 10 лет: половина пластыря каждые 72 ч.
- Дети в возрасте от 10 до 18 лет: целый пластырь каждые 72 ч.

Инъекция внутримышечно или внутривенно:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет: 10 мкг/кг (максимально 600 мкг) каждые 4–8 ч или длительная подкожная или внутривенная инфузия 40–60 мкг/кг/24 ч. Максимальная суточная доза — 2,4 мг; использование больших доз возможно в специализированных отделениях.

Примечания:

- Не сертифицирован для контроля секреции верхних дыхательных путей и гиперсаливации у детей.
- Большие дозы применяются по рекомендации специалиста.
- Препарат может вызывать бред или оказывать седативный эффект (иногда парадоксальные раздражения) при приеме нескольких доз. Вызывает запор.
- Пластырь наклеивается на участок кожи, не покрытый волосами, обычно за ухом.
- Может вызывать изменение размера зрачка со стороны, где он находится.

- Некоторые специалисты не рекомендуют разрезать пластыри, однако производители «Scopoderm TTS» утверждают, что это безопасно.
- Раствор для инъекций можно принимать перорально.
- Формы: таблетки (150 мкг, 300 мкг), пластыри (высвобождают 1 мг/72 ч) и инъекции (400 мкг/мл, 600 мкг/мл). Раствор для приема внутрь доступен непосредственно от производителей.

Обоснование: [1, 2, 43, 121–123].

Ибупрофен (Ibuprofen)

Применение:

- Болеутоляющее средство.
- Гипертермия.
- Вспомогательное вещество при скелетно-мышечных болях.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Новорожденные:** 5 мг/кг/доза каждые 12 ч.
- **Дети в возрасте от 1 до 3 месяцев:** 5 мг/кг 3–4 раза в день, предпочтительно после еды.
- **Дети в возрасте от 3 до 6 месяцев:** 50 мг 3 раза в день, предпочтительно после еды; в тяжелых случаях до 30 мг/кг в день 3–4 отдельными дозами.
- **Дети в возрасте от 6 месяцев до 1 года:** 50 мг 3–4 раза в день, предпочтительно после еды; в тяжелых случаях до 30 мг/кг в день 3–4 отдельными дозами.
- **Дети в возрасте от 1 года до 4 лет:** 100 мг 3 раза в день, предпочтительно после еды; в тяжелых случаях до 30 мг/кг в день 3–4 отдельными дозами.
- **Дети от 4 до 7 лет:** 150 мг 3 раза в день, предпочтительно после еды; в тяжелых случаях до 30 мг/кг в день 3–4 отдельными дозами.

- **Дети в возрасте от 7 до 10 лет:** 200 мг 3 раза в день, предпочтительно после еды; в тяжелых случаях до 30 мг/кг в день 3–4 отдельными дозами. Максимальная суточная доза — 2,4 г.
- **Дети в возрасте от 10 до 12 лет:** 300 мг 3 раза в день, предпочтительно после еды; в тяжелых случаях до 30 мг/кг в день 3–4 отдельными дозами. Максимальная суточная доза — 2,4 г.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 300–400 мг 3–4 раза в день, предпочтительно после еды; в тяжелых случаях доза может быть увеличена максимум до 2,4 г в день.

Боли и воспаление при ревматизме, включая идиопатический ювенильный артрит:

- **Дети в возрасте от 3 месяцев до 8 лет с массой тела более 5 кг:** 30–40 мг/кг в день 3–4 равными дозами, предпочтительно после еды. Максимальная суточная доза — 2,4 г.

При системном идиопатическом ювенильном артрите:

- До 60 мг/кг в день 4–6 отдельными дозами. Максимальная суточная доза — 2,4 г (не относится к общепринятым показаниям).

Примечания:

- Приводит к закрытию артериального протока; препарат противопоказан при *ductus*-зависимом врожденном пороке сердца.
- Лицензирован как средство для лечения орфанного заболевания — открытого артериального протока у недоношенных новорожденных.
- Не лицензирован для использования у детей младше 3 месяцев и с массой тела менее 5 кг.
- Средства местного применения и гранулы не лицензированы для детей.
- Ибупрофен сочетает противовоспалительные, болеутоляющие и жаропонижающие свойства. Он имеет меньше побочных эффектов, чем другие НПВП, но его противовоспалительные свойства слабее.
- Риск воздействия на сердечно-сосудистую систему вследствие использования НПВП у детей неизвестен. У взрослых все НПВП (в том числе селективные ингибиторы циклооксиге-

назы-2) могут в той или иной степени незначительно увеличивать риск тромбообразования (например, инфаркта миокарда и инсульта) независимо от базовых сердечно-сосудистых факторов риска и продолжительности использования НПВП; при этом наибольший риск возникает у больных, получающих высокие дозы в течение длительного времени. У детей нельзя исключать небольшой повышенный риск тромбообразования.

- Все НПВП связаны с желудочно-кишечной токсичностью. У взрослых данные об относительной безопасности НПВП указывают на разницу в рисках серьезных побочных действий в верхних отделах желудочно-кишечного тракта: пироксикам и кеторолак связаны с максимальным риском; индометацин, диклофенак и напроксен связаны с промежуточным риском, а ибупрофен — с низким, хотя высокие дозы ибупрофена ассоциировались с промежуточным риском).
- Следует соблюдать осторожность в случае использования препарата при астме и отслеживать симптомы гастрита.
- При продолжительном применении ибупрофена рекомендуется использовать препараты из группы ингибиторов протонной помпы.
- Для введения через зонд для энтерального питания используют жидкую лекарственную форму; ее разбавляют равным объемом воды непосредственно перед введением, если это возможно.
- Формы: таблетки (200 мг, 400 мг, 600 мг), капсулы (300 мг), сироп для перорального применения (100 мг/5 мл), гранулы (600 мг/саше), а также спрей, кремы и гели (5%).

Обоснование: [1–3, 12, 131].

Ипратропий бромид (Ipratropium Bromide)

Применение:

- Свистящее дыхание/остановка дыхания, вызванная бронхоспазмом.

Дозировка и пути введения:

Раствор для распыления:

- Дети младше 1 года: 62,5 мкг 3–4 раза в день.
- Дети в возрасте от 1 года до 5 лет: 125–250 мкг 3–4 раза в день.
- Дети в возрасте от 5 до 12 лет: 250–500 мкг 3–4 раза в день.
- Дети старше 12 лет: 500 мкг 3–4 раза в день.

Аэрозольные ингаляции:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 6 лет: 20 мкг 3 раза в день.
- Дети в возрасте от 6 до 12 лет: 20–40 мкг 3 раза в день.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 20–40 мкг 3–4 раза в день.

Примечания:

- Препарат для ингаляций должен быть использован с соответствующим устройством, необходимо обучить ухаживающего работе с прибором.
- При сильных приступах астмы использовать препарат через небулайзер с кислородом.
- При тяжелых приступах астмы ингаляции можно повторять каждые 20–30 минут в первые два часа, затем, если необходимо, каждые 4–6 часов.
- Формы: раствор для распыления (250 мкг в 1 мл, 500 мкг в 2 мл), раствор для аэрозольных ингаляций (20 мкг/доза).

Обоснование: [2, 6] RE.

Кетамин (Ketamine)

Применение:

- Вспомогательное средство при использовании сильных опиатов при нейропатической боли.
- Для уменьшения болей, связанных с нарушением функции NMDA-рецепторов и развившейся толерантностью (привыканием) к опиоидным анальгетикам.

Дозировка и пути введения:

Внутрь или под язык:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 150 мкг/кг, по мере необходимости, или регулярно каждые 6–8 ч; увеличивать по 150 мкг/кг до 400 мкг/кг. Существуют данные об использовании взрослых дозировок 3 мг/кг.
- **Дети в возрасте старше 12 лет и взрослые:** 10 мг, по мере необходимости, или регулярно каждые 6–8 ч; увеличивать по 10 мг до 50 мг. Существуют данные о дозировках для взрослых, достигающих до 200 мг 4 раза в день.

Продолжительная подкожная или внутривенная инъекция:

- **Дети в возрасте от 1 месяца и взрослые:** начальная доза — 40 мкг/кг/ч. Увеличивать дозу в зависимости от ответа; обычная максимальная доза — 100 мкг/кг/ч. Существуют данные о дозах для детей, достигающих 1,5 мг/кг/ч, и для взрослых, достигающих 2,5 мг/кг/ч.

Примечания:

- Антагонист N-метил-D-аспартата.
- Применяется только специалистами.
- Не лицензирован для применения у детей с нейропатической болью.
- Большие дозы (болюсные инъекции: 1–2 мг/кг, вливания: 600–2700 мкг/кг в час) используются как обезболивающее средство, например, для проведения коротких манипуляций.
- При использовании под язык необходимо приготовить раствор объемом не более 2 мл. Горький вкус может вызвать дискомфорт при таком пути введения. В Великобритании доступна подъязычная лекарственная форма.
- Дозы препарата, применяемого внутрь, могут составлять $\frac{1}{3}$ от дозы, вводимой внутривенно или подкожно, поскольку действие кетамин усиливается при эффекте первого прохождения через печень. В других источниках упоминается соотношение 1:1 при пересчете подкожной формы в пероральную (см. Бенитес-Росарио).

- К побочным эффектам относятся тревожное возбуждение, галлюцинации, волнение, дисфория и нарушение сна. У детей побочные эффекты менее выражены.
- Кетамин может вызвать такие симптомы в мочевыводящих путях, как частое мочеиспускание, непреодолимые позывы к мочеиспусканию, дизурия и гематурия. Рассмотреть вопрос о прекращении приема кетамина при возникновении данных симптомов (см. Шахани, 2007; Чен).
- С осторожностью давать при острой печеночной недостаточности. Рассмотреть вариант снижения дозы.
- При внутривенной или подкожной инфузии препарат разводят в 0,9%-ном физиологическом растворе.
- Препарат можно вводить как отдельно, так и с инфузией опиоидного средства.
- Можно использовать интраназально или в качестве геля локального применения.
- Формы: инъекции (10 мг/мл, 50 мг/мл и 100 мг/мл) и раствор для применения внутрь (50 мг в 5 мл) (от производителя). Раствор для инъекций можно применять перорально. Для маскировки горького вкуса смешать с ароматизированным безалкогольным напитком.

Обоснование: [101, 132–142] СС, ЕА

Кеторолак (Ketorolac)

Применение:

- Краткосрочное устранение умеренно тяжелой острой послеоперационной боли; ограниченные данные о длительном использовании при хронических болях.

Дозировка и пути введения:

Краткосрочное смягчение умеренной и тяжелой острой послеоперационной боли (примечание: лицензированная продолжительность дей-

ствия составляет максимум 2 дня; не лицензирован для использования у подростков и детей в возрасте до 16 лет)

Внутривенное (в течение как минимум 15 с.) или внутримышечное введение однократной дозы:

- **Дети в возрасте от 1 года до 16 лет:** первоначально — 0,5–1 мг/кг (максимально 10 мг), а затем — 500 мкг/кг (максимально 15 мг) каждые 6 ч по мере необходимости; максимально 60 мг в день.
- **Дети старше 16 лет:** первоначально 10 мг, затем 10–30 мг каждые 4–6 ч, по мере необходимости (макс. каждые 2 ч в течение первоначального послеоперационного периода); максимально 90 мг в день (для пациентов с массой тела менее 50 кг — максимально 60 мг).

Хроническая боль при паллиативном лечении (нелицензированные показания; данные ограничены и плохого качества. Имеются отдельные сообщения об эффективности у пациентов с болями в костях, не реагирующих на пероральные НПВП)

Подкожно болюсно:

- **Дети старше 16 лет:** 15–30 мг/доза три раза в день

Длительная подкожная инфузия

- **Дети старше 16 лет:** начальная доза 60 мг/24 ч. При необходимости увеличивать дозу по 15 мг/24 ч (максимально до 90 мг/24 ч).

Примечания:

- НПВП с мощным болеутоляющим действием и умеренным противовоспалительным действием.
- Лицензирован только для краткосрочного смягчения (максимум 2 дня) умеренной или тяжелой острой послеоперационной боли у взрослых и подростков от 16 лет.
- Подкожное введение не лицензировано.
- Противопоказания: имеющаяся гиперчувствительность к кеторолаку или к другим НПВП; история астмы; язвенная болезнь желудка или история желудочно-кишечных кровотечений; тяжелая сердечная, печеночная или почечная недо-

статочность; подозреваемое или подтвержденное цереброваскулярное кровотечение или расстройства коагуляции. Не используйте в сочетании с другими НПВП.

- Доза для взрослых с легкой почечной недостаточностью не должна превышать 60 мг/день.
- Все НПВП связаны с желудочно-кишечной токсичностью. У взрослых данные об относительной безопасности НПВП указывают на то, что кеторолак и пироксикам связаны с высоким риском. Используют наименьшую эффективную дозу в течение кратчайшего срока. Кроме того, рассматривают вопрос об использовании кеторолака в сочетании с гастропротекторным препаратом, особенно если кеторолак применяется длительно (за пределами лицензированных показаний). Применение кеторолака у взрослых сопровождается в 15 раз более высоким риском осложнений в верхних отделах ЖКТ и в 3 раза повышает риск по сравнению с другими неселективными НПВП.
- У взрослых использование НПВП может быть в различной степени связано с небольшим повышением риска тромботических эффектов. Риск сердечно-сосудистых эффектов в результате НПВП у детей неизвестен, однако у взрослых кеторолак связан с самым высоким риском инфаркта миокарда среди всех НПВП.
- Другие возможные побочные эффекты. Очень часто (более 10% пациентов): головная боль, диспепсия, тошнота, боль в животе; часто (1–10% пациентов): головокружение, шум в ушах, отеки, гипертония, анемия, стоматит, нарушение функции почек, зуд, пурпура, сыпь, кровотечение и боль в месте инъекции. При длительном использовании риск неблагоприятных последствий может увеличиваться.
- Лекарственные взаимодействия включают: антикоагулянты (противопоказаны, т.к. данное сочетание может приводить к повышенному антикоагулянтному эффекту); кортикостероиды (повышенный риск желудочно-кишечного изъязвления или кровотечения); диуретики (риск снижения мочегонного

- эффекта и повышенный риск развития нефротоксичности НПВП); другие потенциальные нефротоксические препараты.
- Начало действия при внутривенном и внутримышечном введении: 10–30 мин; максимальное обезболивание достигается в течение 1–2 ч, а средняя продолжительность действия составляет 4–6 ч.
 - Подкожные инъекции могут вызывать раздражение, поэтому предлагается разбавлять до наибольшего возможного объема (0,9% NaCl). В растворе имеются щелочи, поэтому при смешивании с кислыми препаратами существует высокий риск несовместимости. Имеются данные о совместимости в 0,9%-ном солевом растворе с диаморфином и оксикодоном. Подтверждена несовместимость с циклизинумом, гликопиррониумом, галоперидолом, левомепромазином, мидазоламом и морфином.
 - Формы: инъекции (30 мг/мл). В инъекции в качестве вспомогательного вещества содержится этанол.
 - Таблетки для приема внутрь (10 мг) и инъекции (10 мг/мл) в Великобритании больше не продаются (сняты с производства в начале 2013 г. из-за отсутствия спроса).

Обоснование: [1, 143–153].

Лактулоза (Lactulose)

Применение:

- Запор и недержание кала, сопутствующее запорам
- Печеночная энцефалопатия и кома.

Дозировка и пути введения:

Запоры:

Внутрь: начальная доза дважды в день, затем в зависимости от реакции пациента:

- **Новорожденные:** 2,5 мл/доза 2 раза в день.

- Дети в возрасте от 1 месяца до 1 года: 2,5 мл/доза 1–3 раза в день.
- Дети в возрасте от 1 до 5 лет: 5 мл/доза 1–3 раза в день.
- Дети в возрасте от 5 до 10 лет: 10 мл/доза 1–3 раза в день.
- Дети в возрасте от 10 до 18 лет: 15 мл/доза 1–3 раза в день.

Печеночная энцефалопатия:

- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 30–50 мл 3 раза в день в качестве начальной дозы. Скорректировать дозу таким образом, чтобы мягкий стул был 2–3 раза в день.

Примечания:

- Лицензирован при лечении запоров у всех возрастных групп. Не лицензирован для применения у детей с печеночной энцефалопатией.
- Побочные эффекты могут выражаться в тошноте и метеоризме с коликами, особенно при приеме больших доз препарата. Начальный метеоризм проходит через несколько дней.
- Меры предосторожности и противопоказания: галактоземия, непроходимость кишечника. Соблюдать осторожность при непереносимости лактозы.
- Использование ограничено, т.к. при оказании паллиативной помощи часто лучше действуют макроголи. Однако объем в дозе макроголов в 5–10 раз больше, чем в лактулозе, и некоторые пациенты не могут его переносить.
- Имеет неприятный вкус.
- Действие может начаться через 36–48 ч.
- Можно принимать с водой или с другими напитками.
- Препарат неэффективен при запорах, вызванных применением опиатов: необходимо стимулирующее средство.
- 15 мл в день = 14 ккал, поэтому для диабетиков безопасен.
- Препарат не раздражает и напрямую не действует на слизистую кишечника.
- Формы: раствор 10 г/15 мл для приема перорально. Дешевле мовикола (Movicol, макрогол).

Обоснование: [1, 2, 5, 6, 43, 154–156].

Лансопризол (Lansoprazole)

Применение:

- Гастроэзофагальный рефлюкс; эрозивный эзофагит; профилактика и лечение раздражения желудка и пищевода, вызываемого НПВП; лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети весом менее 30 кг:** 0,5–1 мг/кг при максимальной дозе 15 мг один раз в день утром.
- **Дети весом более 30 кг:** 15–30 мг раз в день утром.

Примечания:

- Лансопризол не лицензирован в Великобритании для применения у младенцев, детей и подростков. Однако лансопризол лицензирован в США для детей в возрасте от 1 года. Точные дозы ограничены имеющимися технологиями приготовления лекарственных средств.
- Лансопризол является ингибитором протонной помпы в желудке. Он подавляет конечную стадию формирования желудочной кислоты путем ингибирования активности H⁺/K⁺-АТФ-азы в париетальных клетках в желудке. Ингибирование является дозозависимым и обратимым, и этот эффект относится как к базальной, так и к стимулированной секреции желудочной кислоты.
- Для достижения оптимального эффекта препарат лучше всего принимать один раз в день по утрам.
- Препарат принимают как минимум за 30 минут до еды, т.к. прием с пищей замедляет его поглощение и уменьшает биодоступность.
- Дозу можно увеличить, если симптомы устранены не полностью (также рассматривают возможность увеличения однократной ежедневной дозы или приема 2 раза в сутки).

- Исследования, проведенные у новорожденных и детей, показывают, что для терапевтического подавления выделения желудочной кислоты они, вероятно, нуждаются в более высоких дозах, чем взрослые.
- Существуют неофициальные данные, показывающие, что для приема дозы 7,5 мг таблетки FasTabs лансопризола можно делить на две части.
- Для пациентов с почечной недостаточностью регулировать дозу не требуется. Пациентам с умеренной или тяжелой печеночной недостаточностью рекомендуется снижение дозы (50%).
- При длительном использовании может развиваться гипомagnesемия
- Частые побочные эффекты (от > 1:100 до <1:10): головная боль, головокружение, тошнота, диарея, боль в животе, запор, рвота, метеоризм, сухость во рту, фарингит, повышение уровня печеночных ферментов, крапивница, зуд, сыпь.
- Лансопризол может влиять на поглощение других препаратов в случаях, когда рН желудка имеет критичное значение для их биодоступности (например, атазанавира, итраконазола); может увеличивать уровни дигоксина и повышать плазменную концентрацию препаратов, метаболизируемых CYP3A4 (например, теофиллина и такролимуса). Препараты, которые ингибируют или индуцируют CYP2C19 или CYP3A4, могут влиять на концентрацию лансопризола в плазме. Сукральфат и антациды могут снижать биодоступность лансопризола.
- Капсулы: капсулы следует проглатывать целиком, запивая жидкостью. Для пациентов с затрудненным глотанием: исследования и клиническая практика показывают, что капсулы можно вскрыть, а гранулы смешать с небольшим количеством воды, яблочного или томатного сока или рассыпать по небольшому количеству мягкой пищи (например, йогурту или яблочному пюре).
- FasTabs: положите на язык и слегка посасывайте. FasTab быстро растворяется во рту, выделяя устойчивые к желудочно-

му соку микрогранулы, которые нужно проглотить. FasTabs можно глотать целиком с водой или в смеси с небольшим количеством воды. FasTabs содержат лактозу и аспартам и должны использоваться с осторожностью у пациентов с фенилкетонурией.

- Для введения по назально-желудочному пути или через гастростому FasTabs лансопразола можно растворить в 10 мл воды и вводить через назогастральный зонд 8Fr без закупоривания. Для зондов меньшего диаметра содержимое капсулы с лансопразолом растворяют перед введением в 8,4%-ном растворе бикарбоната натрия. Если трубка закупоривается, используют бикарбонат натрия для растворения капсул, застрявших в трубке. Лансопразол реже вызывает закупорку зондов малого диаметра, чем омепразол.
- Формы: капсулы (15 мг, 30 мг) и FasTabs (15 мг, 30 мг Zoton®).

Обоснование: [1, 2, 12, 157–170]

Левомепромазин (Levomepromazine)

Применение:

- Противорвотное средство широкого спектра при рвоте различного генеза.
- Препарат второго ряда при неэффективности других антиэметиков.
- При сильных болях, не поддающихся смягчению другими мерами; может быть полезен больным, находящимся в очень тяжелом состоянии.
- Седативный эффект при терминальном возбуждении, особенно в конце жизни.

Дозировка и пути введения:

Как противорвотное средство:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 2 до 12 лет:** начальная доза — 50–100 мкг/кг 1 или 2 раза в день. Может быть увеличена по мере необходимости, в зависимости от переносимости, не должна превышать 1 мг/кг/доза (или максимально 25 мг/доза). Принимается 1 или 2 раза в день.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 3 мг 1 или 2 раза в день. Может быть увеличена по мере необходимости, в зависимости от переносимости, не должна превышать 25 мг. Принимается 1 или 2 раза в день.

Непрерывная инфузия внутривенно или подкожно в течение 24 ч:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 100 мкг/кг/24 ч, может быть увеличена по мере необходимости до максимальной 400 мкг/кг/24 ч (максимально 25 мг/24 ч).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза 5 мг/24 ч, может быть увеличена по мере необходимости до максимальной 25 мг/24 ч.

С целью седации:

Инфузия подкожно в течение 24 ч:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 350 мкг/кг/24 ч (максимально 12,5 мг), при необходимости может быть увеличена до 3 мг/кг/24 ч.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 12,5 мг/24 ч, при необходимости может быть увеличена до 200 мг/24 ч.

Обезболивание

- У взрослых начальная доза — 12,5 мг/доза внутрь или подкожно. Необходимо титровать дозу в зависимости от ответа; как правило, максимальная суточная доза для взрослых составляет 100 мг подкожно или 200 мг перорально.

Примечания:

- Препарат сертифицирован для применения у детей в терминальных состояниях с целью уменьшения боли и снятия возбужденного и стрессового состояния.

- Малые дозы эффективны как противорвотное средство. Титровать по мере необходимости. Более высокие дозы оказывают сильный седативный эффект, что может ограничивать увеличение дозы.
- Если самочувствие ребенка не является стабильным при высокой дозировке и приводит к тошноте и рвоте, пересматривают лечение и используют препарат в сочетании с другими.
- Существуют данные о применении у взрослых малых доз буккально в качестве противорвотного средства (например, 1,5 мг 3 раза в день).
- Препарат может вызывать гипертензию, особенно при использовании больших дозировок. Частыми побочными эффектами являются сонливость и слабость.
- Согласно полученным отчетам, левомепромазин и его негидроксилированные метаболиты являются сильными ингибиторами цитохрома P450 2D6. Совместное введение левомепромазина с препаратами, которые метаболизируются ферментной системой цитохрома P450 2D6, может приводить к повышению концентрации таких препаратов в плазме, что может усиливать их терапевтические воздействие и побочные эффекты.
- Не использовать/с осторожностью у пациентов с дисфункцией печени или сердечными заболеваниями.
- Для получения меньших доз таблетки можно делить на две или на четыре части. Таблетки и их фрагменты можно растворять в воде для введения через зонд для энтерального питания.
- Для подкожной инфузии развести в физиологическом растворе 0,9%. Также можно использовать воду для инъекций. Доза для подкожного введения считается в 2 раза более эффективной, чем при пероральном введении.
- Формы: таблетки (25 мг) и инъекции (25 мг/мл). Таблетки 6 мг также доступны через специализированные импортирующие компании. Можно приготовить раствор для приема внутрь.

Обоснование: [1, 2, 5, 12, 171–173] СС, ЕА.

Пластырь с лидокаином (Lignocaine patch)

Применение:

- Локализованная боль нейропатического характера.

Дозировка и пути введения:

Местно:

- **Дети в возрасте от 3 до 18 лет:** наклеить 1–2 пластыря на пораженный участок (участки). Наклеивать пластырь 1 раз в день на 12 ч, затем сделать перерыв на 12 ч без пластыря (с целью снизить риск возникновения кожных реакций).
- **Взрослые старше 18 лет:** наклеить до трех пластырей на пораженный участок (участки). Наклеивать пластырь 1 раз в день на 12 ч, затем сделать перерыв на 12 ч без пластыря (с целью снизить риск возникновения кожных реакций).

Примечания:

- Препарат не лицензирован для применения у детей или подростков младше 18 лет.
- Разрезать пластырь по размеру и по форме болезненного участка. НЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ на пораженной коже или вокруг глаз.
- Если используется медицинский пластырь с 5% лидокаина, то он применяется в соответствии с максимально рекомендованной дозой (3 пластыря наклеиваются одновременно на период 12 ч). В организме в целом присутствует примерно $3 \pm 2\%$ от общей используемой дозы лидокаина как в случае однократного применения, так и при многократном применении.
- Максимально рекомендуемое количество пластырей для применения взрослыми составляет 3 пластыря на один прием.
- Пластырь содержит пропиленгликоль, что может вызвать раздражение кожи. Также содержит метилпарагидроксибензоат и пропилапарагидроксибензоат, которые могут вызывать аллергические реакции (возможно, с задержкой). Приблизительно у 16% пациентов могут возникать побочные эффекты.

Они представляют собой локализованные реакции, вызываемые составом лекарственного средства.

- Пластырь необходимо использовать с осторожностью у пациентов с тяжелой сердечной, почечной или печеночной недостаточностью.
- Недавний анализ анатомического участка размещения пластыря позволил предположить, что аппликация на голову переносится хуже по сравнению с туловищем или конечностями.
- Дозы экстраполированы из БНФ за март 2012 года.
- Формы: пропитанный пластырь 700 мг (5% лидокаина).

Обоснование: [1, 5, 174–179] СС, ЕА.

Ломотил® (Lomotil, co-phenotrope)

Применение:

- Диарея неинфекционного генеза.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- Дети в возрасте от 2 до 4 лет: $\frac{1}{2}$ таблетки 3 раза в день.
- Дети в возрасте от 4 до 9 лет: 1 таблетка 3 раза в день.
- Дети в возрасте от 9 до 12 лет: 1 таблетка 4 раза в день.
- Дети в возрасте от 12 до 16 лет: 2 таблетки 3 раза в день.
- Дети в возрасте от 16 до 18 лет: сначала 4 таблетки, затем 2 таблетки 4 раза в день.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для детей младше 4 лет.
- Таблетки перед употреблением могут быть измельчены. Вводится через зонд для энтерального питания. Таблетки измельчают и растворяют в воде непосредственно перед приемом. Маленькие дети особенно восприимчивы к передозировке, симптомы могут наблюдаться с задержкой, поэтому в тече-

ние как минимум 48 ч после приема препарата необходимо наблюдать за пациентом. Последствия передозировки сложно устранить, поскольку они представляют собой сочетание опиоидного и атропинового отравления. Кроме того, присутствие предклинических доз атропина может привести к проявлению у восприимчивых лиц побочных эффектов атропина.

- Формы: только таблетки ко-фенотропа (2,5 мг дифеноксилата гидрохлорида и 25 мкг атропин сульфата).

Обоснование: [1, 2, 180–182].

Лоперамид (Loperamide)

Применение:

- Диарея неинфекционного генеза.
- Недержание кала.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 1 года:** 100 мкг/кг 2 раза в день за 30 минут до еды. при необходимости увеличить дозу до 2 мг/кг в день в несколько приемов.
- **Дети в возрасте от 1 года до 12 лет:** 100 мкг/кг (максимальная однократная доза — 2 мг) 3–4 раза в день; при необходимости увеличить дозу до 1,25 мг/кг в день несколькими приемами (максимально 16 мг в день).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 2 мг 2–4 раза в день; при необходимости увеличить дозу до 16 мг/кг в день в несколько приемов.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для детей с хронической диареей.
- Капсулы не лицензированы для детей младше 8 лет.

- Сироп не лицензирован для детей младше 4 лет.
- Часто встречающиеся побочные реакции: запор, тошнота, метеоризм.
- В качестве противодиарейного средства лоперамид является в 50 раз более эффективным, чем кодеин. Имеет пролонгированное действие. Максимальное терапевтическое воздействие может не проявляться в течение 16–24 ч после приема.
- При введении через назогастральный зонд или гастростому применяется жидкая лекарственная форма в неразбавленном виде. После введения дозы зонд тщательно промывают. Также могут применяться таблетки без риска закупоривания зонда, однако их эффективность неизвестна. Введение через еюностому не повлияет на терапевтический ответ на лоперамид. Тем не менее из-за возможного осмотического эффекта при введении жидкой лекарственной формы целесообразно дополнительно разбавлять препарат водой непосредственно перед введением.
- Формы: таблетки (2 мг), таблетки для рассасывания (2 мг) и сироп для приема внутрь (1 мг/5 мл).

Обоснование: [1, 2, 12, 183–185].

Лоразепам (Lorazepam)

Применение:

- Беспокойство.
- Тревожное возбуждение и тяжелое недомогание.
- Вспомогательное средство при мозговой возбудимости.
- Коррекция одышки.
- Мышечный спазм.
- Эпилептический статус.

Дозировка и пути введения при всех показаниях, за исключением эпилептического статуса:

Внутрь:

- Дети в возрасте до 2 лет: 25 мкг/кг 2–3 раза в день.
- Дети в возрасте от 2 до 5 лет: 500 мкг/кг 2–3 раза в день.
- Дети в возрасте от 6 до 10 лет: 750 мкг 3 раза в день.
- Дети в возрасте от 11 до 14 лет: 1 мг 3 раза в день.
- Дети в возрасте от 15 до 18 лет: 1–2 мг 3 раза в день.

Под язык:

- Дети в любом возрасте: 25 мкг/кг однократная доза. Повышают до 50 мкг/кг (максимум 1 мг/доза) при необходимости.
- Доза для взрослых: 500 мкг–1 мг однократно, повторно применяется при необходимости.

Примечания:

- Не лицензирован для применения у детей по указанным показаниям, за исключением эпилептического статуса.
- Таблетки лицензированы для детей старше 5 лет для премедикации; раствор для инъекций не лицензирован для детей младше 12 лет, за исключением лечения эпилептического статуса.
- В качестве успокоительного средства по активности превышает диазепам в 10 раз.
- Хорошо всасывается сублингвально с быстрым наступлением эффекта. Однако при данном способе введения поглощение может варьироваться, также возможны вариации в зависимости от используемой рецептуры; быстрый эффект.
- Специализированные таблетки для рассасывания под языком недоступны в Великобритании, но таблетки лоразепама общего назначения (в частности, таких производителей, как Genus, PVL или TEVA), предназначенные для перорального приема, следует класть под язык.
- Таблетки можно растворять в воде для введения через зонд для энтерального питания.
- Может вызывать сонливость и угнетение дыхания, если принимать в больших дозах.

- Требуется осторожность при почечной и печеночной недостаточности.
- Формы: таблетки (1 мг, 2,5 мг) и инъекции (4 мг в 1 мл).

Обоснование: [2, 5, 12, 125, 186] СС, ЕА.

Макрогол: Мовикол® (Macrogols: Movicol®)

Применение:

- Запор.
- Каловая пробка.
- Применяется для лечения запоров при использовании опиоидов.

Дозировка и пути введения (**Мовикол® педиатрический** — для детей младше 12 лет; **Мовикол®** — для взрослых и для детей старше 12 лет):

Внутри при запорах или для предупреждения фекальных завалов:

- Дети младше 1 года: $\frac{1}{2}$ –1 пакет в день.
- Дети в возрасте от 1 года до 6 лет: 1 пакет в день (до получения эффекта; максимально 4 пакета в день).
- Дети в возрасте от 6 до 12 лет: 2 пакета в день (до получения эффекта; максимально 4 пакета в день).
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 1–3 пакета препарата Мовикол® для взрослых в день.

Внутри при фекальных завалах:

- Дети младше 1 года: $\frac{1}{2}$ –1 пакет в день.
- Дети в возрасте от 1 года до 5 лет: 2 пакета в 1-й день, далее каждые 2 дня увеличивать дозу на 2 пакета (максимально 8 пакетов в день). Повышать до получения эффекта, затем перейти к поддерживающей терапии.
- Дети в возрасте от 5 до 12 лет: 4 пакета в 1-й день и затем по 2 пакета каждые 2 дня (максимально 12 пакетов ежедневно). Продолжить лечение до получения эффекта, затем перейти к поддерживающей терапии.

- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 4 пакета в день препарата Мовикол® для взрослых, далее увеличить дозу на 2 пакета, но не более 8. Общую ежедневную дозу необходимо принять в течение 6 ч. После достижения эффекта перейти к поддерживающей терапии.

Примечания:

- Не лицензирован для детей младше 5 лет с фекальными зава-лами и для детей младше 2 лет с хроническим запором.
- Необходима гидратация. Применять с осторожностью при электролитных нарушениях.
- Применять с осторожностью больным с ослабленным рво-тным рефлексом, рефлюксным эзофагитом или нарушениями сознания.
- Растворить содержимое пакета в воде: Мовикол® детский — 1 пакет на 60 мл и Мовикол® для взрослых — 1 пакет на 125 мл.
- При введении через зонд. Растворите содержимое пакета в воде, как описано выше, и вылейте полученный раствор в зонд. После приема препарата необходимо тщательно оро-сить зонд водой.
- Аналоги порошка Макрогол для перорального примене-ния — Лаксидо Оранж®, Молаксол®, однако данные препа-раты лицензированы только для взрослых и для детей старше 12 лет.

Обоснование: [1, 2, 12, 155, 187, 188].

Мелатонин (Melatonin)

Применение:

- Нарушение сна вследствие расстройства суточного ритма (не является транквилизатором).

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет: начальная доза — 2–3 мг, повышать каждые 1–2 недели в зависимости от эффективности. Максимальная доза — 12 мг в день.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для применения у детей.
- Применяется только специалистами.
- Некоторые медицинские работники, имеющие право назначать рецептурные препараты, с целью оптимизации режима сна используют сочетание таблеток с модифицированным высвобождением и с замедленным высвобождением.
- По желанию содержимое капсул с быстрым высвобождением может быть смешано с холодной пищей. Капсулы с пролонгированным высвобождением также могут быть открыты, но их содержимое не должно разжевываться.
- В Великобритании лицензированы только таблетки с модифицированным высвобождением по 2 мг (Circadin). Различные не лицензированные составы, включая препараты с быстрым высвобождением, выпускаются специализированными производителями или компаниями-импортерами.

Обоснование: [1, 2, 189–206] СС.

Метадон (Methadone)

ВНИМАНИЕ: применение препарата требует дополнительного обучения дозированию.

Применение:

- Основной опиоид, снижает сильную, в основном невропатическую боль, а также боль, не купирующуюся другими опиоидами.
- Обычно не используется в качестве первой линии анальгезии.

Внимание:

Метадон должен использоваться исключительно под руководством практикующего врача, имеющего опыт работы с данным препаратом.

Это обусловлено тем, что реакция на данный препарат может быть абсолютно разной. Для него также характерны вариабельность при взаимодействии с другими опиоидами, сложная фармакокинетика и длительный период полураспада.

В первые часы приема препарата особенно важен непрерывный мониторинг состояния больного.

Дозировка и пути введения:

Дети, ранее не получавшие опиоиды.

Внутрь, подкожно и внутривенно:

- **Дети в возрасте от 1 года до 12 лет:** 100–200 мкг/кг каждые 4 ч для первых 2–3 доз, далее каждые 6–12 ч (максимальная начальная доза — 5 мг).
- У метадона длительный и вариабельный период полураспада. Он может вызвать седацию, дыхательную недостаточность и даже смерть вследствие развития феномена вторичного пика.
- Титрование дозировки метадона должно осуществляться при постоянном мониторинге пациентов, особенно в первые дни. В связи с большим объемом распределения вначале требуются большие дозы препарата до момента насыщения тканей. После достижения эффекта меньшей дозировки препарата будет достаточно. Продолжение применения начальных высоких доз препарата может привести в течение нескольких дней к седации, к дыхательной недостаточности и даже к смерти.
- **Для предотвращения побочных эффектов из-за насыщения тканей и аккумуляции метадона через 2–3 дня после достижения эффекта начальная дозировка должна быть сокращена до 50%. После этого повышать дозу метадона необходимо еженедельно, но не более чем на 50% (опытные врачи могут увеличивать дозу с меньшим интервалом).**

- Во избежание развития токсичности необходим продолжительный клинический мониторинг, т.к. время, за которое достигается постоянная концентрация препарата после изменения его дозировки, может составить 12 дней.
- Для прорывных болей мы рекомендуем применять опиоиды с коротким периодом полувыведения.

Замена/ротация или отмена опиоида.

Внимание:

При замене, ротации или переходе на метадон требуются специальные навыки, также необходимо тесное взаимодействие с врачом, имеющим опыт работы с данным препаратом. Существует риск внезапной смерти при передозировке.

Эквианальгетические дозы:

Коэффициенты переходных доз метадона зависят от ранее принимаемых опиоидов и обладают высокой вариабельностью.

Опубликованные таблицы эквианальгетических доз опиоидов, протестированные на здоровых добровольцах, ранее не принимавших опиоиды, показывают, что метадон в 1–2 раза сильнее морфина при однократном применении, в то время как при длительном приеме (а также при больших дозах) морфина метадон в 10–30 и более раз сильнее морфина. Коэффициент силы метадона возрастает с увеличением дозы морфина. При применении метадона необходимо помнить, что возможны сложности при переводе больного с метадона на другой опиоид.

При отказе от морфина вследствие его неэффективности, следует рассмотреть другие опиоиды.

Рекомендуется консультация с клиникой обезболивания или со специалистами в области паллиативной медицины [4].

Существует несколько протоколов по ротации опиоидов на метадон при лечении взрослых пациентов, применение которых не доказано в педиатрии.

- В рамках одного подхода предыдущая опиоидная терапия полностью отменяется перед назначением фиксированной дозы метадона в переменных интервалах.

- Другой подход предполагает наличие переходного периода, когда доза предыдущего опиоида сокращается и частично заменяется метадонем, который далее титруется с последующим повышением.

Существуют определенные трудности при переводе пациента с опиоида с коротким периодом полураспада на равноценную дозу метадона и обратно. На практике это обычно происходит в специализированном стационарном отделении, куда пациент госпитализируется на 5–6 дней, или на дому, но при условии строгого врачебного контроля.

Переход с перорального приема метадона на подкожный/внутривенный способ или на продолжительную подкожную или внутривенную инфузию:

- Примерное соотношение дозировки при переходе с перорального приема на парентеральный/подкожный способ составляет 2:1 (пероральный: парентеральный).
- Подсчитайте общую суточную пероральную дозу метадона и разделите ее пополам (50%). Полученное количество составит суточную дозу метадона при парентеральном/подкожном приеме.
- При применении других препаратов проконсультируйтесь со специалистом [207].
- Если метадон при длительной подкожной инфузии вызывает кожную реакцию, необходимо удвоить разведение и менять шприц каждые 12 ч.
- Внутривенно метадон необходимо вводить медленно, в течение 3–5 минут.

Примечания:

- Препарат не лицензирован для применения у детей.
- Данные об использовании метадона у детей ограничены; известно о широкой вариабельности фармакокинетики у разных пациентов.
- Метадон необходимо применять с осторожностью, т.к. его воздействие на дыхание длится дольше, чем обезболивающий эффект.

- Побочные эффекты: тошнота, рвота, запоры, сухость во рту, спазм желчевыводящих путей, угнетение дыхания, сонливость, мышечная ригидность, гипотензия, брадикардия, тахикардия, учащенное сердцебиение, отек, постуральная артериальная гипотензия, галлюцинации, головокружение, эйфория, дисфория, зависимость, спутанность сознания, задержка мочеиспускания, уретральный спазм, гипотермия.
- Больным с синдромом удлиненного QT-интервала или трепетания/мерцания желудочков, принимающим высокие дозы метадона, рекомендуется проводить ЭКГ перед началом лечения, а также регулярно при длительном его применении, особенно при наличии факторов риска или при внутривенном введении, т.к. есть вероятность наступления внезапной смерти.
- Опиоидные антагонисты, налоксон и наалтрексон, ускоряют проявление острого абстинентного синдрома у пациентов, постоянно принимающих метадон. Налоксон также блокирует анальгезирующее действие метадона, а также эффект угнетения ЦНС и дыхания.
- Возможное взаимодействие метадона с рядом сильнодействующих препаратов. Препараты, индуцирующие ферменты системы цитохрома P450 3A4 (например, карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин, рифампицин, некоторые ВИЧ-препараты), увеличивают метаболизм метадона и могут привести к сокращению титра сыворотки. Препараты, обладающие системным подавляющим эффектом (например, amitриптилин, ципрофлоксацин, флуконазол), могут увеличить титр сыворотки метадона.
- При острой почечной недостаточности (СКФ < 10 мл/мин или сывороточный креатинин > 700 мкмол/л) необходимо сократить дозу метадона на 50% и титровать в зависимости от реакции пациента. Значительная аккумуляция метадона маловероятна при почечной недостаточности, т.к. он выводится, в основном, через печень.

- Учитывая длительный период полураспада метадона, может потребоваться инфузия налоксона для лечения передозировки опиоида.
- Формы выпуска препарата: микстура (2 мг/5 мл), микстура (1 мг/мл), раствор (1 мг/мл, 5 мг/мл, 10 мг/мл, 20 мг/мл), таблетки (5 мг) и инъекции (10 мг/мл).

Обоснование: [1, 2, 4, 5, 29, 43, 207–219].

Метилнатрексон (Methylnaltrexone)

Применение:

- Запор, вызванный приемом опиоидов, при неэффективности других слабительных препаратов, а также при рассмотрении соответствующих факторов.

Дозировка и пути введения:

Подкожно (обычный способ введения) или внутривенно струйно:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет: 0,15 мг/кг (максимально 8 мг) — разовая доза.
- Дети старше 12 лет с весом 38–61 кг: 8 мг — разовая доза.
- Дети старше 12 лет с весом 62–114 кг: 12 мг — разовая доза.
- Дети старше 12 лет, но с весом менее 38 кг — доза 0,15 мг/кг.

Разовой дозы может быть достаточно. Однако введение последующих доз может осуществляться в рамках обычного режима применения разовой дозы. Дозирование препарата может происходить с более длительными интервалами по клинической необходимости. Пациенты могут получить 2 дозы препарата подряд (с интервалом в 24 ч) только в том случае, если отсутствует ответ (нет стула) на предыдущую дозу (у $\frac{1}{3}$ из половины пациентов, принявших метилнатрексон, появляется стул на 4 день, анальгезия при этом сохраняется).

Примечания:

- Антагонист μ -опиоидных рецепторов, который действует исключительно в периферических тканях, включая ЖКТ (увеличивая скорость опорожнения кишечника и эвакуацию содержимого из желудка), и при этом не воздействует на анальгезирующий эффект опиоидов.
- Препарат не лицензирован для применения у детей или подростков младше 18 лет.
- Не лицензирован для внутривенного введения. Обычно вводится подкожно.
- Метилнатрексон противопоказан при выявленной кишечной непроходимости или подозрении на нее.
- Препарат может начать действовать через 15–60 минут.
- Частые побочные эффекты: боль в животе/ колики, диарея, метеоризм, тошнота.
- При подкожном введении нужно менять место инъекции. Не вводить препарат в чувствительные, покрасневшие, уплотненные кожные участки, а также в места ушибов.
- Запор в паллиативной медицине носит полифакториальный характер и часто требует применения других слабительных препаратов.
- При острой почечной недостаточности сократить дозу на 50%.
- Не проникает через гематоэнцефалический барьер.
- Выпускается во флаконах 12 мг/0,6 мл для одноразового применения в виде раствора для подкожных инъекций (Релистор®).

Обоснование: [1, 220–226].

Метоклопрамид (Metoclopramide)

Чтобы сократить риск возникновения неврологических побочных эффектов, связанных с приемом метоклопрамида, в 2013 году ЕМА дала следующие рекомендации. **(Применение метоклопрамида в паллиативной медицине исключено из данных рекомендаций.)**

ОДНАКО, несмотря на это, при его использовании должна соблюдаться осторожность):

Применение метоклопрамида противопоказано детям младше 1 года.

У детей в возрасте от 1 года до 18 лет метоклопрамид следует использовать только в качестве препарата 2-й линии для предотвращения отсроченной тошноты и рвоты, вызванной химиотерапией, а также для лечения хронической послеоперационной тошноты и рвоты.

Метоклопрамид может назначаться только на короткий срок (до 5 дней).

Применение:

- Противорвотное средство при рвоте, вызванной гастральной компрессией или заболеванием печени.
- Прокинетик для короткого времени транзита (не применяется у больных с полной непроходимостью кишечника или в сочетании с антихолинергическими средствами).
- Икота.

Дозировка и пути введения:

Перорально, внутримышечно или внутривенно (в течение как минимум трех минут).

- **Новорожденные:** 100 мкг/кг каждые 6–8 ч (только перорально или внутривенно).
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 1 года с весом до 10 кг:** 100 мкг/кг (максимально 1 мг/доза) 2 раза в день.
- **Дети в возрасте от 1 года до 18 лет:** 100–150 мкг/кг до 3 раз в день. Максимальная суточная доза — 500 мкг/кг (максимально 10 мг/доза).

При желании соответствующая ежедневная доза может вводиться длительно подкожно или внутривенно в течение 24 ч.

Примечания:

- Не лицензирован для применения у детей младше 1 года.
- Не лицензирован для длительного введения подкожно или внутривенно.

- Метоклопрамид может вызывать острые дистонические реакции (спазм лицевых и скелетных мышц, окулогирный криз); дети (особенно девочки и девушки, а также пациенты с массой менее 10 кг) к ним восприимчивы особенно. При приеме метоклопрамида дистонические реакции обычно возникают сразу после начала лечения, идут на убыль в течение 24 ч и постепенно прекращаются.
- Чтобы сократить риск возникновения побочных эффектов, препарат вводится внутривенно медленной струей (в течение не менее 3 минут).
- Пероральный прием препарата в жидком виде должен осуществляться с помощью градуированного шприца, чтобы обеспечить точность дозы при его приеме детьми. Пероральный прием препарата в жидком виде может проводиться через зонд.
- Препарат может вызвать раздражение при подкожном введении, поэтому его нужно хорошо растворить в 0,9% NaCl.
- Выпускается в форме таблеток (10 мг), раствора для перорального применения (5 мг/5 мл) и инъекций (5 мг/мл).

Обоснование: [1–3, 12, 43, 45, 47, 50, 85, 87, 227–231].

Метронидазол (Methonidazole) местно

Применение:

- Запах, вызванный некротическими ранами или другими поражениями кожи.

Дозировка и пути введения:

Местно:

- Нанести на чистую рану 1–2 раза в день и наложить не прилипающую повязку.
- Полости: нанести гель на не прилипающую повязку и слегка покрыть ею рану.

Примечания:

- Анабакт® не лицензирован для применения у детей младше 12 лет.
- Метрогель® не лицензирован для применения у детей.
- Выпускается в форме геля (Анабакт® 0,75%, Метрогель® 0,75%)

Обоснование: [1, 2, 232].

Миконазол (Miconazole) (гель для полости рта)

Применение:

- Грибковые инфекции полости рта и кишечника.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

Профилактика и лечение орального кандидоза

- **Новорожденные:** смазывать полость рта 1 мл геля 2–4 раза в день после еды.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 2 лет:** смазывать полость рта 1,25 мл геля 4 раза в день после еды.
- **Дети в возрасте от 2 до 18 лет:** смазывать полость рта 2,5 мл геля 4 раза в день после еды; перед проглатыванием подержать гель в области поражения (ортодонтические скобы необходимо снимать на ночь и чистить с гелем).

Профилактика и лечение кишечного кандидоза

- **Дети от 4 месяцев до 18 лет:** 5 мг/кг — 4 раза в день; максимальная доза — 250 мг (10 мл) 4 раза в день.

Примечания:

- Применять после приема пищи и держать некоторое время в области повреждения.
- Лечение необходимо проводить в течение 7 дней до заживления повреждения.

- Препарат не лицензирован для применения у детей младше 4 месяцев или у недоношенных детей первых 5–6 месяцев жизни.
- Младенцы и дети: не следует наносить гель на заднюю стенку глотки во избежание удушья. После нанесения геля не проглатывать, держать во рту как можно дольше.
- Выпускается в форме: геля для полости рта (24 мг/мл в тубиках по 15 г и по 80 г).
- В настоящее время миконазол также выпускается в виде таблеток для медленного растворения в щечном кармане. Показан для лечения орофарингеального кандидоза у взрослых с иммунной недостаточностью. Лорамик® 50 мг — мукоадгезивные таблетки для медленного растворения, закладываются за верхние десны над резцами 1 раз в день в течение 7–14 дней. Нет данных о применении у детей, но может быть альтернативным препаратом для лечения подростков.

Обоснование: [2, 233].

Мидазолам (Midazolam)

Применение:

- Эпилептический статус и контроль терминального судорожного синдрома.
- Панические атаки.
- Адьювант при церебральном возбуждении.
- Тревожность, вызванная одышкой.
- Ажитация в терминальном периоде.

Дозировка и пути введения:

Перорально или через гастростому *при тревожности или с целью седации*:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет: 500 мкг/кг (максимально 20 мг) — разовая доза.

Трансбуккально *при остром беспокойстве*:

- **В любом возрасте:** 100 мкг/кг — разовая доза (максимальная начальная доза — 5 мг).

Подкожно или внутривенно в течение 24 ч *при беспокойстве*:

- 30–50% дозировки, используемой при контроле терминального судорожного синдрома, может применяться для снижения беспокойства, терминальной агитации и терминальной одышки.

Интрабуккально при *эпилептическом статусе*:

- **Новорожденные:** 300 мкг/кг — разовая доза, повторить однократно при необходимости.
- **Дети в возрасте от 1 до 3 месяцев:** 300 мкг/кг (максимальная начальная доза — 2,5 мг), повторить однократно при необходимости.
- **Дети в возрасте от 3 месяцев до 1 года:** 2,5 мг — повторить однократно при необходимости.
- **Дети в возрасте от 1 года до 5 лет:** 5 мг — повторить однократно при необходимости.
- **Дети в возрасте от 5 до 10 лет:** 7,5 мг — повторить однократно при необходимости.
- **Дети в возрасте от 10 до 18 лет:** 10 мг — повторить однократно при необходимости.

Интрабуккально или интраназально при *эпистатусе* — необходимо выдержать 10 минут перед повторным введением дозы.

NB: при разовом применении для контроля судорожного синдрома мидазолам в 2 раза эффективнее ректального диазепама. Для контроля статуса пациентов, обычно принимающих диазепам ректально, начальная интрабуккальная доза мидазолама должна составлять 50% от их привычной дозы диазепама, чтобы минимизировать риск проявления дыхательной недостаточности.

Подкожно или внутривенно в течение 24 ч *для контроля терминального судорожного синдрома*:

- **Новорожденные (ослабление судорог):** 150 мкг/кг внутривенная нагрузочная доза, с последующей продолжительной внутривенной инфузией со скоростью 60 мкг/кг/ч. Доза может быть увеличена до 60 мкг/кг/ч каждые 15 минут до прекращения судорог (максимальная доза 300 мкг/кг/ч);

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** начальная доза — 50 мкг/кг/ч с увеличением до 300 мкг/кг/ч (максимально 100 мг/сут или 150 мг/сут в специализированном отделении).

Примечания:

- Интрабуккальный мидазолам (оромукозный раствор Букколам) не лицензирован для применения у младенцев младше 3 месяцев. Инъекции мидазолама не лицензированы для контроля судорог и беспокойства.
- При разовом применении с целью седации мидазолам в 3 раза эффективнее диазепама и в 2 раза — при контроле эпилепсии. (Эффективность диазепама увеличивается при повторном применении, т.к. он обладает продолжительным периодом полураспада.)
- Рекомендуемые подкожные и внутривенные дозировки значительно варьируются в различных источниках. При наличии сомнений начинайте с минимальной рекомендуемой дозы и быстро титруйте.
- При интрабуккальном и интраназальном введении препарат начинает действовать через 5–15 минут. Если возможно, при интрабуккальном введении разделите дозу пополам так, чтобы одна часть была заложена за одну щеку, другая — за вторую.
- При пероральном введении или через гастростому препарат начинает действовать через 10–30 минут, при внутривенном введении — через 2–3 минуты, при подкожном — через 5–10 минут.
- У мидазолама короткий период полураспада.
- Передозировка препарата может вызвать парадоксальное беспокойство.
- Выпускается в форме раствора для приема внутрь (2,5 мг/мл — не лицензирован), жидкого препарата для интрабуккального введения (5 мг/мл Букколам®) и инъекций (1 мг/мл, 2 мг/мл, 5 мг/мл).

- Другие препараты для перорального и интрабуккального приема (например, Эпистатус® 10 мг/мл) выпускаются специализированными производителями и компаниями-импортерами (без лицензии). Обратите внимание на то, что состав препаратов для перорального и интрабуккального введения может отличаться по эффективности.

Обоснование: [2, 6, 78, 79, 81, 234–239].

Морфин (Morphine)

Применение:

- Основной опиоид (ВОЗ, 2-я ступень).
- Опиоид первой линии для обезболивания.
- Одышка.
- Угнетает кашель.

Дозировка и пути введения:

Пациенты, ранее не принимавшие опиоиды: Применяйте следующие начальные дозы. (Максимальная доза применяется только в том случае, если она является начальной.)

Смена опиоида: при переходе на морфин с другого опиоида используйте пероральную эквивалентную дозу морфина.

Перорально или ректально

- **Дети в возрасте от 1 до 3 месяцев:** начать с 50 мкг/кг каждые 4 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.
- **Дети в возрасте от 3 до 6 месяцев:** начать с 100 мкг/кг каждые 4 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.
- **Дети в возрасте от 6 до 12 месяцев:** начать с 200 мкг/кг каждые 4 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.
- **Дети в возрасте от 1 года до 12 лет:** начать с 200–300 мкг/кг (максимальная начальная доза — 5–10 мг) каждые 4 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.

- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начать с 5–10 мг каждые 4 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.

Однократное подкожное и внутривенное введение (в течение как минимум 5 минут):

- **Новорожденные:** начать с 25 мкг/кг каждые 6 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.
- **Дети в возрасте от 1 до 6 месяцев:** начать с 50–100 мкг/кг каждые 6 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.
- **Дети в возрасте от 6 месяцев до 2 лет:** начать со 100 мкг/кг каждые 4 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.
- **Дети в возрасте от 2 до 12 лет:** начать со 100 мкг/кг каждые 4 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента (максимальная начальная доза — 2,5 мг).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начать с 2,5–5 мг каждые 4 ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента (максимальная начальная доза — 20 мг/сут).

Продолжительная инфузия подкожно или внутривенно:

- **Новорожденные:** 5 мкг/кг/ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.
- **Дети в возрасте от 1 до 6 месяцев:** 10 мкг/кг/ч, корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.
- **Дети в возрасте от 6 месяцев до 18 лет:** 20 мкг/кг/ч (максимальная начальная доза — 20 мг/сут), корректировать дозу в зависимости от ответа пациента.

Парентеральная доза: 30–50% от пероральной дозы

Одышка

30–50% от дозы, применяемой для обезболивания.

Примечания:

- *Ораморф*[®] в виде раствора не лицензирован для применения у детей младше 1 года; *Ораморф*[®] в ампулах для однократного применения не лицензирован для применения у детей младше 6 лет; *Севредол*[®] в таблетках не лицензирован для применения у детей младше 3 лет; *Филнарин*[®] в таблетках с длительным высвобождением не лицензирован для приме-

нения у детей младше 6 лет; препарат *МСТ Континус*[®] лицензирован для лечения детей с раковыми болями (возрастной диапазон не уточняется производителем); *MXL*[®] в капсулах не лицензирован для применения у детей младше 1 года; в свечах — не лицензирован для применения у детей. С осторожностью — при почечной или печеночной недостаточности.

- При замене или переходе с одного опиоида на морфин используйте пероральную эквивалентную дозу морфина.
- Специфические побочные эффекты: задержка мочеиспускания и зуд, а также широко известные запоры, тошнота и рвота.
- Токсичность морфина часто проявляется в виде миоклонических подергиваний.
- По возможности следует избегать ректального введения препарата. Обычно противопоказан детям с низким уровнем тромбоцитов и/или нейтропений.
- В экстренных случаях, когда пероральный прием невозможен, МСТ в виде таблеток может быть введен ректально.
- Введение через зонд: Для немедленного обезболивания используйте раствор для приема внутрь, последующее разведение не требуется. В трубку необходимо влить достаточное количество воды, чтобы обеспечить полный прием пациентом назначенной дозировки. Для длительного обезболивания используйте порошки МСТ Континус, разведенные как минимум в 10 мл воды. В трубку необходимо влить достаточное количество воды, чтобы обеспечить полный прием пациентом назначенной дозировки. Обратите внимание, что гранулы препарата, оставшиеся в зонде, с течением времени разрушаются. При этом комок морфина поступит в организм пациента при следующем орошении трубки водой. Данная ситуация приводит к смерти. Убедитесь, что предписанная доза введена с использованием целого пакетика препарата. При лечении детей во время открытия капсул Зоморф следует соблюдать осторожность, т.к. должна соблюдаться точность дозировки. Содержимое капсул не должно вводиться посредством гастростомы для взрослых.

Формы: все режимы применения 2 CD, за исключением раствора для перорального приема (10 мг/5 мл).

- Таблетки (10 мг, 20 мг, 50 мг).
- Раствор для перорального приема (10 мг/5 мл (РОМ), 100 мг/5 мл).
- Таблетки и капсулы модифицированного высвобождения, 12 ч (5 мг, 10 мг, 15 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг, 200 мг).
- Суспензия модифицированного высвобождения, 12 ч (20 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг, 200 мг).
- Капсулы модифицированного высвобождения, 24 ч (30 мг, 60 мг, 120 мг, 150 мг, 200 мг).
- Свечи (10 мг, 15 мг, 30 мг).
- Инъекции (10 мг/мл, 15 мг/мл, 20 мг/мл и 30 мг/мл).

Обоснование: [1–3, 6, 12, 27, 29, 77, 100, 132, 240–259].

Набилон (Nabilone)

Применение:

- Тошнота и рвота, вызванные цитотоксической химиотерапией (не включая терапию первой или второй линии).
- Тошнота и рвота, не отвечающие на традиционные антиэметики.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Доза для взрослых:** 1–2 мг дважды в день (максимум 6 мг/сут в 2–3 равных дозах).

Примечания:

- Не лицензирован для использования у детей.
- Является синтетическим каннабиноидом.
- Индивидуальные различия требуют тщательного медицинского наблюдения в начале приема и при корректировке дозы.

- При приеме внутрь последствия воздействия препарата могут сохраняться в течение переменного периода, не предсказуемого по длительности. Неблагоприятные психиатрические реакции могут сохраняться в течение 48–72 ч после прекращения использования препарата.
- Только для использования специалистами.
- Формы: капсулы (1 мг). Таблица 2 контролируемых наркотиков.

Обоснование: [1, 2, 5] EA.

Налоксон (Naloxone)

Применение:

- Угнетение дыхания, вызванное передозировкой опиоидами, в качестве средства скорой помощи.
- Опиоид-индуцированные запоры, в случае отсутствия метилналтрексона и при неэффективности слабительных.

Дозировка и пути введения:

Восстановление угнетения дыхания при передозировке наркотиков

Внутривенные инъекции (пересмотреть диагноз, последующие дозы могут быть необходимы, если угнетение дыхания сохраняется):

- **Новорожденные:** 10 мкг/кг; если нет ответа, повторить введение до 100 мкг/кг (при неэффективности пересмотреть диагноз).
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** 10 мкг/кг; если нет ответа, повторить введение до 100 мкг/кг (при неэффективности пересмотреть диагноз).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 400 мкг — 2 мг; если нет ответа, повторить введение через 2–3 минуты до максимальной общей дозы 10 мг (при неэффективности пересмотреть диагноз).

Подкожные и внутримышечные инъекции делать только в случае невозможности внутривенного доступа.

- При внутривенном введении эффект наступает медленнее и потенциально неустойчив.

Продолжительная внутривенная инфузия, регулируется в зависимости от ответа.

- **Новорожденные:** доза подбирается в зависимости от ответа (инициально, доза может быть установлена на уровне 60% от начальной внутривенной инъекционной дозы/ч).
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** доза подбирается в зависимости от ответа (инициально, доза может быть установлена на уровне 60% от начальной внутривенной инъекционной дозы/ч).

Инициальная доза при внутривенном введении — доза, которая поддерживает удовлетворительную самостоятельную вентиляцию легких, по крайней мере, в течение 15 минут.

Опиоид-индуцированный запор

Внутрь:

- У взрослых используются следующие дозы: общая суточная доза налоксона внутрь = 20% от дозы морфина; титруется по потребности; максимальная разовая доза — 5 мг.

Примечания:

- Мощный опиоидный антагонист.
- Не лицензирован для использования у детей с запорами.
- См. также метилналтрексон.
- Действие налоксона наступает в течение 2 минут после внутривенной инъекции, в течение 3–5 минут — после подкожной или внутримышечной инъекции.
- Хотя при приеме внутрь доступность налоксона является относительно низкой, при более высоких дозах необходимо быть готовым к синдрому отмены опиоидов, в том числе к рецидиву болей.
- Формы: инъекции (20 мкг/мл, 400 мкг/мл, 1 мг/мл).

Обоснование: [2, 260, 261] ЕА.

Напроксен (Naproxen)

Применение:

- Нестероидное противовоспалительное обезболивающее средство; облегчение симптомов воспалительного артрита и лечение острых скелетно-мышечных синдромов.

Дозировка и пути введения:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 5 мг/кг 2 раза в день (максимально 1 г/сут)

Дозы до 10 мг/кг дважды в день (не более 1 г/сут) используют при тяжелых состояниях. Высокие дозы желательно использовать только в течение короткого периода. Используют наименьшую эффективную дозу в течение максимально короткого времени лечения.

Примечания:

- Напроксен лицензирован для лечения ювенильного идиопатического артрита у детей с 5 лет; не лицензирован для использования у детей младше 16 лет при других заболеваниях.
- Противопоказан пациентам с гиперчувствительностью к любым НПВП или нарушениями свертывающей системы крови.
- С осторожностью применять при почечной, сердечной или печеночной недостаточности, т.к. это может приводить к ухудшению функции почек; следует применять минимально возможную дозу и контролировать функцию почек. Избегать применения при СКФ < 20 мл/мин/1,73 м² и у пациентов с тяжелой печеночной или сердечной недостаточностью.
- Напроксен считается имеющим высокую эффективность при низкой частоте побочных эффектов.
- Риск нежелательных явлений сердечно-сосудистой системы на фоне приема НПВП у детей не определен. У взрослых прием селективных ингибиторов ЦОГ-2, диклофенака (150 мг/сут) и ибупрофена (2,4 г/сут) связан с повышенным риском тромботических эффектов (например, инфаркта миокарда и инсульта). Напроксен (взрослые 1 г/сут) ассоцииру-

ется с более низким риском тромботических явлений. Риск возрастает при повышении дозы и длительности воздействия препарата, поэтому необходимо применять наименьшую эффективную дозу в течение максимально короткого времени лечения.

- Все НПВП связаны с токсичностью ЖКТ. У взрослых данные об относительной безопасности приема НПВП показывают разные риски в отношении серьезных побочных эффектов верхних отделов ЖКТ: пироксикам и кеторолак связаны с высоким риском, индометацин, диклофенак и напроксен — с промежуточным, а ибупрофен — с наименьшим. Дети переносят НПВП лучше, чем взрослые, и побочные эффекты ЖКТ встречаются у них реже, хотя имеют место и могут быть выраженными.
- Другие возможные побочные эффекты включают: головную боль, головокружение, вертиго, задержку жидкости в организме и реакции повышенной чувствительности.
- Благодаря жаропонижающему и противовоспалительному действию напроксен снижает лихорадку и воспаление, тем самым понижая диагностическую ценность этих симптомов.
- Потенциальные лекарственные взаимодействия: варфарин (повышение МНО); диуретики, ингибиторы АПФ и антагонисты ангиотензина II (повышенный риск нарушения функции почек). Напроксен — субстрат CYP1A2 и CYP2C8/9 и может увеличивать плазменные концентрации метотрексата и лития.
- Таблетки напроксена можно измельчать перед введением и смешивать с водой для введения через зонд для кормления. Напроксен плохо растворим в воде, поэтому перед смешиванием с водой таблетки нужно измельчать в порошок, чтобы избежать закупоривания зонда. Может потребоваться выбор другого НПВП, если необходим прием препарата через зонд для кормления. Таблетки напроксена с кишечнорастворимым покрытием следует проглатывать целиком, их не нужно измельчать или разжевывать. Напроксен следует принимать с едой или после еды.

- Формы: таблетки (250 мг, 500 мг), таблетки с кишечнорастворимым покрытием (250 мг, 500 мг), суспензия для приема внутрь (25 мг/мл) (доступна только от производителей).

Обоснование: [1, 2, 5, 12].

Нистатин (Nystatin)

Применение:

- Грибковые инфекции полости рта.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Новорожденные:** 100 000 единиц 4 раза в день.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 100 000 единиц 4 раза в день.

Примечания:

- Лицензирован для применения у детей с возраста 1 месяц. Нистатин лицензирован для профилактики орального кандидоза в дозе 1 мл ежедневно у новорожденных.
- Давать после еды или кормления, подержать во рту возле участков поражения.
- Курс лечения — 7 дней, необходимо продолжить еще в течение 48 ч после заживления.
- Формы: суспензия для приема внутрь (100 000 Ед/мл, 30 мл) с пипеткой.

Обоснование: [2, 108, 262].

Октреотид (Octreotide)

Применение:

- Кровотечение из пищевода, желудка, при варикозном расширении вен.
- Тошнота и рвота.
- Кишечная непроходимость.
- Трудноразрешимая диарея.
- Гормонпродуцирующие опухоли, асцит, бронхорея.

Дозировка и пути введения:

Кровотечение из расширенных вен пищевода

Продолжительная подкожная и внутривенная инфузия:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 1 мкг/кг/ч. Изначально могут потребоваться большие дозировки; При отсутствии активного кровотечения снижать дозу в течение 24 ч. Обычно максимальная доза составляет 50 мкг/ч.

Тошнота и рвота, кишечная непроходимость и трудноразрешимая диарея

Продолжительная подкожная и внутривенная инфузия: использовались дозы до 1 мкг/кг/ч, но имеющийся опыт ограничен. Нельзя резко прекращать прием. Отменять постепенно.

Примечания:

- Не лицензирован для использования у детей.
- Назначение: для внутривенной инфузии или инъекции разведите в физиологическом растворе до концентрации 10–50% (т.е. не менее чем 1:1 и не более чем 1:9 по объему). Подкожные болюсные инъекции должны быть выполнены осторожно, т.к. инъекция болезненная (болезненность можно уменьшить, если ампулу нагреть в руке до температуры тела перед инъекцией). Для подкожной инфузии развести в растворе 0,9%.
- Избегайте резкой отмены.

- **Формы:** раствор для подкожных и внутривенных инъекций (50 мкг/мл, 100 мкг/мл, 200 мкг/мл, 500 мкг/мл). Доступен также как депо-инъекция для внутримышечного введения для назначения каждые 28 дней (10 мг, 20 мг, 30 мг Сандостатин Лаг®). Рекомендуется консультация паллиативного специалиста.

Обоснование: [2, 5, 43].

Оланзапин (Olanzapine)

Применение:

- Психозы, бред, тревога, тошнота и рвота, анорексия, если все другие методы лечения были неудачны.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

Психозы/мания

- **Дети младше 12 лет с массой тела до 25 кг:** начальная доза — 2,5 мг на ночь.
- **Дети младше 12 лет с массой тела выше 25 кг:** начальная доза — 2,5–5 мг на ночь.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 5 мг на ночь.

Дозу постепенно повышают по мере необходимости в зависимости от переносимости. Максимальная доза — 20 мг /сут. Препарат дают 1 раз в сутки.

Тревога/бред

- **Дети младше 12 лет:** начальная доза — 1,25 мг на ночь и по необходимости,
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 2,5 мг на ночь и по необходимости,

Дозу постепенно повышают по мере необходимости и в зависимости от переносимости до максимальной — 10 мг/сут.

Тошнота и рвота, анорексия

- **Дети младше 12 лет:** начальная доза — 1,25 мг (или 0,625 мг, если таблетку 2,5 мг можно разделить на четыре части) на ночь и по необходимости.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 1,25–2,5 мг на ночь и по необходимости.

Можно увеличивать по мере необходимости и в зависимости от переносимости до максимальной — 7,5 мг/сут.

Примечания:

- Оланзапин не лицензирован для применения у детей и подростков в возрасте до 18 лет, хотя признается его использование вне общепринятых показаний у подростков для лечения психоза, шизофрении и мании, связанной с биполярным расстройством.
- Применяется при лечении тревоги/бредов, тошноты, рвоты и анорексии при оказании паллиативной помощи при всех показаниях вне общепринятых.
- Оланзапин — атипичное антипсихотическое средство (второго поколения) и является антагонистом D₁, D₂, D₃, D₄, 5HT_{2A}, 5HT₃, 5HT₆H1 гистаминовых и мускариновых рецепторов.
- Имеет в 5 раз более высокое сродство к 5HT₂-рецепторам, чем к D₂-рецепторам, в результате вызывает меньше экстрапирамидных побочных эффектов.
- Активность оланзапина в отношении различных рецепторов аналогична метотримепразину, следовательно, он потенциально играет роль в лечении тошноты и рвоты, рефрактерной к стандартной лекарственной терапии.
- С осторожностью использовать у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями или эпилепсией (а также с нарушениями, предрасполагающими к судорогам).
- Широко распространенные (> 10% пациентов) побочные эффекты: увеличение веса; повышение уровня триглицеридов; повышение аппетита; седативный эффект; повышение уровня АЛТ и АСТ; снижение билирубина; повышение уровня пролактина и ГГТ в плазме крови. Распространенные (1–10%

пациентов) побочные эффекты: повышенный уровень холестерина; сухость во рту.

- Редкие, но потенциально серьезные побочные эффекты включают злокачественный нейролептический синдром и нейтропению. Может возникать гипергликемия, иногда — сахарный диабет.
- Необходимо титровать дозу препарата медленно, чтобы свести к минимуму седативный эффект.
- У подростков была зарегистрирована большая прибавка в весе и изменение уровня липидов и пролактина по сравнению со взрослыми. При длительном применении необходим мониторинг уровня липидов в крови, массы тела, уровня глюкозы в крови натощак и уровня пролактина. Перед началом приема желательно сделать ЭКГ и измерить АД.
- У больных с почечной и/или печеночной недостаточностью желательно использовать более низкую начальную дозу (максимум 5 мг у взрослых) .
- Оланзапин имеет хорошую биодоступность при приеме внутрь с пиковой плазменной концентрацией в течение 5–8 ч. Прием пищи не влияет на всасываемость препарата. Имеет длительный период полувыведения — около 33 ч. При бреде препарат начинает действовать в течение нескольких часов — дней, при психозе — нескольких дней — недель.
- Оланзапин не ингибирует и не стимулирует основные изоферменты CYP450. Метаболизируется CYP1A2, поэтому другие препараты, которые специфично индуцируют или ингибируют данный изофермент, могут оказывать влияние на фармакокинетику оланзапина, например карбамазепин, флувоксамин, никотин.
- Таблетки для рассасывания: положить в рот, таблетка быстро растворится в слюне. Можно растворить в полном стакане воды (или другого напитка) непосредственно перед приемом. Можно растворять в воде при введении через назогастральный зонд или гастростому. Имеются неофициальные данные о том, что таблетки для рассасывания 5 мг можно

делить пополам с целью приема дозы 2,5 мг. Делить пополам непосредственно перед введением, не хранить оставшуюся половинку для приема позже.

- Таблетки, покрытые оболочкой: глотать целиком, запивая жидкостью, или измельчать и смешивать с мягкой пищей.
- Таблетки для рассасывания содержат аспартам и могут быть вредны пациентам с фенилкетонурией.
- Таблетки, покрытые оболочкой, содержат лактозу.
- Формы: таблетки (2,5 мг, 5 мг, 7,5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг), таблетки для рассасывания (5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг).

Обоснование: [1, 2, 263–276].

Омепразол (Omeprazole)

Применение:

- Гастроэзофагальный рефлюкс.
- Кислотозависимая диспепсия.
- Лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Профилактика желудочно-кишечных язв, вызванных использованием стероидов и нестероидных противовоспалительных средств.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- **Новорожденные:** 700 мкг 1 раз в день; повышать при необходимости до максимальной дозы 1,4 мг/кг 1 раз в день (максимальная доза — 2,8 мг/кг 1 раз в день).
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 2 лет:** 700 мкг/кг раз в день; повышать при необходимости до максимальной дозы 3 мг/кг 1 раз в день (максимальная доза — 20 мг/кг 1 раз в день).
- **Дети весом 10–20 кг:** 10 мг 1 раз в день; повышать при необходимости до максимальной однократной дозы 20 мг в день.

- **Дети весом больше 20 кг:** 20 мг 1 раз в день; повышать при необходимости до максимальной однократной дозы 20 мг в день.

Внутривенно (инъекция в течение 5 минут или инфузия в течение 20–30 минут)

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** изначально 500 мкг/кг (максимально 20 мг) 1 раз в день, повышать при необходимости 2 мг/кг (максимально 40 мг) 1 раз в день.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 40 мг 1 раз в день.

Примечания:

- Формы для приема внутрь не лицензированы для использования у детей, исключая язвенную ГЭРБ у детей старше 1 года.
- Инъекции не лицензированы у детей младше 12 лет.
- Многие дети с неизлечимыми заболеваниями могут иметь ГЭРБ и нуждаются в продолжительном лечении.
- Может вызывать тревогу.
- Иногда ассоциируется с нарушением электролитного баланса.
- Для приема внутрь таблетки могут быть растворены в воде или во фруктовом соке, в йогурте. Капсулы можно открывать и смешивать с фруктовым соком или с йогуртом.
- С осторожностью назначается для введения через зонд для энтерального питания с целью минимизации риска засорения. Капсулы можно вскрывать и растворять в 8,4%-ном растворе бикарбоната натрия перед приемом. Измельченные таблетки распадаются с образованием дисперсии мелких гранул. Гранулы быстро оседают и могут заблокировать узкий зонд для кормления (менее 8Fr).
- Формы: таблетки МАПС (10 мг, 20 мг, 40 мг), капсулы (10 мг, 20 мг, 40 мг), раствор для внутривенных инъекций (40 мг) и инфузий (40 мг), суспензии для перорального применения (10 мг/5 мл).

Обоснование: [1–3, 12, 170, 277–279].

Ондансетрон (Ondansetron)

Применение:

- Антиэметик, при рвоте, вызванной химиотерапией или лучевой терапией.
- Может использоваться при зуде, индуцированном опиатами.

Дозировка и пути введения:

Профилактика и лечение тошноты и рвоты, вызываемых химиотерапией или лучевой терапией

Внутривенная инъекция должна продолжаться не менее 15 минут:

- **Дети в возрасте от 6 месяцев до 18 лет:** 5 мг/м² непосредственно перед химиотерапией (максимальная однократная доза — 8 мг), а затем внутрь; *либо* 150 мкг/кг непосредственно перед химиотерапией (максимальная однократная доза — 8 мг), повторять каждые 4 ч для последующих двух доз, затем дать внутрь; максимальная общая суточная доза — 32 мг.

Внутрь после внутривенной инфузии:

Внимание!

Прием внутрь можно начинать через 12 ч после внутривенного введения

- **Дети в возрасте от 6 месяцев до 18 лет:**
 - при площади поверхности тела менее 0,6 м² *или* массе тела 10 кг или ниже: 2 мг каждые 12 ч в течение до 5 дней (максимальная суточная доза — 32 мг);
 - при площади поверхности тела 0,6 м² — 1,2 м² *или* выше *или* массе тела выше 10 кг: 4 мг каждые 12 ч в течение до 5 дней (максимальная суточная доза — 32 мг);
 - при площади поверхности тела выше 1,2 м² *или* массе тела выше 40 кг: 8 мг каждые 12 ч в течение до 5 дней (максимальная суточная доза — 32 мг).

Тошнота и рвота

Внутрь, или медленная внутривенная инъекция в течение 2–5 минут, или внутривенная инфузия в течение 15 минут.

- **Дети в возрасте от 1 года до 18 лет:** 100–150 мкг/кг/доза каждые 8–12 ч (максимальная разовая доза — 4 мг).

Примечания:

- Инъекции ондансетрона лицензированы для лечения тошноты и рвоты, возникающих на фоне проводимой химиотерапии, у детей в возрасте не младше 6 месяцев, а также для профилактики и лечения послеоперационной тошноты и рвоты у детей (в виде однократной дозы) в возрасте не младше 1 месяца. Ондансетрон лицензирован для приема внутрь у детей в возрасте от 6 месяцев для лечения тошноты и рвоты, возникающих на фоне проводимой химиотерапии, однако лекарственная форма для приема внутрь при послеоперационной тошноте и рвоте у детей не рекомендуется из-за отсутствия соответствующих данных.
- Ондансетрон увеличивает интервал QT в зависимости от дозы. Кроме того, имеются сообщения послерегистрационного наблюдения пируэтной желудочковой тахикардии у пациентов, получавших ондансетрон. Необходимо избегать ондансетрона у пациентов с врожденным синдромом длительного интервала QT. С осторожностью у пациентов, имеющих или предрасположенных к удлинению QTс, в том числе у пациентов с нарушениями электролитного баланса, застойной сердечной недостаточностью, брадиаритмией, или принимающих другие препараты, ведущие к пролонгации QT или к электролитным нарушениям.
- Гипокалиемия и гипомагниемия должны быть скорректированы до начала приема ондансетрона.
- Повторные дозы ондансетрона внутривенно следует давать не чаще, чем с интервалом 4 ч.
- Препарат может вызвать запор и головные боли.
- Для внутривенных инфузий разбавить до концентрации 320–640 мкг/мл в 5%-ном растворе глюкозы или 0,9%-ном растворе NaCl или в растворе Рингера; вводить как минимум в течение 15 мин.
- Формы: таблетки (4 мг, 8 мг), лиофилизат внутрь (4 мг, 8 мг), сироп (4 мг/5 мл), инъекционный раствор (2 мг/мл, 2 мл и 4 мл в амп.).

Обоснование: [2, 6, 44, 75, 228, 280–282].

Оксикодон (Oxycodone)

Применение:

- Альтернативный опиоид для использования при сильных болях
- Болевой синдром всех видов, за исключением случаев нечувствительности к опиоидам.

Дозировка и пути введения:

Замена опиата: Перерасчитывают дозу предыдущего опиоида с помощью эквивалентной пероральной дозы морфина.

Используют следующие начальные дозы у пациентов, не принимавших ранее опиоидные препараты. Максимальная доза относится только к начальной дозе.

Внутрь:

Коэффициент преобразования:

- Морфин, внутрь 1,5: оксикодон внутрь 1, т.е. морфин 15 мг: оксикодон 10 мг
- Дети в возрасте от 1 до 12 месяцев: начальная доза — 50–125 мкг/кг каждые 4–6 ч.
- Дети в возрасте от 1 года до 12 лет: начальная доза — 125–200 мкг/кг (максимальная однократная доза — 5 мг) каждые 4–6 ч.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: стартовая доза — 5 мг каждые 4–6 ч.
- Титровать как морфин. Повышают дозу при необходимости в зависимости от тяжести боли.
- **т/г таблетки (с модифицированным высвобождением — пролонгированного действия). Дети в возрасте 8–12 лет:** начальная доза — 5 мг каждые 12 ч, повышать при необходимости.
- **т/г таблетки. Дети 12–18 лет:** начальная доза — 10 мг каждые 12 ч, повышать при необходимости.

Внутривенная инъекция, подкожная инъекция или продолжительная подкожная инфузия:

Коэффициент преобразования:

- Оксикодон перорально → внутривенно или подкожно болюсно: делят дозу морфина для перорального приема на 1,5.
- Оксикодон перорально → непрерывная подкожная инфузия в течение 24 ч: делят общую суточную дозу перорального оксикодона на 1,5.
- Для перехода с морфина подкожно или внутривенно на оксикодон подкожно или внутривенно соотношение должно составлять 1:1; необходимо использовать те же дозы.
- Коэффициент преобразования объясняется биодоступностью и округлением с целью обеспечения безопасности.

Примечания:

- Опиоидный анальгетик.
- Не лицензирован для использования у детей.
- Доза для лечения прорывных болей составляет 5–10% от общей суточной дозы, каждые 1–4 ч.
- По структуре почти не отличается от морфина, может заменить морфин.
- Осторожно при почечной и печеночной недостаточности.
- Инъекции оксикодона можно делать внутривенно или подкожно болюсно или путем инфузии. При длительной подкожной инфузии препарат разбавляют водой для инъекций, 0,9%-ным раствором натрия хлорида или 5%-ным раствором глюкозы.
- Жидкую лекарственную форму оксикодона можно давать через зонд для энтерального питания.
- Входит в список 2 препаратов строгого учета.
- Формы: таблетки и капсулы (5 мг, 10 мг, 20 мг), жидкость (30 мг/5 мл, 10 мг/мл) и таблетки замедленного высвобождения (5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг, 40 мг, 80 мг, 120 мг), раствор для инъекций (10 мг/мл, 50 мг/мл).

Обоснование: [1, 2, 5, 12, 97, 283–287].

Кислород (Oxygen)

Применение:

- Одышка, вызванная гипоксемией.
- Паллиативная помощь для облегчения симптомов, включая возможный эффект плацебо.

Дозировка и пути введения:

Ингаляции через назальную канюлю:

- Поток 1–2,5 л/мин регулируется в зависимости от ответа, что составляет 24–35% полученного пациентом кислорода в зависимости от его дыхания и от других факторов. Более низкий поток целесообразен у недоношенных новорожденных.

Ингаляции через маску:

- Процент вдыхаемого кислорода определяется скоростью потока кислорода и/или типа маски. 28% кислорода, как правило, рекомендуется для непрерывной доставки кислорода.

Примечания:

- Насыщение кислородом необязательно коррелирует с выраженностью одышки. Наблюдение за показателями дыхания — надежный индикатор удушья.
- Частые или непрерывные измерения сатурации могут привести к чрезмерной зависимости от технических данных и отвлекают от оценки общего состояния и самочувствия ребенка с характеристиками комфорта и благополучия.
- Целевая сатурация кислородом в 92–96% случаев может быть уместной при остром заболевании, но необязательна для пациента, находящегося на паллиативной терапии. Обычно целевая сатурация кислорода выше 92% должна быть у детей при долгосрочной кислородной терапии и 88–92% — у детей с риском гиперкапнической дыхательной недостаточности. Более низкий уровень насыщения может переноситься детьми с врожденным пороком сердца с первичным цианозом.

- Важно иметь четкое представление об общих целях кислородной терапии и реалистичных уровнях насыщения у каждого отдельного ребенка, т.к. это будет влиять на принятие решения о целевом насыщении кислородом.
- При врожденном пороке сердца с первичным цианозом кислород оказывает незначительное влияние на повышение SaO_2 и обычно не прописывается, хотя может снизить степень полицитемии. Легочная гипертензия на ранних стадиях может реагировать на кислород, поэтому его применение может быть целесообразным в условиях паллиативной помощи.
- Использование вентилятора может быть столь же эффективным в снижении ощущения удушья, если ребенок не находится в состоянии гипоксемии.
- Поступление кислорода через носовые канюли предпочтительнее, т.к. они позволяют ребенку говорить и есть с минимальными ограничениями. Однако непрерывный носовой поток кислорода может вызвать сухость слизистой оболочки носа и дерматит.
- Поступление кислорода через маску может приводить к клаустрофобии.
- Продолжительность сопровождения от кислородного баллона будет зависеть от его размера и скорости потока.
- Кислородный концентратор рекомендуется для пациентов, нуждающихся в кислородной терапии более 8 ч в день.
- Жидкий кислород дороже, но обеспечивает большую продолжительность портативного источника кислорода. Портативные кислородные концентраторы в настоящее время также доступны.
- При необходимости двух концентраторов может быть подключен Y-образный коннектор к электросети, что обеспечит очень высокие концентрации кислорода.
- Более высокие концентрации кислорода необходимы во время авиаперелетов.
- Дополнительную информацию можно получить на сайте: www.bprs.co.uk/oxygen.html

- Для заказа резервного источника кислорода для детей, проводящих длительное время вдали от дома, например, на время коротких перерывов, выходных или длительного пребывания с родственниками, требуется заполнить вторую форму заказа кислородного концентратора на дом. Это можно сделать на веб-сайте (см. выше).

Обоснование: [1, 2, 288–292].

Памидронат (Pamidronate, Disodium)

Применение:

- Вспомогательное обезболивающее при болях в костях, вызванных метастазами.
- Вспомогательное обезболивающее при болях в костях в связи с неврологическими и нервно-мышечными расстройствами, в частности остеопении и остеопорозе.
- Гиперкальциемия, вызываемая опухолями.
- Лечение вторичного остеопороза для снижения риска переломов.

Стоит отметить, что доказательная база оставляет желать лучшего, однако увеличивается по всем указанным показаниям у детей. Необходимо обращаться за консультацией специалиста перед использованием препарата.

Дозировка и пути введения:

Боли в костях (метастатическое поражение костей или остеопения): вторичный остеопороз

- воздействие на боль проявляется в течение двух недель, однако может потребоваться до года, прежде чем дать окончательную оценку терапии. Продолжать прием, пока препарат эффективен и нормально переносится, или до существенного ухудшения общего состояния.

Внутривенная инфузия:

- 1 мг/кг в виде однократной дозы; инфузия в течение 4–6 ч. Повторять ежемесячно по мере необходимости. Концентрация не более 60 мг в 250 мл.

Или:

- 1 мг/кг в виде инфузии в течение 4–6 ч за три последовательных дня. Повторять каждые три месяца по мере необходимости. Концентрация не более 60 мг в 250 мл.

При злокачественной гиперкальциемии (обращаться за консультацией специалиста)

Внутривенная инфузия:

- инфузия 1 мг/кг в течение 6 ч. Концентрация не более 60 мг в 250 мл. Затем повторять согласно скорректированному уровню кальция в сыворотке крови.

Примечания:

- Не лицензирован для использования у детей. Хорошо переносится детьми, но долгосрочные последствия неизвестны.
- В течение нескольких лет известно о применении бисфосфонатов у взрослых пациентов с костными метастазами. Становится ясно, что они играют определенную роль в более глубоких причинах костных болей, наблюдаемых у детей, особенно с неврологическими заболеваниями.
- Согласно текущим руководящим принципам, начальную дозу препарата стоит вводить в стационаре. Последующие дозы можно давать в домашних условиях, если имеется необходимая медицинская поддержка и уход. Может дать усиление боли в первое время.
- Также может применяться золедроновая кислота в/в.
- Ризедронат и алендронат внутрь используются ограниченно при указанных показаниях в связи с низкой и колеблющейся биодоступностью.
- Если ввести препарат внутривенно невозможно, то можно провести длительную подкожную инфузию бисфосфонатов в течение 12–24 ч совместно с подкожной гидратацией.

- Многие бисфосфонаты доступны в различных составах, в том числе для приема внутрь, хотя их всасываемость обычно невысока при приеме внутрь и дополнительно снижается при приеме с пищей или с другими напитками кроме воды.
- Внимание: необходимо контролировать функцию почек и уровень электролитов, а также обеспечивать адекватную гидратацию тела.
- При одновременном применении аминогликозидов и бисфосфонатов могут возникать длительная гипокальциемия и гипомagneмия. Необходимо рассматривать прием внутрь биодобавок кальция и витамина D с целью минимизировать возможный риск гипокальциемии у пациентов с преимущественно литическими метастазами в кости и риском дефицита кальция или витамина D (например при мальабсорбции или при недостатке воздействия солнечных лучей).
- Риск почечной недостаточности увеличивается при совместном использовании с другими нефротоксическими препаратами.
- Имеется риск атипичных переломов бедренной кости и риск остеонекроза, особенно челюсти, если уже имеется патология. Рекомендован стоматологический осмотр перед назначением препарата.
- При длительном применении дексаметазона возможно развитие остеопороза (необходимо сканирование костей и исследование метаболизма кальция).
- Формы: флаконы с раствором для инъекций разных объемов, (3 мг/мл, 6 мг/мл, 9 мг/мл, 15 мг/мл).

Обоснование: [1, 5, 293–300] СС, ЕА.

Парацетамол (Paracetamol)

Применение:

- Легкая или умеренная боль.
- Гипертермия.

Дозировка и пути введения:

Рекомендуемые показания к применению и дозы парацетамола были пересмотрены с учетом сведений Управления по контролю за оборотом лекарственных средств и медицинских изделий (MHRA) и Toxbase о том, что парацетамол может быть токсичен при дозах 75–150 мг/кг/сут (прием внутрь дозы выше 150 мг/кг/сут считается определенным риском токсичности).

Внутрь:

- **Новорожденные, скорректированный гестационный возраст — 28–32 недели:** 20 мг/кг однократно, затем 10–15 мг/кг каждые 8–12 ч по мере необходимости (максимально 30 мг/кг/день в равных дозах).
- **Новорожденные, скорректированный гестационный возраст более 32 недель:** 20 мг/кг однократно, затем 10–15 мг/кг каждые 6–8 ч по мере необходимости (максимально 60 мг/кг/день в равных дозах).
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 6 лет:** 20–30 мг/кг однократно, затем 15–20 мг/кг каждые 4–6 ч по мере необходимости (максимально 75 мг/кг/день в равных дозах).
- **Дети в возрасте от 6 до 12 лет:** 20–30 мг/кг (максимально 1 г) однократно, затем 15–20 мг/кг каждые 4–6 ч по мере необходимости (максимально 75 мг/кг/день или 4 г/сут в равных дозах).
- **Дети старше 12 лет:** 15–20 мг/кг (максимально 500 мг–1 г) каждые 4–6 ч при необходимости (максимально 4 г/сут в равных дозах).

Ректально:

- **Новорожденные, скорректированный гестационный возраст — 28–32 недели:** 20 мг/кг однократно, затем 10–15 мг/кг каждые 12 ч по мере необходимости (максимально 30 мг/кг/день в равных дозах).
- **Новорожденные, скорректированный гестационный возраст более 32 недель:** 30 мг/кг однократно, затем 15–20 мг/кг каждые 8 ч по мере необходимости (максимально 60 мг/кг/день в равных дозах).

- **Дети в возрасте от 1 до 3 месяцев:** 30 мг/кг однократно, затем 15–20 мг/кг каждые 4–6 ч по мере необходимости (максимально 75 мг/кг в равных дозах).
- **Дети в возрасте от 3 месяцев до 12 лет:** 30 мг/кг однократно, затем (максимально 1 г), затем 15–20 мг/кг каждые 4–6 ч по мере необходимости (максимально 75 мг/кг или 4 г/сут в равных дозах).
- **Дети старше 12 лет:** 15–20 мг/кг (максимально 500 мг–1 г) каждые 4–6 ч при необходимости (максимально 4 г/сут в равных дозах).

Внутривенно: в виде инфузии в течение 15 минут

- **Недоношенные новорожденные, скорректированный гестационный возраст старше 32 недель:** 7,5 мг/кг каждые 8 ч (максимально 25 мг/кг/день).
- **Новорожденные:** 10 мг/кг каждые 4–6 ч по мере необходимости (максимально 30 мг/кг/день).
- **Новорожденные и дети с массой тела менее 10 кг:** 10 мг/кг каждые 4–6 ч по мере необходимости (максимально 30 мг/кг/день).
- **Дети с массой тела 10–50 кг:** 15 мг/кг каждые 4–6 ч по мере необходимости (максимально 60 мг/кг/день).
- **Дети с массой тела более 50 кг:** 1 г каждые 4–6 ч по мере необходимости (максимально 4 г/сут).

Примечания:

- Не лицензирован для приема внутрь у детей младше 2 месяцев. не лицензирован для проведения внутривенных инфузий у недоношенных новорожденных; не лицензирован для использования ректально у детей младше 3 месяцев. дозы для тяжелых симптомов не лицензированы; суспензия парацетамола 500 мг/5 мл для приема внутрь не лицензирована для применения у детей в возрасте до 16 лет.
- Пероральные и ректальные препараты лицензированы для использования у детей с двухмесячного возраста для постиммунизационной гипертермии (однократная доза — 60 мг,

можно повторять один раз через 4–6 ч при необходимости) и с 3 месяцев в качестве антипиретика и анальгетика.

- Парацетамол для внутривенных инъекций лицензирован для лечения умеренных болей и лихорадки, применяется в случаях, когда другие пути введения невозможны.
- В качестве альтернативы или в дополнение к анальгетикам рассматривают использование не фармакологических мер для облегчения боли.
- Возможна гепатотоксичность при передозировке или при длительном приеме высоких доз.
- При умеренном нарушении функции почек использовать не чаще чем 1 раз в 6 ч, при тяжелом нарушении — не чаще чем 1 раз в 8 ч.
- Многие дети и подростки с угрожающими жизни заболеваниями имеют низкий вес тела для своего возраста. Поэтому дозы выше указаны в основном по массе тела, а не по возрасту (в отличие от большинства данных в нормальной или расширенной форме Бэкуса — Наура) с целью свести к минимуму риск передозировки у этой группы пациентов.
- Препарат начинает действовать через 15–30 мин при приеме внутрь, 5–10 мин при внутривенном введении (анальгезия), 30 мин (жаропонижающий эффект). Продолжительность действия — 4–6 ч при пероральном и внутривенном введении. Биодоступность при приеме внутрь 60–90%, при ректальном введении — примерно $\frac{2}{3}$ от перорального. Однако известно, что всасываемость при ректальном введении является нестабильной, неполной и более медленной по сравнению с приемом внутрь (за исключением новорожденных, у которых пероральная форма, используемая ректально, имеет более высокую всасываемость по сравнению с суппозиториями). Препарат выводится медленнее у детей в возрасте до 3 месяцев.
- Растворимые таблетки имеют высокое содержание натрия (свыше 14 ммоль на одну таблетку), поэтому необходимо быть осторожными при регулярном приеме (рассмотреть возможность использования жидкой лекарственной формы).

- При введении через зонд для энтерального питания используют таблетки, растворимые в воде, для введения в желудок или через еюностому. Если содержание натрия нарушено, используют жидкую лекарственную форму. Ее можно применять в неразбавленном виде для внутривенного введения, однако педиатрические жидкие лекарственные формы имеют высокую вязкость; трудно вводить эти суспензии через узкие зонды без разбавления. При введении в тонкую кишку разводят по меньшей мере равным количеством воды с целью уменьшить осмотическое давление и вязкость.
- Для лечения признаков лихорадки у детей см. клинические рекомендации SG160 Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE). (рассматривают возможность использования парацетамола или ибупрофена у детей с повышенной температурой при *тяжелом недомогании* и переходят на другой препарат, если парацетамол или ибупрофен не приносят облегчения. Однако не следует использовать жаропонижающие средства только с целью снижения температуры). Последний Кокрановский систематический обзор указывает, что «имеются некоторые свидетельства того, что переменная и комбинированная жаропонижающая терапия может быть более эффективной в снижении температуры, чем монотерапия». У детей старше 3 месяцев ибупрофен более предпочтителен, чем парацетамол, т.к. астма чаще встречается у детей, рано подвергшихся воздействию парацетамола.
- Формы: таблетки и капсулы (500 мг), растворимые таблетки (120 мг, 500 мг), суспензия для приема внутрь (120 мг/5 мл, 250 мг/5 мл), свечи (60 мг, 125 мг, 250 мг, 500 мг и другие формы, доступные только от производителей) и раствор для внутривенных инфузий (10 мг/мл в 50 мл и 100 мл во флаконах).

Обоснование: [1–3, 6, 12, 301–305] SR.

Паральдегид (ректально) (Paraldehyde)

Применение:

- Лечение затянувшегося судорожного синдрома и эпилептического статуса.

Дозировка и пути введения:

Ректально (доза указана для предварительно приготовленной клизмы 50:50 с оливковым маслом).

- Новорожденные: 0,8 мл/кг однократно.
- Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет: 0,8 мл/кг (максимально 20 мл) однократно.

Примечания:

- Ректальное введение может привести к раздражению.
- Противопоказан при заболеваниях желудка и колите.
- Препарат в клизме для ректального применения не лицензирован.
- Формы: паральдегид в клизме, предварительно смешанный раствор паральдегида в оливковом масле в равных объемах, доступен от производителя и специализированных компаний-импортеров.

Обоснование: [2, 6, 306–312] CC, SR.

Фенобарбитал (Phenobarbital)

Применение:

- Вспомогательное средство при боли мозгового происхождения.
- Терминальные судороги.
- Седация.
- Эпилепсия с эпилептическим статусом. Препарат первой линии у новорожденных (фенитоин или бензодиазепины являются альтернативой).

- Ажитация, рефрактерная к мидазоламу при терминальном уходе.

Дозировка и пути введения:

Эпилептический статус/терминальные судороги/ажитация

Нагрузочная доза: внутрь, внутривенно или подкожно:

- **Все возрасты:** 20 мг/кг/доза (максимально 1 г) в течение 20 мин при внутривенной или подкожной инъекции (см. примечания ниже).

Подкожные или внутривенные инъекции и инфузии:

- **Новорожденные:** 2,5–5 мг/кг 1 или 2 раза в день — поддерживающая доза.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** 2,5–5 мг/кг (максимальная разовая доза — 300 мг) 1 или 2 раза в день в виде продолжительной инфузии в течение 24 ч.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 300 мг дважды в день или в виде продолжительной инфузии в течение 24 ч.

Эпилепсия:

Внутрь:

- **Новорожденные:** 2,5–5 мг/кг 1 или 2 раза в день — поддерживающая доза.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** 1–1,5 мг/кг 2 раза в день, увеличивать на 2 мг/кг в день при необходимости (обычная поддерживающая доза — 2,5–4 мг/кг 1 или 2 раза в день).
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 60–180 мг 1 раз в день.

Примечания:

- Не лицензирован у детей для лечения ажитации в терминальном периоде.
- Для начала терапии требуется однократная нагрузочная доза; по возможности назначается внутрь. Нагрузочная доза может быть введена внутривенно в течение 20 минут или в виде медленной внутривенной инъекции, однако объем приготовленного раствора может быть ограничением для подкожного болюсного введения.

- Нагрузочные дозы имеют большое значение для достижения устойчивого быстрого эффекта и позволяют избежать развития токсичности препарата.
- Для пациентов, уже получающих фенobarбитал, которым требуется парентеральное лечение, препарат должен быть использован в дозах, эквивалентных обычной суточной дозе.
- Элиминация препарата происходит в течение 2–6 дней у взрослых и в течение 1–3 дней у детей.
- Фенobarбитал индуцирует различные ферменты системы CYP450 и, таким образом, может снижать плазменную концентрацию сопутствующих препаратов, которые метаболизируются этой системой.
- Таблетки можно измельчать при приеме.
- Используют отдельный участок доступа для подкожной инфузии. Не применять подкожные болюсные инъекции в связи с риском развития некроза тканей (высокий pH препарата).
- Препарат разбавляют в 10 раз водой для инъекций для внутривенного или подкожного введения (т. е. до концентрации 20 мг/мл).
- Формы: таблетки (15 мг, 30 мг, 60 мг), эликсир для приема внутрь (15 мг/5 мл), раствор для инъекций (15 мг/мл, 60 мг/мл и 200 мг/мл). Лицензированный эликсир для приема внутрь 15 мг/5 мл содержит 38%-ный спирт; желательно вводить не содержащую спирта жидкость для приема внутрь (от производителя).

Обоснование: [2, 3, 81, 313, 314].

Фенитоин (Phenytoin)

Применение:

- Эпилепсия, эпилептический статус (в качестве 3–4-й линии терапии среди препаратов, используемых внутрь).

- Нейропатическая боль (обладает как минимум кратковременной эффективностью; не используется в качестве препаратов первой линии терапии).

Дозировка и пути введения:

Все формы эпилепсии (в том числе тонико-клонические, очаговые и неонатальные судороги), за исключением абсансов. Боль нейропатического характера.

Прием внутрь и медленные внутривенные инъекции:

- **Новорожденные:** начальная нагрузочная доза путем медленной внутривенной инфузии — 18 мг/кг, **ЗАТЕМ** внутрь 2,5–5 мг/кг 2 раза в день, регулируется в зависимости от ответа и концентрации в плазме. Обычная максимальная доза — 7,5 мг/кг 2 раза в день.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** начальная доза — 1,5–2,5 мг/кг 2 раза в день, затем регулируется в зависимости от ответа и концентрации фенитоина в плазме до 2,5–5 мг/кг 2 раза в день. Максимальная доза 7,5 мг/кг 2 раза в день или 300 мг ежедневно.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** инициальная доза 75–150 мг два раза в день, затем регулируется в зависимости от ответа и концентрации в плазме до 150–200 мг. Максимальная доза — 300 мг 2 раза в день.

Эпилептический статус, острые симптоматические припадки:

Медленные внутривенные инъекции или инфузии:

- **Новорожденные:** нагрузочная доза — 20 мг/кг в течение как минимум 20 мин, затем 2 мг/кг/доза (за 30 мин) каждые 8–12 ч в качестве поддерживающей дозы в первую неделю жизни. Регулируется в зависимости от ответа; детям младшего возраста могут потребоваться более высокие дозы. После приема первой дозы прием внутрь обычно столь же эффективен, как и внутривенное введение у новорожденных детей старше 2 недель.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет:** 20 мг/кг нагрузочная доза в течение как минимум 20 мин, затем 2,5–5 мг/кг 2 раза в день в качестве поддерживающей дозы.

- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 20 мг/кг нагрузочная доза в течение как минимум 20 мин, затем до 100 мг (за 30 мин) 3–4 раза ежедневно — поддерживающая доза.

Примечания:

- Лицензированное применение. Суспензия 90 мг/5 мл не лицензирована для применения у детей. Другие препараты лицензированы у детей как антиконвульсанты (возраст не указан).
- Фенитоин действует как стабилизатор мембраны.
- Он имеет узкий терапевтический индекс, непредсказуемый период полувыведения, соотношение между дозой и плазменной концентрацией препарата является нелинейным. Скорость выведения также очень изменчива, особенно в первые несколько недель и месяцев жизни. Сопутствующее лечение часто используемыми препаратами может существенно изменить период полувыведения фенитоина.
- Фенитоин обладает многочисленными взаимодействиями с другими препаратами в связи с индукцией ферментов печени. Длительное применение связано со значительными побочными эффектами. Он не более эффективен, чем другие противоэпилептические препараты, и, как правило, не используется в качестве первой линии, хотя и допускает быстрое титрование.
- При внутривенном введении необходим непрерывный контроль ЭКГ и АД.
- Биодоступность при приеме внутрь составляет 90–95%, период полувыведения из плазмы — 7–42 ч. Плохо абсорбируется при ректальном применении.
- Всасывание через тощую кишку является исключительно низким.
- Необходимо снижать дозу при поражении печени. С осторожностью при снижении уровня альбумина или уровня белка плазмы при почечной недостаточности.
- Внимание: сообщается о кросс-чувствительности с карбамазепином.

- Избегать резкой отмены.
- Рассмотреть вариант приема витамина D у пациентов, имобилизованных в течение длительного времени или с недостаточным пребыванием на солнце, или дополнительного потребления кальция в диете.
- До и после введения промывать катетер 0,9%-ным раствором натрия хлорида.
- *Внутривенные инъекции* ставят в крупную вену со скоростью не более 1 мг/кг/мин (максимум 50 мг/мин).
- При *внутривенных вливаниях* разбавляют препарат до концентрации не выше 10 мг/мл 0,9%-ным раствором натрия хлорида и направляют через крупную вену, используя проходной фильтр (с размером пор 0,22–0,50 мкм) со скоростью не выше 1 мг/кг/мин (максимально 50 мг/мин); завершают вливание в течение 1 ч после приготовления раствора для инфузии.
- Рецепт на пероральный препарат должен включать торговое название и тип препарата для обеспечения регулярной доставки одного и того же препарата.
- Лекарственные формы, содержащие фенитоин натрия, не являются биоэквивалентными формам, содержащим фенитоина основание (например, *Эпанутин Инфатабс*[®] и *Эпанутин*[®] суспензия); 100 мг фенитоина натрия эквивалентны примерно 92 мг фенитоина основания по терапевтическому эффекту. Доза одинакова для всех препаратов фенитоина при начале терапии, однако при переходе с одного препарата на другой содержание фенитоина может быть клинически значимым. Необходимо проявлять осторожность при внесении изменений лекарственными формами; рекомендуется мониторинг концентрации фенитоина в плазме.
- Биодоступность непредсказуемо уменьшается при энтеральном питании и/или питании через назогастральный зонд, поэтому необходимо промывать его водой и прекращать энтеральное кормление как минимум за 1–2 ч до и после введения фенитоина, а также поддерживать одинаковое время питания изо дня в день.

- **Формы:** таблетки (фенитоин натрия 100 мг, дженерик), капсулы (Эпанутин® фенитоин натрия 25 мг, 50 мг, 100 мг, 300 мг), Эпанутин® Инфатабс (жевательные таблетки фенитоина 50 мг), суспензия для приема внутрь (Эпанутин® фенитоина основание 30 мг/5 мл и 90 мг/5 мл, не лицензировано) и инъекции (фенитоин натрия 50 мг/мл, дженерик).

Обоснование: [2, 3, 5, 6, 12, 34, 286, 315–319] SR, CC.

Фосфаты (клизма) (Phosphate)

Применение:

- Запоры, рефрактерные к другим видам лечения.

Дозировка и пути введения:

Клизма:

- **Дети в возрасте от 3 до 7 лет:** 45–65 мл 1 раз в день.
- **Дети в возрасте от 7 до 12 лет:** 65–100 мл 1 раз в день.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 100–128 мл 1 раз в день.

Примечания:

- Необходимо поддерживать хорошую гидратацию и следить за электролитным балансом
- Противопоказана при острых желудочно-кишечных нарушениях (в том числе желудочно-кишечной непроходимости, воспалительных заболеваниях кишечника, а также нарушениях, связанных с повышенной всасываемостью веществ в толстой кишке).
- Применять только после консультации со специалистом.
- Доступны в виде клизмы с фосфатами, формула В, 128 мл со стандартным или удлиненным наконечником (примечание: готовая к использованию клизма Fleet® требует других дозировок: 40–60 мл в возрасте 3–7 лет; 60–90 мл в возрасте 7–12 лет; 90–118 мл в возрасте 12–18 лет).

Обоснование: [1, 2, 320, 321] CC, SR.

Прометазин (Promethazine)

Применение:

- Нарушения сна.
- Умеренная седация.
- Антигистаминное средство.
- Также может использоваться для лечения тошноты, рвоты и вертиго.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

Симптоматическое облегчение аллергии:

- Дети в возрасте от 2 до 5 лет: 5 мг 2 раза в день или 5–15 мг на ночь.
- Дети в возрасте от 5 до 10 лет: 5–10 мг 2 раза в день или 10–25 мг на ночь.
- Дети в возрасте от 10 до 18 лет: 10–20 мг 2–3 раза в день или 25 мг на ночь; если необходимо, увеличить дозу до 25 мг 2 раза в день.

Седативный эффект (краткосрочно):

- Дети в возрасте от 2 до 5 лет: 15–20 мг на ночь.
- Дети в возрасте от 5 до 10 лет: 20–25 мг на ночь.
- Дети в возрасте от 10 до 18 лет: 25–50 мг на ночь.

Тошнота и рвота (особенно перед укачиванием):

- Дети в возрасте от 2 до 5 лет: 5 мг дважды в день.
- Дети в возрасте от 5 до 10 лет: 10 мг дважды в день.
- Дети в возрасте от 10 до 18 лет: 20–25 мг дважды в день.

Примечания:

- Антимускариновый антигистаминный препарат фенотиазинового ряда с антагонистической активностью в отношении D₂-рецепторов.

- Нельзя использовать в возрасте младше 2 лет из-за риска летальной дыхательной недостаточности.
- Обладает лекарственными взаимодействиями, в частности повышенным антиму斯卡риновым и седативным эффектом.
- С осторожностью при эпилепсии.
- Эффективен до 12 ч. Сонливость может проходить через несколько дней лечения.
- Для введения через зонд для энтерального питания: эликсир является слегка вязким, поэтому его можно смешивать с равным объемом воды с целью снизить вязкость. Таблетки распадаются при встряхивании в воде в течение 5 мин.
- Формы: таблетки прометазина гидрохлорида (10 мг, 25 мг), эликсир для приема внутрь (5 мг/5 мл), раствор для инъекций (25 мг/мл) (также доступен дипразин теоклат в таблетках 25 мг, лицензирован для применения при тошноте, рвоте и расстройствах лабиринта уха. Дозировка несколько отличается).

Обоснование: [2, 12, 39] СС, ЕА.

Хинин сульфат (Quinine Sulphate)

Применение:

- Судороги ног.

Дозировка и пути введения:

Внутрь:

- Не лицензирован и не рекомендуется для применения у детей в связи с отсутствием данных.
- **Доза для взрослых:** хинина сульфат 200 мг перед сном, при необходимости повышать дозу до 300 мг.

Примечания:

- Не лицензирован для использования у детей при данном нарушении.

- Умеренные данные свидетельствуют о том, что сульфат хинина более эффективен, чем плацебо, в снижении частоты и интенсивности судорог.
- Регулирующие органы считают, что, учитывая наличие альтернатив, риски, связанные с использованием сульфата хинина, неприемлемо высоки. Редкие серьезные побочные эффекты включают тромбоцитопению и гемолитико-уремический синдром. Препарат высоко токсичен при передозировке и проявляет серьезные лекарственные взаимодействия с варфарином и дигоксином. В связи с этим Управление по контролю за оборотом лекарственных средств и медицинских изделий (MHRA) советует использовать хинин только при соблюдении всех четырех критериев: излечимые причины исключены; немедикаментозные меры потерпели неудачу; судороги регулярно приводят к потере сна; судороги являются очень болезненными или частыми. Пациентов необходимо наблюдать на наличие признаков тромбоцитопении на ранних стадиях лечения.
- При использовании хинина прием необходимо прекратить через 4 недели, если он неэффективен, и прерывать каждые 3 месяца для переоценки пользы лечения.
- Формы: таблетки (хинин сульфат 200 мг).

Обоснование: [1, 322, 323] EA.

Ранитидин (Ranitidine)

Применение:

- Гастроэзогафальный рефлюкс.
- Лечение гастрита, доброкачественных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Защита от желудочного сока (например, в сочетании с СПВП или со стероидами).
- Прочие обстоятельства, требующие снижения кислоты желудочного сока.

Дозировка и пути введения:

Перорально:

- **Новорожденные:** 2–3 мг/кг 3 раза в день (ненадежная абсорбция).
- **Дети в возрасте от 1 до 6 месяцев:** 1 мг/кг 3 раза в день, увеличивая дозу до максимальной в случае необходимости 3 мг/кг 3 раза в день.
- **Дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет:** 2–4 мг/кг 2 раза в день.
- **Дети в возрасте от 3 до 12 лет:** 2–4 мг/кг (максимальная разовая доза — 150 мг) 2 раза в день. Доза может быть увеличена до 5 мг/кг (максимально 300 мг/доза) 2 раза в день при тяжелой форме ГЭРБ.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 150 мг 2 раза в день или 300 мг на ночь. При необходимости доза может быть увеличена при средней и тяжелой формах ГЭРБ до 300 мг 2 раза в день или до 150 мг 4 раза в день при продолжительности приема до 12 недель.

Медленная внутривенная инъекция, разбавленная до 2,5 мг/мл и вводимая как минимум 3 минуты (в ряде центров для взрослых осуществляется подкожное введение; способ, не имеющий разрешения):

- **Новорожденные:** 0,5–1 мг/кг через каждые 6–8 ч (может потребоваться 2 мг/кг в течение 8 ч, пока действие изменяющегося метаболизма первого прохождения усваивается).
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 1 мг/кг (максимально 50 мг) через каждые 6–8 ч (может вводиться как прерывистая инфузия со скоростью 25 мг/ч).

Примечания:

- Не разрешен для перорального применения детям младше 3 лет; инъекции не разрешены детям до 6 месяцев.
- Для определения дозы в раннем детстве используйте желудочную кислотность.
- Ингибиторы протонного насоса (ИПН), H₂-блокатор и прокинетики ослабляют симптомы неязвенной диспепсии и кис-

лотного рефлюкса, при этом ИПН являются самыми эффективными. ИПН и «двойная доза» H₂-блокатора являются эффективными для предупреждения связанной с НПВС эндоскопической пептической язвы. Добавление ночной дозы H₂-блокатора к высокой дозе ИПН может нормализовать ночной кислотный рефлюкс, однако признаки будут слабыми.

- Время достижения максимальной концентрации плазмы составляет 2–3 ч, время полужизни — 2–3 ч, длительность действия — 8–12 ч.
- Ранитидин может увеличивать концентрацию мизадолана в плазме.
- Может вызывать повторную повышенную кислотность в ночное время.
- Для введения через зонд используйте в первую очередь шипучие таблетки, пока содержание натрия является проблемой. В качестве альтернативы используйте жидкую лекарственную форму для перорального применения. (Стандартные таблетки полностью не растворяются в воде.)
- Может применяться внутривенно при сильной тошноте и рвоте. В ряде центров используется подкожная доза 2–4 раза в день.
- Формы: таблетки и шипучие таблетки (150 мг, 300 мг), раствор для приема внутрь (75 мг/5 мл), инъекции (25 мг/мл).

Обоснование: [1–3, 12, 324–327].

Рисперидон (Risperidone)

Применение:

- Дистония и дистонические спазмы, трудно поддающиеся терапии первой и второй линии.
- Психотические реакции/кризы при болезни Баттена.

- Имеет противорвотное действие (некоторый опыт при трудно поддающихся лечению тошноте и рвоте у взрослых; не апробирован на детях).
- Лечение маниакальных состояний или психотических расстройств проводится под наблюдением специалиста.

Дозировка и пути введения:

Перорально:

- **Дети в возрасте 5–12 лет (вес 20–50 кг):** 250 мкг 1 раз в день, повышая при необходимости по 250 мкг через день до максимальной дозы 750 мкг в день.
- **Дети в возрасте 12 лет или старше (вес более 50 кг):** 500 мкг 1 раз в день, повышая при необходимости по 500 мкг через день до максимальной дозы 1,5 мг в день.
 - При подростковой болезни Баттена требуется 500 мкг в день, повышая до 1,5 мг 3 раза в день при кризах с галлюцинациями; эта доза может быть снижена или упразднена при ослаблении симптомов (приступы обычно длятся 1–6 недель).

Примечания:

- Не разрешен для применения у детей с такими симптомами. Рисперидон разрешен для кратковременного симптоматического лечения (до 6 недель) устойчивого агрессивного поведения детей в возрасте от 5 лет и старше.
- На 99% биологически доступная форма. Через 1–2 ч достигает максимальной концентрации в плазме. Начало действия от нескольких часов до дней при бредовых состояниях; от дней до недель при психотических расстройствах. Время полужизни в плазме — 24 ч. Длительность действия — 12–48 ч.
- Осторожно при эпилепсии и сердечно-сосудистых заболеваниях; экстрапирамидные симптомы встречаются реже, чем при использовании антипсихотических препаратов старого поколения; при длительном применении отменять постепенно. Рисперидон может способствовать значительному увеличению веса.

- Начальная и последующая дозы должны быть вдвое меньше при почечной или печеночной недостаточности.
- Растворите таблетки в воде в течение 5 мин с целью более удобного введения препарата через питательный зонд. Жидкая лекарственная форма для перорального применения легко вводится через питательную трубку.
- Формы: таблетки (500 мкг, 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг, 6 мг), таблетки для рассасывания (500 мкг, 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг), жидкость (1 мг/мл).

Обоснование: [2, 12, 124, 328, 329] СС.

Сальбутамол (Salbutamol)

Применение:

- Свистящее дыхание или одышка, вызванная бронхоспазмом.
- Используется также при гиперкалиемии для профилактики и лечения хронической болезни легких у недоношенных детей, а также при мышечных нарушениях или мышечной слабости. (Следует обратиться за советом к специалисту, эта тема здесь не рассматривается.)

Дозировка и пути введения при обострении нарушения двусторонней проходимости дыхательных путей и для профилактики бронхоспазма, вызванного аллергеном или физической нагрузкой.

(Примечание. О применении при остром приступе астмы познаться в специальном подробном руководстве со стандартными описаниями.)

Аэрозольные ингаляции:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 100–200 мкг (1–2 пuffs) при отсутствии эффекта до 4 раз в день.

Раствор для небулайзера:

- **Новорожденные:** 1,25–2,5 мг до 4 раз в день.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 2,5–5 мг до 4 раз в день.

Пероральный прием (для лечения бронхоспазма предпочтительна ингаляция):

- Дети в возрасте от 1 месяца до 2 лет: 100 мкг/кг (максимально 2 мг) 3–4 раза в день.
- Дети в возрасте от 2 до 6 лет: 1–2 мг 3–4 раза в день.
- Дети в возрасте от 6 до 12 лет: 2 мг 3–4 раза в день.
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 2–4 мг 3–4 раза в день.

Примечания:

- Не разрешен для применения при гиперкалиемии; не разрешается использование сиропа и таблеток для детей младше 2 лет; таблетки замедленного высвобождения не разрешены для применения детям младше 3 лет; применение инъекции для детей не разрешено.
- При паллиативной помощи, когда имеется подозрение блокады воздушного потока, на практике можно опробовать (например, 1–2 недели) бронхорасширитель и оценить его воздействие на симптомы. Спирометрия обычно используется для подтверждения подозрения на астму.
- Сальбутамол оказался малоэффективным для детей младше 2 лет, возможно, из-за недоразвитости рецепторов. Для пациентов в возрасте до 1–2 лет более эффективным является ипратропиум.
- При остром приступе многие педиатры рекомендуют применять для пациентов мультидозирование сальбутамола 100 мкг до 10 раз через спейсер, который применяется вместо небулайзера.
- Побочные эффекты: увеличение частоты сердцебиений, ощущение тревоги или возбуждения, тремор.
- Вышеназванные побочные эффекты можно предотвратить при использовании в качестве хорошего альтернативного средства бромида ипратропиума.
- Препарат для ингаляций должен использоваться с подходящим спейсером; необходимо обучить ребенка или ухаживающее лицо навыкам работы с ним. Технику ингаляции следует

объяснить и опробовать. Пропеллент ГФА (гидрофторалькановый), используемый в настоящее время в многодозовых ингаляторах, может вызвать засорение насадки, поэтому рекомендуется проведение еженедельной гигиенической чистки.

- Аэрозоль сальбутамола используется в неразбавленном виде. Для увеличения времени доставки (более 10 мин) данный раствор может разбавляться стерильным раствором 0,9% NaCl. Можно смешивать сальбутамол с небуляризированным раствором бромида ипратопиума.
- Формы: небулизированный раствор (2,5 мг/2,5 мл, 5 мг/2,5 мл), дыхательный раствор (5 мг/1 мл), аэрозольные ингаляции (100 мкг/пуф) с помощью ингалятора отмеренных доз (ИОД), снабженного различными спайсерными устройствами. Имеются также различные типы ингаляторов сухого порошка. Также выпускается в виде таблеток сальбутамола (дорогостоящих) (по 2 и 4 мг), в капсулах замедленного высвобождения (по 4 и 8 мг), и как пероральный раствор (2 мг/5 мл). Выпускается как препарат для инъекций (500 мкг/мл) и для внутривенной инфузии (1 мг/мл).

Обоснование: [1–3, 330, 331].

Сенна (Senna)

Применение:

- Запор.

Дозировка и пути введения:

Перорально:

Начальная доза регулируется в зависимости от клинического ответа и переносимости.

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 2 лет:** 0,5 мл/кг (максимально 2,5 мл) в сиропе 1 раз в день.
- **Дети в возрасте от 2 до 6 лет:** 2,5–5 мл в сиропе 1 раз в день.

- **Дети в возрасте от 6 до 12 лет:** 5–10 мл в сиропе 1 раз в день, или 1–2 таблетки на ночь, или 2,5–5 мл в гранулах.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 10–20 мл в сиропе 1 раз в день, или 2–4 таблетки на ночь, или 5–10 мл в гранулах.

Примечания:

- Сироп не разрешен к применению для детей младше 2 лет и таблетки/гранулы не разрешены к применению для детей младше 6 лет.
- Стимулирующее слабительное.
- Начало действия через 8–12 ч.
- Начальная доза должна быть низкой, но при необходимости ее можно повышать.
- Увеличение дозы осуществляется только под руководством специалиста.
- Гранулы можно растворять в горячем молоке или добавлять в пищу.
- Введение пероральной жидкости может осуществляться через трубку для интегрального питания.
- Формы: таблетки (7,5 мг сеннозид), сироп внутрь (7,5 мг/5 мл сеннозид В), гранулы (15 мг/5 мл сеннозид В).

Обоснование: [2, 6, 12, 87].

Цитрат натрия (Sodium Citrate)

Применение:

- Запоры, когда показано осмотическое слабительное.

Дозировка и пути введения:

Микроклизма Micolette

Клизма: цитрат натрия 450 мг, лаурилсульфоацетат натрия 45 мг, глицерол 625 мг, а также лимонная кислота, сорбат калия и сорбитол в вязком растворе 5 мл.

- Введение в прямую кишку: **Дети в возрасте от 3 до 18 лет:** одноразовая доза — 5–10 мл.

Микроклизма Micralax

Клизма: цитрат натрия 450 мг, алкилсульфоацетат натрия 45 мг, сорбиновая кислота 5 мг, а также глицерол и сорбитол в вязком растворе 5 мл.

- Введение в прямую кишку: **Дети в возрасте от 3 до 18 лет:** одноразовая доза — 5 мл.

Микроклизма Relaxit

Клизма: цитрат натрия 450 мг, лаурилсульфат натрия 75 мг, сорбиновая кислота 5 мг, а также глицерол и сорбитол в вязком растворе 5 мл одноразовой дозы с наконечником.

- Введение в прямую кишку: **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** одноразовая доза — 5 мл (для детей младше 3 лет введите наконечник только на половину длины).

Примечания:

- Для детей в возрасте младше 3 лет введите наконечник только на половину длины.
- Форма: микроклизма (5 мл).

Обоснование: [1, 2].

Пикосульфат натрия (Sodium Picosulfate)

Применение:

- Запор.

Дозировка и пути введения:

Перорально:

- **Дети от 1 месяца до 4 лет:** начальная доза — 2,5 мг 1 раз в день, повышая ее при необходимости в зависимости от клинического ответа до максимальной дозы 10 мг в день.

- **Дети от 4 до 18 лет:** начальная доза — 2,5 мг 1 раз в день, повышая ее при необходимости в зависимости от клинического ответа до максимальной дозы 20 мг в день.

Примечания:

- Эликсир разрешен к применению для детей любого возраста, капсулы могут применяться для детей младше 4 лет.
- Действует как стимулирующее слабительное.
 - Начало действия через 6–12 ч.
- Эффективность зависит от состава кишечной флоры, предыдущая эффективность могла быть сниженной в результате курса антибиотиков и последующего изменения кишечной флоры.
- Для введения через трубку для энтерального питания: используйте жидкое средство; растворите в равном объеме воды, перед тем как осуществить его введение. Пикосульфат натрия попадает в толстый кишечник без какого-либо существенного всасывания, поэтому терапевтический ответ не будет зависеть от еюнального введения.
- Формы: эликсир (5 мг/5 мл), капсулы (2,5 мг).

Обоснование: [1, 2, 12].

Сукральфат (Sucralfate)

Применение:

- Профилактика стрессовых язв.
- Профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка; дополнительное средство для лечения: эзофагита с признаками изъязвления слизистой оболочки, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, «верхнее» жедодочно-кишечное кровотечение неизвестной причины.

Дозировка и пути введения:

Перорально:

Профилактика стрессовых язв, профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 2 лет: 250 мг 4–6 раз в день.
- Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 500 мг от 4 до 6 раз в день.
- Дети в возрасте от 2 до 15 лет: 1 г от 4 до 6 раз в день.
- Дети в возрасте от 15 до 18 лет: 1 г 6 раз в день (не более 8 г в день).

Эзофагит с признаками изъязвления слизистой оболочки, язва желудка или двенадцатиперстной кишки:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 2 лет: 250 мг 4–6 раз в день.
- Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 500 мг 4–6 раз в день.
- Дети в возрасте от 12 до 15 лет: 1 г 4–6 раз в день.
- Дети в возрасте от 15 до 18 лет: 2 г 2 раза в день (утром и перед сном) или по 1 г 4 раза в день (за 1 час до еды и перед сном), принимать в течение 4–6 недель (до 12 недель в случаях, сложно поддающихся лечению); не более 8 г в день.

Примечания:

- Не разрешен для применения детям младше 15 лет; таблетки не разрешены для применения для профилактики стрессовых язв.
- Назначается за 1 час до еды.
- Равномерное распределение дозы в течение бодрствования.
- Образование безоара: на основании сообщений об образовании безоара CSM рекомендовала проявлять предосторожность при работе с серьезно больными пациентами, особенно с теми, кто получает сопутствующее энтеральное питание или с провоцирующими состояниями, такими как замедление эвакуации содержимого желудка.
- Внимание: абсорбция алюминия из сукральфата может быть существенной у пациентов на диализе или с почечной недостаточностью.

- Таблетки можно измельчать и растворять в воде.
- Прием суспензии сукральфата и проведение энтерального питания через зонд и гастротомию должны осуществляться с интервалом не менее 1 ч. В единичных случаях наблюдалось образование безоара из-за небольшой разницы во времени между приемом суспензии и энтеральном питании.
- Внимание: суспензия сукральфата для перорального применения может засорить узкий канал питательной трубки.
- Формы: суспензия для перорального применения (1 г/5 мл), таблетки (1 г).

Обоснование: [2, 6, 12].

Темазепам (Temazepam)

Применение:

- Нарушение сна вследствие тревожности.

Дозировка и пути введения:

Перорально:

- **Взрослые:** 10–20 мг на ночь. В исключительных случаях доза может быть увеличена до 40 мг на ночь.

Примечания:

- Не разрешен для применения детям.
- Раствор для приема внутрь может вводиться через зонд.
- Формы: таблетки (10 мг, 20 мг), раствор для приема внутрь (10 мг/5 мл).
- Третий список препаратов строгого учета.

Обоснование: [1, 12].

Тизанидин (Tizanidine)

Применение:

- Релаксант скелетных мышц.
- Хронический сильный мышечный спазм или спастичность.

Дозировка и пути введения:

Детские дозы на основании SR [332].

- **Дети в возрасте от 18 месяцев до 7 лет:** 1 мг/день, повышая при необходимости в зависимости от клинического ответа.
- **Дети в возрасте от 7 до 12 лет:** 2 мг/день, повышая при необходимости в зависимости от клинического ответа.
- **Дети старше 12 лет:** как у взрослых [1]: начальная доза — 2 мг, повышая пошагово на 2 мг с интервалами в 3–4 дня. Давайте полную дневную дозу 3–4 раза в день в виде дробных доз. Типовая дневная доза — 24 мг. Полная максимальная дневная доза — 36 мг.

Примечания:

- Не разрешено для применения детям.
- Обычно назначается и титруется у невролога.
- Время приема и частота дозирования подбираются индивидуально для каждого пациента, поскольку максимальный эффект проявляется через 2–3 ч и является кратковременным.
- Употребляйте с осторожностью при заболеваниях печени, регулярно контролируйте функцию печени.
- Употребляйте осторожно вместе с лекарствами, продлевающими QT-интервал.
- Избегайте быстрой отмены препарата во избежание рецидива гипертензии и тахикардии.
- Концентрации тизанидина в плазме увеличиваются из-за ингибитора CYP1A2, потенциально вызывая тяжелую гипотензию.
- Типичными побочными эффектами являются: сонливость, слабость, сухость во рту.

- Таблетки можно растолочь и при необходимости растворить в воде. Может вводиться через трубку для энтерального питания — таблетки полностью не растворятся, но могут размешаться при встряхивании в течение 5 мин в 10 мл воды. Полученный коллоидный раствор будет перемещаться через назогастральный зонд-8Fr, не закупоривая его.
- Форма: таблетки (2 мг, 4 мг).

Обоснование: [1, 12, 19, 20, 25, 332–335].

Трамадол (Tramadol)

В настоящее время ВОЗ информирует о том, что имеется недостаточно данных для рекомендации альтернативных кодеину (трамадолу) препаратов и предлагает для терапии неконтролируемой боли у детей перейти напрямую от неопиоидов (шаг 1) к низкой дозе сильных опиоидов.

Применение:

- Умеренный опиоид с дополнительным неопиоидным анальгетическим механизмом действия.

Дозировка и пути введения:

Перорально:

- **Дети в возрасте от 5 до 12 лет:** 1–2 мг/кг через каждые 4–6 ч (максимальная начальная разовая доза — 50 мг; максимально 4 дозы в течение 24 ч). Повышать при необходимости увеличение до максимальной дозы 3 мг/кг (максимальная разовая доза — 100 мг) через каждые 6 ч.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 50 мг через каждые 4–6 ч. Повышать при необходимости до максимальной дозы 400 мг/сут, даваемой в равных частях через каждые 4–6 ч.

Внутривенные инъекции или инфузии:

- **Дети в возрасте от 5 до 12 лет:** 1–2 мг/кг через каждые 4–6 ч (максимальная начальная разовая доза — 50 мг; максимально 4 дозы в течение 24 ч). Увеличение при необходимости до максимальной дозы 3 мг/кг (максимальная разовая доза — 100 мг) через каждые 6 ч.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** начальная доза — 50 мг через каждые 4–6 ч. При необходимости доза может быть увеличена до 100 мг через каждые 4–6 ч. Максимально 600 мг/день разделенными дозами.

Примечания:

- Не разрешен для применения у детей младше 12 лет.
- Трамадол включен в перечень 3 контролируемых лекарств, но освобожден от требований к ответственному хранению.
- При приеме внутрь эффективность трамадола составляет примерно $\frac{1}{10}$ морфина.
- Начало действия при приеме внутрь через 30–60 мин. Длительность действия составляет 4–9 ч.
- Вызывает меньшие запоры и угнетение дыхания в отличие от морфина в эквивалентной дозе.
- Анальгетический эффект может снижаться при применении ондансетрона.
- Растворимые таблетки и таблетки для рассасывания можно растворять в воде для введения препарата через трубку для энтерального питания.
- Формы: капсулы (50 мг, 100 мг), растворимые таблетки (50 мг), рассасываемые таблетки (50 мг), таблетки с модифицированным высвобождением и капсулы (100 мг, 150 мг, 200 мг, 300 мг, 400 мг), капли перорального применения (100 мг/мл), инъекции (50 мг/мл).

Обоснование: [1, 2, 12, 29, 33].

Транексамовая кислота (Tranexamic acid)

Применение:

- Кровянистые выделения (например, из слизистых оболочек или капилляров), особенно при низком уровне тромбоцитов или их дисфункции.
- Меноррагия.

Дозировка и пути введения:

Перорально:

Угнетение фибринолиза:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 15–25 мг/кг (максимально 1,5 г) 2–3 раза в день.

Меноррагия:

- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 1 г 3 раза в день в течение 4 дней. При сильном кровотечении может использоваться максимальная дневная доза — 4 г (в виде дробной дозы). Не следует проводить лечение до начала менструации.

При внутривенной инъекции не менее 10 мин:

Угнетение фибринолиза:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 10 мг/кг (максимально 1 г) 2–3 раза в день.

При продолжительной внутривенной инфузии:

Угнетение фибринолиза:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** 45 мг/кг за 24 ч.

5%-ный раствор для полоскания рта:

- **Дети в возрасте от 6 до 18 лет:** 5–10 мл 4 раза в день в течение 2 дней. Следует избегать проглатывания.

Местное лечение:

- Приложите к пораженному участку марлю, смоченную в инъекционном растворе 100 мг/мл.

Примечания:

- Не разрешается применение инъекций для детей в возрасте до 1 года или введение внутривенной инфузии.

- Может вызвать почечную колику, возникающую из-за нарушения проходимости верхних мочевых путей сгустком крови, если используется при наличии крови в моче.
- Препарат для парентального введения может использоваться местно.
- Формы: таблетки (500 мг), сироп (500 мг/5 мл; поставляется специальными производителями), инъекции (100 мг/мл в ампулах по 5 мл). Полоскание рта только как экстемпоральное средство.

Обоснование: [2, 6, 336–340].

Тригексифенидиллин (Trihexphenidyl)

Применение:

- Дистонии, птиализм (усиленное образование слюны), противосудорожное.

Дозировка и пути введения:

Перорально

- **Дети в возрасте от 3 месяцев до 18 лет:** начальная доза — 1–2 мг в день за 1–2 дробные дозы, повышая каждые 3–7 дней на 1 мг в день; регулируется в соответствии с откликом и побочными эффектами; максимум 2 мг/кг в день (максимум 70 мг в день).

Обычно дозы, необходимые для контроля птиализма, гораздо меньше доз, необходимых при дистонии.

Примечания:

- Предполагается, что антихолинергическое средство действует посредством частичной блокировки центральных (стриарных) холинергических рецепторов.
- Не разрешен для применения у детей.

- Применяется в сочетании с тщательным наблюдением и немедикаментозной программой, включая позиционирование, массаж, выдерживание, растягивание, выявление причин рецидивов и т.д. Перед началом применения триксифенидила рекомендуется проконсультироваться у невролога.
- Побочные эффекты являются типовыми, поэтому важно начать с маленькой дозы и постепенно увеличить для минимизации заболеваемости и степени тяжести. У 30–50% пациентов могут возникнуть сухость во рту, расстройство пищеварительного тракта, пелена перед глазами, головокружение, тошнота. Менее типичными побочными эффектами являются: задержка мочеиспускания, тахикардия, расстройство нервной системы при больших дозах.
- Осторожное использование для детей с почечной и печеночной недостаточностью.
- Воздействие наступает обычно в течение 1 ч, максимальное воздействие появляется в течение 2–3 ч, длительность воздействия приблизительно 6–12 ч.
- Максимальное воздействие на дистонические движения может стать заметным через несколько недель.
- Избегайте резкого прекращения приема у детей, которые находились на долговременном лечении.
- Таблетки можно измельчать и смешивать с мягкой пищей.
- Для приема посредством гастростомии можно использовать жидкость или полностью растворенные в воде таблетки.
- Формы: таблетки (2 мг, 5 мг), жидкость для приема внутрь (розовый сироп) (5 мг/5 мл).

Обоснование: [1, 2, 12, 341–347].

Витамин К (Фитоменадион) (Vitamin K (Phytomenadione))

Применение:

- Лечение геморрагического синдрома, связанного с недостаточностью витамина К (после консультации у специалиста).

Дозировка и пути введения:

Перорально и внутривенно:

- **Новорожденные:** 100 мкг/кг.
- **Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет:** разовая доза — 250–300 мкг/кг (максимально 10 мг).

Примечания:

- Осторожно использовать при внутривенном введении для недоношенных новорожденных с массой тела менее 2,5 кг.
- Доступен как Контакион ММ инъекционный раствор 10 мг/мл (в ампулах по 1 мл) для медленной внутривенной инъекции или внутривенного введения в 5%-ной глюкозе. НЕ используется для внутримышечных инъекций.
- Доступен как Контакион ММ Педиатрический 10 мг/мл (в ампулах по 0,2 мл) для перорального или внутримышечного введения. Также для медленного внутривенного введения в 5%-ной глюкозе.
- В настоящее время в продаже нет лицензированной в Великобритании лекарственной формы витамина К. Есть возможность приобрести таблетки, содержащие 10 мг фитоменадиона, у импортной специализированной компании.

Обоснование: [1–3, 6].

Приложения

Приложение 1. Эквивалентность разовой дозы морфина (1, 2, 5)

Анальгетик	Доза
Морфин орально	10 мг
Морфин подкожно	5 мг
Диаморфин подкожно	3 мг
Гидроморфон орально	2 мг
Оксикодон орально	6,7 мг
Метадон	Может меняться

Приложение 2. Совместимость препаратов для подкожных инъекций

Данные свидетельствуют о том, что в уходе за детьми в конце жизни, когда энтеральное введение препаратов уже невозможно, большинство симптомов можно контролировать комбинацией из шести «основных препаратов» [216]. Совместимость этих шести препаратов приведена в таблице 1 [8]. За более подробной информацией специалистам рекомендуется обращаться к соответствующим справочным источникам [217].

Таблица 1. Сочетаемость двух препаратов в воде для инъекций в шприцевой помпе

диаморфин						
-	морфин сульфат					
+	+	мидазолам				
Λ+	+	+	циклазин			
Λ+	+	+	+	галоперидол		
+	?	+	-	-	левопромазин	
+	+	+	?	?	?	гиосцина гидробромид

Λ	Лабораторные данные; физически и химически совместимы, но может происходить кристаллизация при возрастании концентрации одного из препаратов
+	Совместимы в воде для инъекций во всех обычных концентрациях
-	Комбинирование не рекомендуется; препараты схожего класса
?	Нет данных

Приложение 3. Образец плана лечения симптомов

Имя:

Дата рождения:

Номер документа, удостоверяющего личность:

Вес:

Аллергия на препараты:

Врач (медсестра), заполняющий форму:

Диагноз:

Наилучший, наиболее вероятный и худший сценарии:

Перечень основных проблем:

Образец плана лечения боли

Возможные причины возникновения боли

Дети могут страдать от боли из-за местного повреждения тканей, воспаления, мускульного спазма, раздражения или повреждения нерва, увеличения органа или нарастания давления внутри закрытого пространства (такого как череп или фиброзная капсула печени), побочных симптомов в костях или в других частях тела, колик/запора, задержки мочеиспускания или из-за психологических причин.

Нефармакологическое лечение

Не всякую боль можно и нужно лечить лекарствами. Дети удивительно открыты к нефармакологическим подходам, таким как отвлечение, гипноз, прогрессивная мускульная релаксация, пение, молитвы, и, конечно, как можно больше объятий. Дополнительное медицинское лечение, такое как массаж, рефлексотерапия, акупунктура, и лечение травами тоже могут очень помочь. В ДПП нет правил. Мы по своей природе — практики, поэтому мы делаем все, что может помочь ребенку.

Фармакологическое лечение

Мы работаем в соответствии с «лестницей лечения боли» ВОЗ.

1. Шаг 1: Парацетамол и ибупрофен или диклофенак.
2. Шаг 2: Сильные опиоиды, такие как морфин, диаморфин, оксикодон, фентанил и бупренорфин.
3. Все время: Адьювантные препараты, такие как амитриптилин или антиконвульсанты для снятия нервной боли; дексаметазон для снятия боли, связанной с давлением или сжатием; гиосцин для снятия боли в гладких мышцах и некоторые специфические препараты, такие как кетамин или закись азота.

Особый план лечения боли для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения тошноты и рвоты

Возможные причины тошноты и рвоты

Детей может начать тошнить из-за тревожности, локальных проблем с желудком и кишечником, определенных препаратов, общих системных заболеваний, химического дисбаланса, повреждения вестибулярного аппарата или повышенного внутричерепного давления.

Нефармакологическое лечение

- Так же как и боль, тошноту и рвоту не всегда нужно лечить препаратами.
- Можно применять те же нефармакологические подходы: отвлечение, гипноз, прогрессивное мускульное расслабление, пение, молитвы, и, конечно, как можно больше объятий.
- Дополнительное медицинское лечение, такое как массаж, рефлексотерапия, акупунктура, и лечение травами также могут помогать.
- Другие практические шаги включают удаление неприятных запахов и недоеденной еды; необходимо избегать парфюма с сильными запахами и кормить ребенка небольшими порциями, но чаще.

Фармакологическое лечение

- Рвоту провоцируют разные органы, включая пищеварительный тракт, внутреннее ухо, рвотный центр в головном мозге и высшие корковые центры.
- Каждый из органов использует разные рецепторы и химические трансмиттеры, и потому каждому требуется отдельное лекарство: циклизин для причин, связанных с высшими центрами и вестибулярным аппаратом; метоклопрамид и домперидон для проблем, связанных с верхними отделами желудка; галоперидол и ондансетрон для причин химического характера; левометропромазин для всех причин (хотя этот препарат дает сильный седативный эффект).

Особый план лечения тошноты и рвоты для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения судорог

Возможные причины судорог

- Судороги у детей могут возникнуть в результате их основного заболевания, высокой температуры, раздражения коры головного мозга или инфекции и повышенного внутричерепного давления. Они обычно прекращаются без вмешательства со стороны, но их необходимо лечить, если они длятся дольше 3–4 минут (если у ребенка приступ, то эти 3–4 минуты тянутся бесконечно долго).
- В условиях ДПП мы рассматриваем детей в двух категориях.
 - Дети с обширными неврологическими нарушениями, которые уже давно страдают от судорог, они принимают большое количество препаратов, и их семьи чувствуют, что готовы справиться с судорогами у ребенка и умеют это делать.
 - Дети, которые раньше не сталкивались с судорогами, но заболевание которых начало провоцировать это состояние. У таких детей судороги переживаются как очень пугающее событие как для семьи, так и для тех, кто заботится о них.

Нефармакологическое лечение

- Самое полезное — это спокойное, ясное и мягкое просвещение и обучение семей тому, что их может ожидать и что им нужно делать. Письменный план может быть очень полезен как дома, так и в школе.
- Если у ребенка припадок, убедитесь, что ребенок в безопасной позе и что он не поранит себя. Не пытайтесь остановить движения и положить что-то ему в рот. Дайте кислород (если имеется в наличии). Ищите обратимые причины развития судорог и постарайтесь скорректировать их: например, инфекция, биохимический дисбаланс, гипогликемия, повышенное

внутричерепное давление и неподходящее лечение эпилепсии. Не все судорожные состояния требуют назначения препаратов, поэтому подождите 5 минут (которые покажутся вам вечностью), вероятно, судороги прекратятся сами собой.

Ректальные дозы диазепама при судорогах:

- **Новорожденный:** 1,25–2,5 мг, если необходимо, можно повторить однократно через 10 мин.
- **Ребенок в возрасте от 1 месяца до 2 лет:** 5 мг, если необходимо, можно повторить однократно через 10 мин.
- **Ребенок в возрасте от 2 до 12 лет:** 5–10 мг, если необходимо, можно повторить однократно через 10 мин.
- **Ребенок в возрасте от 12 до 18 лет:** 10–20 мг, если необходимо, можно повторить однократно через 10 мин.

Фармакологическое лечение

- Если у ребенка начинаются судороги и если у вас есть кислород, подавайте его на большой скорости. Если судороги продолжаются, дайте мидазолам буккально (или диазепам ректально, или смешанный с маслом паральдегид ректально).
- Если еще через 10 минут не наступает улучшения, дайте вторую дозу и вызовите скорую помощь или команду паллиативной помощи.

Дозы буккального мидазолама при судорогах:

- **Младенцы:** 300 мкг/кг в разовой дозе.
- **Ребенок в возрасте от 1 до 6 месяцев:** 300 мкг/кг (максимально 2,5 мг), можно повторить, если необходимо.
- **Ребенок в возрасте от 6 месяцев до 1 года:** 2,5 мг, можно повторить однократно, если необходимо.
- **Ребенок в возрасте от 1 до 5 лет:** 5 мг, можно повторить однократно, если необходимо.
- **Ребенок в возрасте от 5 до 10 лет:** 7,5 мг, можно повторить однократно, если необходимо.
- **Ребенок в возрасте от 10 до 18 лет:** 10 мг, можно повторить однократно, если необходимо.

Особый план лечения судорог для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения острой одышки

Возможные причины одышки

- У детей может возникать одышка в результате их основного заболевания. Одышка — это субъективный опыт некомфортного дыхания, интенсивность которого может быть разной.
- Поэтому важно лечить все возможные первичные состояния, например тревогу, бронхоспазм, давление на диафрагму из-за асцита, анемию, плевральные выпоты и пр.

Нефармакологическое лечение

- Обеспечить циркуляцию воздуха при помощи вентилятора или открытого окна.
- Тревога может спровоцировать обострение одышки, поэтому необходимо давать объяснения и успокаивать родителей и ребенка.
- Положение тела — ребенок должен сидеть по возможности прямо.
- Важно отвлекать ребенка соответствующими возрасту приемами, включая игру и дыхательные упражнения (для детей постарше).

Фармакологическое лечение

- **Кислород:**
 - Исследования показывают, что кислородная терапия может быть не очень действенной, если только одышка не вызвана острой десатурацией, но она может иметь свое положительное влияние как успокаивающее и утешающее средство.
- **Морфин:**
 - Он снижает тревогу, боль и легочное артериальное давление. Начните с половины обезболивающей дозы и титруйте до достижения эффекта (см. раздел о боли).

- **Мидазолам:**
 - Буккально: дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет: 200–500 мкг/кг (максимум — 10 мг).
 - Ректально: 500–700 мкг/кг.
 - Внутривенные/подкожные капельницы: дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет: 10–300 мкг/кг/ч.
- **Лоразепам**
 - **Все возрасты:** 25–50 мкг/кг в разовой дозе.
 - Большинству детей достаточно не более чем 0,5–1 мг для пробной дозы. Хорошо всасывается сублингвально.

Особый план лечения одышки для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения повышенных респираторных выделений

Возможные причины респираторных выделений

- Повышенные респираторные выделения могут вызывать дискомфорт у ребенка и у тех, кто о нем заботится, на терминальной стадии.

Нефармакологическое лечение

- Осторожное изменение положения тела ребенка может существенно образом снизить шумное дыхание.
- Отсасывание жидкостей может помогать некоторым детям, но оно рекомендовано только в ротовой полости.
- Также помогают объяснения и утешение.

Фармакологическое лечение

- Повышенные выделения можно уменьшить препаратом гиосцина гидробромид в пластырях или подкожными инъекциями или вливаниями. Можно также рассмотреть использование гликопиррония бромид.

Трансдермальные дозы гиосцина гидробромид:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 3 лет: 250 мкг каждые 72 часа (четверть пластыря).
- Дети в возрасте от 3 до 10 лет: 500 мкг каждые 72 часа (половина пластыря).
- Дети в возрасте от 10 до 18 лет: 1 мг каждые 72 часа (1 пластырь).

Подкожные/ внутривенные капельницы гиосцина гидробромид:

- 10 мкг/кг каждые 4–8 часов, максимально 600 мкг.
- Или 60 мкг/кг в течение 24 часов.

Оральные дозы гликопирроний бромида:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет: 40–100 мкг/кг (максимально 2 мг), 3–4 раза ежедневно.

Подкожные капельницы:

- Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет: 12–40 мкг/кг/сут (максимально 1,2 мг).
- Дети в возрасте от 12 до 18 лет: 0,6–1,2 мг/сут.

Особый план лечения респираторных выделений для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения сильного кровотечения

Возможные причины кровотечения

- Дети могут страдать от кровотечения из-за определенных препаратов, ряда злокачественных образований, заболеваний печени, нарушения свертываемости крови, язв, почечной недостаточности, общих системных инфекций, кровоточащих десен.

Нефармакологическое лечение

- Сильное кровотечение очень пугает ребенка и семью. Постарайтесь не паниковать.
- Зажмите кровоточащие раны.
- Расположите ребенка так, чтобы кровь текла легко.
- Используйте темные простыни и полотенца, чтобы собирать кровь так, чтобы не доставлять страданий ухаживающим за ребенком.
- Техники отвлечения, такие как пение, дыхательные или расслабляющие упражнения, игра, молитвы.

Фармакологическое лечение

- Если возникло острое или сильное кровотечение, начните давать экстренные быстродействующие седативные препараты, такие как мидазолам или диаморфин. Они должны быть всегда у ребенка дома.
- Как можно скорее организуйте подкожную или внутривенную капельницу мидазолама (0,3 мг/кг/сут) и морфина или диаморфина в дозе, которая как минимум эквивалентна внутривенной дозе для недопущения боли. Не бойтесь увеличивать дозы по мере необходимости.

- Помните, что не существует максимальной дозы морфина при боли, и на последней стадии жизни события могут развиваться очень быстро. Будьте готовы предвидеть и лечить любые побочные эффекты использования морфина (тошнота, рвота, запор и пр.).
- Наружно можно применить либо обычный перевязочный материал, либо предварительно смоченный в адреналине или в транексамовой кислоте.
- Внутреннее кровотечение можно лечить при помощи препаратов для свертывания крови, таких как витамин К. В случае большой потери крови можно рассмотреть переливание крови или тромбоцитов.

Мидазолам: внутривенно (или буккально/назально, если нет внутривенного доступа) мидазолам 100 мкг/кг (детям младше пяти лет может потребоваться больше — до 600 мкг/кг, но начинайте с небольших доз и будьте готовы повторить или титровать выше). Повторяйте каждые 10 мин, до тех пор, пока не наступит полная седация. При менее острых проявлениях рассмотрите диазепам ректально.

Диаморфин: внутривенно (или буккально/назально, если нет внутривенного доступа) диаморфин 0,1 мг/кг (половина этой дозы для детей в возрасте до шести месяцев) и повторите, как описано выше.

Особый план лечения кровотечения для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения мышечного спазма (дистонии)

Возможные причины дистонии

- Мышечные спазмы могут быть спровоцированы давлением или раздражением нерва. Причиной спазмов также может быть целый ряд неизлечимых состояний, таких как нейродегенеративные заболевания. Продолжительные периоды нахождения в лежачем положении или отсутствия активности также могут стать причиной мышечных спазмов.

Нефармакологическое лечение

- Важно знать о возможном порочном круге, который может возникнуть. Дистония — это очень болезненное и пугающее состояние, боль или тревога заставляют мышцы напрягаться, тем самым усугубляя дистонию, а значит, боль или тревогу.
- Поэтому ключ к лечению дистонии в том, чтобы разорвать этот порочный круг.
- Лечение любой причины тревоги или боли может помочь.
- Мышечные спазмы не всегда нужно лечить только лекарствами, а препараты часто даже не очень эффективны или являются причиной множества побочных эффектов.
- Постарайтесь помочь ребенку расслабиться при помощи правильного положения тела, лежа или сидя, массажа, физиотерапии, теплых ванн или отвлечения. Все это по меньшей мере так же важно, как лекарственные средства, и, возможно, даже важнее.

Фармакологическое лечение

Релаксанты скелетных мышц могут хорошо помогать, но у них обычно много побочных эффектов.

В конце жизни, вероятно, наиболее удобны и легки в использовании бензодиазепины, такие как диазепам и мидазолам, но долгосрочно их использовать трудно, потому что у детей наступает привыкание к ним. В этих случаях можно использовать баклофен (орально или интратекально), тизанидин, дантролен, инъекции ботулина, возможно также местное хирургическое вмешательство.

Диазепам:

- **Дети в возрасте от 1 месяца до 2 лет:** начните с 0,25 мг/кг дважды в день и титруйте выше по необходимости.
- **Дети в возрасте от 2 до 5 лет:** 2,5 мг дважды в день и титруйте выше по необходимости.
- **Дети в возрасте от 5 до 12 лет:** 5 мг дважды в день и титруйте выше по необходимости.
- **Дети в возрасте от 12 до 18 лет:** 5–15 мг дважды в день и титруйте выше по необходимости.

Особый план лечения дистонии для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения боли во рту

Возможные причины боли во рту

- В детской паллиативной помощи обычно пренебрегают уходом за полостью рта. Возможные причины боли во рту могут включать оральный кандидоз; сухость во рту из-за того, что ребенок дышит ртом, что используется кислород, или из-за побочных эффектов препаратов; травматичные/афтозные/вызванные инфекцией язвы; кровоточащие десны; кариес зубов или гиперплазия десен.

Нефармакологическое лечение

- Так же как и с другими симптомами, боль во рту необязательно нужно лечить медикаментами.
- Если поддерживать чистоту и увлажненность ротовой полости, можно избежать сухости во рту. Этого можно достичь следующими способами: сосать кусочки льда, ананаса или леденцы; пить маленькими глотками холодную воду; смачивая марлю или губку в воде или в жидкости для полоскания рта.
- Можно держать небольшие кусочки шоколада во рту, если это уместно.
- Другие нефармакологические подходы, такие как отвлечение, гипноз, прогрессивное мышечное расслабление, пение, молитвы, и, конечно, множество объятий.
- Дополнительное медицинское лечение, такое как массаж, рефлексология, акупунктура, и лечение травами тоже помогают.

Фармакологическое лечение

Чтобы облегчить боль во рту, необходимо выявить и лечить причину. Пожалуйста, сверьтесь с планом контроля за лечением боли, если это необходимо.

Сухость во рту	Потягивание жидкостей, леденцы, искусственная слюна
Оральный кандидоз	Миконазол гель или флюконазол
Язвы во рту	Жидкость для полоскания рта, бонжела гель, стероиды в пастилках
Кровоточащие десна	Транексамовая кислота, жидкость для полоскания рта или кровоостанавливающие средства, например гелевая пена или гелевая пленка. Обратитесь к плану лечения кровотечения

Особый план лечения боли во рту для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения компрессии спинного мозга

Возможные причины компрессии спинного мозга

- Компрессия спинного мозга — это экстренная медицинская ситуация. Цель лечения — предотвратить потерю подвижности и/или способности регулировать экскреторные функции. Эта цель может иметь отношение не ко всем пациентам, поэтому выбор лечения зависит от ответов на 2 вопроса:
 1. Возможна ли компрессия спинного мозга? Будьте внимательны ко всем детям с заболеваниями позвоночника, у которых боль становится более интенсивной, меняются неврологические симптомы в ногах или в кишечнике/мочевом пузыре.
 2. Нужно ли в интересах ребенка провести экстренное обследование (например, МРТ-сканирование) или лечение (например, операция или радиотерапия)?
- Наиболее вероятная причина компрессии спинного мозга — метастазы. Признаки компрессии спинного мозга включают боль в спине, измененные рефлексы, ощущение слабости в ногах, раздражение сфинктера мочевого пузыря или ануса.

Нефармакологическое лечение

- Обеспечение мобильности.
- Уход за кожей.
- Лечение проблемы с мочевой системой.
- Психологическая поддержка.
- Другие нефармакологические подходы, такие как отвлечение, гипноз, прогрессивное мышечное расслабление, пение, молитвы, и, конечно, много объятий.
- Дополнительное медицинское лечение, такое как массаж, рефлексология, акупунктура, и лечение травами тоже помогают.

Фармакологическое лечение

- Боль нужно лечить (см. соответствующий раздел). Если это необходимо в интересах ребенка, следует проводить дальнейшие обследования и лечение.
- Необходимо вводить внутривенно дексаметазон, ребенка нужно немедленно госпитализировать.

Дексаметазон:

- Дети весом до 35 кг: 6–8 мг.
- Дети весом более 35 кг: 12–16 мг.

Особый план лечения компрессии спинного мозга для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения возбуждения, беспокойства, расстройства сознания и тревоги

Возможные причины возбуждения и тревоги

- В паллиативной помощи существует множество возможных причин возбуждения, беспокойства, расстройства сознания и тревоги.
- Причины: задержка мочеиспускания, запор, гастроэзофагеальный рефлюкс, судороги, мышечные спазмы, препараты, неидентифицированные раны/повреждения, сепсис, черепно-мозговые причины, гипоксия, окружение, страх, тошнота, неконтролируемая боль и неудобное положение тела.

Нефармакологическое лечение

Лечите первоначальную причину, если она есть. Попробуйте один или несколько из нижеперечисленных способов:

- Утешение.
- Изменение положения тела.
- Привлечение родителей.
- Поддержание безопасного состояния.
- Изменение/регулирование окружающей обстановки, если это необходимо.
- Расслабляющая музыка.

Фармакологическое лечение

Лечите специфические причины, если они известны, а также лечите сложные случаи:

- **Буккальный мидазолам:** 200–500 мкг/кг.
- **Диазепам:**
 - Дети в возрасте до 4 лет: 50 мкг/кг 2 раза в день.
- **Галоперидол:** 12,5–25 мкг/кг (максимум — 10 мг/24 ч).

- **Левомепромазин:**
 - Дети в возрасте от 2 до 12 лет: 0,25 мг/кг на ночь.
 - Дети старше 12 лет: 6,25–25 мг на ночь.
 - Дети в возрасте от 5 до 12 лет: 1,5–10 мг 2 раза в день.
 - Дети старше 12 лет: 2–10 мг 2 раза в день.
- **Левомепромазин:** (обладает большим седативным эффектом, но его тоже можно давать на регулярной основе).

Особый план лечения возбуждения, беспокойства, расстройства сознания и тревоги для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Образец плана лечения запора

Возможные причины запора

В детской паллиативной помощи может быть следующее определение запора: «Запор — это изменение нормального привычного функционирования кишечника ребенка». Оральные препараты обычно более предпочтительны, чем ректальные лекарства. Важно помнить, что ребенок может иметь непереносимость любых форм ректального осмотра.

- Отсутствие активности.
- Обезвоживание (из-за жара/рвоты).
- Причины, связанные с питанием.
- Причины, связанные с заболеванием/состоянием, — неврологические/метаболические.
- Обструкция кишечника/ректальные разрывы.
- Препараты.

Нефармакологическое лечение

- Дополнительное употребление жидкостей (например, воды, сливового сока, богатого волокном молока).
- Массаж.
- Изменение положения тела.
- Ободрение/отвлечение.
- Грелка.

Фармакологическое лечение

- Бисакодил в суппозитории или в клизме (лечение первой очереди для облегчения сильного запора).
- Сенна (стимулирующее слабительное на короткий период).
- Мовикол и/или лактулоза (осмотическое слабительное, которое помогает предотвратить дальнейшие случаи запора).

Особый план лечения запора для этого ребенка

Текущие проблемы этого ребенка

Особый план лечения для этого ребенка (пожалуйста, укажите корректные дозы)

Шаг 1:

Шаг 2:

Шаг 3:

Если ребенку не станет легче, несмотря на выполнение описанных выше шагов, пожалуйста, позвоните по телефону: _____.

Библиографический указатель Формуляра лекарственных средств

1. BNF, *British National Formulary*, ed. R. BMA. 2013, London: BMJ Publishing Group, RPS Publishing,.

2. BNF, *British National Formulary for Children*, ed. R. BMA, RCPCH, NPPG. 2013-14, London: BMJ Publishing Group, RPS Publishing, and RCPCH Publications.

3. NNF6, *Neonatal Formulary 6*. BMJ Books, ed. E. Hey. 2011: Blackwell Publishing.

4. WHO, *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. 2012.

5. Twycross R and Wilcock A, *Palliative Care Formulary (PCF 4)*. 4th ed. 2011: Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

6. RCPCH, N., '*Medicines for Children*'. 2nd ed. ed. 2003: RCPCH Publications limited.

7. Von Heijne, M., et al., *Propofol or propofol--alfentanil anesthesia for painful procedures in the pediatric oncology ward*. Paediatr Anaesth, 2004. **14**(8): p. 670-5.

8. Duncan, A., *The use of fentanyl and alfentanil sprays for episodic pain*. Palliat Med, 2002. **16**(6): p. 550.

9. Selby & York Palliative Care Team & Pharmacy Group. *Prescribing and administration information for Alfentanil spray 2007*; Available from: www.yacpalliativecare.co.uk/documents/download21.pdf

10. Hershey, A.D., et al., *Effectiveness of amitriptyline in the prophylactic management of childhood headaches*. Headache, 2000. **40**(7): p. 539-49.

11. Heiligenstein, E. and B.L. Steif, *Tricyclics for pain*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1989. **28**(5): p. 804-5.

12. Rebecca White and Vicky Bradnam, *Handbook of Drug administration via Enteral Feeding Tubes*. 2nd ed, ed. B.P.N. Group. 2011: Pharmaceutical Press.

13. Gore, L., et al., *Aprepitant in adolescent patients for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and tolerability*. *Pediatr Blood Cancer*, 2009. **52**(2): p. 242-7.

14. Murphy D et al, *Aprepitant is efficacious and safe in young teenagers*. *Pediatr Blood Cancer*, 2011. **57**(5): p. 734-735 (Abs).

15. Williams D et al, *Extended use of aprepitant in pediatric patients*. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 2012. **18**(2): p. Suppl 2 S378 (Abs).

16. Choi, M.R., C. Jiles, and N.L. Seibel, *Aprepitant use in children, adolescents, and young adults for the control of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV)*. *J Pediatr Hematol Oncol*, 2010. **32**(7): p. e268-71.

17. Murphy C et al, *NK1 receptor antagonism ameliorates nausea and emesis in typical and atypical variants of treatment refractory cyclical vomiting syndrome*. *J Pediatr Gastroenterology Nutr*, 2006. **42**(5): p. e13-14.

18. Dachy, B. and B. Dan, *Electrophysiological assessment of the effect of intrathecal baclofen in dystonic children*. *Clin Neurophysiol*, 2004. **115**(4): p. 774-8.

19. Campistol, J., *[Orally administered drugs in the treatment of spasticity]*. *Rev Neurol*, 2003. **37**(1): p. 70-4.

20. Delgado, M.R., et al., *Practice parameter: pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society*. *Neurology*. **74**(4): p. 336-43.

21. Gormley, M.E., Jr., L.E. Krach, and L. Piccini, *Spasticity management in the child with spastic quadriplegia*. *Eur J Neurol*, 2001. **8 Suppl 5**: p. 127-35.

22. Hansel, D.E., et al., *Oral baclofen in cerebral palsy: possible seizure potentiation?* *Pediatric Neurology*, 2003. **29**(3 SU -): p. 203-206.

23. Jones, R.F. and J.W. Lance, *Bacloffen (Lioresal) in the long-term management of spasticity*. *Med J Aust*, 1976. **1**(18): p. 654-7.

24. Pascual-Pascual, S.I., *[The study and treatment of dystonias in childhood]*. *Rev Neurol*, 2006. **43 Suppl 1**: p. S161-8.

25. Patel, D.R. and O. Soyode, *Pharmacologic interventions for reducing spasticity in cerebral palsy*. Indian J Pediatr, 2005. **72**(10): p. 869-72.
26. Drugs.com, <http://www.drugs.com/dosage/bethanechol.html>. 2014.
27. Durant, P.A. and T.L. Yaksh, *Drug effects on urinary bladder tone during spinal morphine-induced inhibition of the micturition reflex in unanesthetized rats*. Anesthesiology, 1988. **68**(3): p. 325-34.
28. Attina, G., et al., *Transdermal buprenorphine in children with cancer-related pain*. Pediatr Blood Cancer, 2009. **52**(1): p. 125-7.
29. Zernikow, B., et al., *Pediatric palliative care: use of opioids for the management of pain*. Paediatr Drugs, 2009. **11**(2): p. 129-51.
30. Dahan, A., L. Aarts, and T.W. Smith, *Incidence, Reversal, and Prevention of Opioid-induced Respiratory Depression*. Anesthesiology, 2010. **112**(1): p. 226-38.
31. Colvin, L. and M. Fallon, *Challenges in cancer pain management--bone pain*. Eur J Cancer, 2008. **44**(8): p. 1083-90.
32. Kienast, H.W. and L.D. Boshes, *Clinical trials of carbamazepine in suppressing pain*. Headache, 1968. **8**(1): p. 1-5.
33. Klepstad, P., et al., *Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network*. Palliat Med, 2005. **19**(6): p. 477-84.
34. Swerdlow, M., *The treatment of "shooting" pain*. Postgrad Med J, 1980. **56**(653): p. 159-61.
35. Lynch, P.M., et al., *The safety and efficacy of celecoxib in children with familial adenomatous polyposis*. Am J Gastroenterol. **105**(6): p. 1437-43.
36. Foeldvari, I., et al., *A prospective study comparing celecoxib with naproxen in children with juvenile rheumatoid arthritis*. J Rheumatol, 2009. **36**(1): p. 174-82.
37. Stempak, D., et al., *Single-dose and steady-state pharmacokinetics of celecoxib in children*. Clin Pharmacol Ther, 2002. **72**(5): p. 490-7.
38. Drugs.com, <http://www.drugs.com/dosage/celecoxib.html>. 2014.
39. Jones, D.P. and E.A. Jones, *Drugs for Insomnia*. Can Med Assoc J, 1963. **89**: p. 1331.
40. Pandolfini, C. and M. Bonati, *A literature review on off-label drug use in children*. Eur J Pediatr, 2005. **164**(9): p. 552-8.

41. Weiss, S., *Sedation of pediatric patients for nuclear medicine procedures*. Semin Nucl Med, 1993. 23(3): p. 190-8.

42. Friedman, N.L., *Hiccups: a treatment review*. Pharmacotherapy, 1996. 16(6): p. 986-95.

43. Jassal, S., ed. *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care*. 9th ed. Rainbow's Hospice Symptom Control Manual, ed. S. Jassal. 2013.

44. Culy, C.R., N. Bhana, and G.L. Plosker, *Ondansetron: a review of its use as an antiemetic in children*. Paediatr Drugs, 2001. 3(6): p. 441-79.

45. Graham-Pole, J., et al., *Antiemetics in children receiving cancer chemotherapy: a double-blind prospective randomized study comparing metoclopramide with chlorpromazine*. J Clin Oncol, 1986. 4(7): p. 1110-3.

46. Launois, S., et al., *Hiccup in adults: an overview*. Eur Respir J, 1993. 6(4): p. 563-75.

47. Lewis, J.H., *Hiccups: causes and cures*. J Clin Gastroenterol, 1985. 7(6): p. 539-52.

48. Lipsky, M.S., *Chronic hiccups*. Am Fam Physician, 1986. 34(5): p. 173-7.

49. Roila, F., M. Aapro, and A. Stewart, *Optimal selection of antiemetics in children receiving cancer chemotherapy*. Support Care Cancer, 1998. 6(3): p. 215-20.

50. Williamson, B.W. and I.M. MacIntyre, *Management of intractable hiccup*. Br Med J, 1977. 2(6085): p. 501-3.

51. MartindaleOnline, *The Complete Drug Reference*, S.C. Sweetman, Editor., Pharmaceutical Press.

52. Ashton, H., *Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use*. Drugs, 1994. 48(1): p. 25-40.

53. Larsson, P., et al., *Oral bioavailability of clonidine in children*. Paediatr Anaesth, 2011. 21(3): p. 335-40.

54. Lambert, P., et al., *Clonidine premedication for postoperative analgesia in children*. Cochrane Database Syst Rev, 2014. 1: p. CD009633.

55. Dahmani, S., et al., *Premedication with clonidine is superior to benzodiazepines. A meta analysis of published studies*. Acta Anaesthesiol Scand, 2010. 54(4): p. 397-402.

56. Bergendahl, H., P.A. Lonnqvist, and S. Eksborg, *Clonidine in paediatric anaesthesia: review of the literature and comparison with benzodiazepines for premedication*. Acta Anaesthesiol Scand, 2006. **50**(2): p. 135-43.

57. Mitra, S., S. Kazal, and L.K. Anand, *Intranasal clonidine vs. midazolam as premedication in children: a randomized controlled trial*. Indian Pediatr, 2014. **51**(2): p. 113-8.

58. Mukherjee, A., *Characterization of alpha 2-adrenergic receptors in human platelets by binding of a radioactive ligand [3H]yohimbine*. Biochim Biophys Acta, 1981. **676**(2): p. 148-54.

59. Freeman, K.O., et al., *Analgesia for paediatric tonsillectomy and adenoidectomy with intramuscular clonidine*. Paediatr Anaesth, 2002. **12**(7): p. 617-20.

60. Arenas-Lopez, S., et al., *Use of oral clonidine for sedation in ventilated paediatric intensive care patients*. Intensive Care Med, 2004. **30**(8): p. 1625-9.

61. Ambrose, C., et al., *Intravenous clonidine infusion in critically ill children: dose-dependent sedative effects and cardiovascular stability*. Br J Anaesth, 2000. **84**(6): p. 794-6.

62. Honey, B.L., et al., *Alpha2-receptor agonists for treatment and prevention of iatrogenic opioid abstinence syndrome in critically ill patients*. Ann Pharmacother, 2009. **43**(9): p. 1506-11.

63. Schnabel, A., et al., *Efficacy and safety of clonidine as additive for caudal regional anesthesia: a quantitative systematic review of randomized controlled trials*. Paediatr Anaesth, 2011. **21**(12): p. 1219-30.

64. Allen, N.M., et al., *Status dystonicus: a practice guide*. Dev Med Child Neurol, 2014. **56**(2): p. 105-12.

65. Lubsch, L., et al., *Oral baclofen and clonidine for treatment of spasticity in children*. J Child Neurol, 2006. **21**(12): p. 1090-2.

66. Nguyen, M., et al., *A review of the use of clonidine as a sleep aid in the child and adolescent population*. Clin Pediatr (Phila), 2014. **53**(3): p. 211-6.

67. Potts, A.L., et al., *Clonidine disposition in children; a population analysis*. Paediatr Anaesth, 2007. **17**(10): p. 924-33.

68. Smith, H.S., *Opioid metabolism*. Mayo Clin Proc, 2009. **84**(7): p. 613-24.

69. Williams, D.G., A. Patel, and R.F. Howard, *Pharmacogenetics of codeine metabolism in an urban population of children and its implications for analgesic reliability*. Br J Anaesth, 2002. **89**(6): p. 839-45.

70. Drake, R., et al., *Impact of an antiemetic protocol on postoperative nausea and vomiting in children*. Paediatr Anaesth, 2001. **11**(1): p. 85-91.

71. Krach, L.E., *Pharmacotherapy of spasticity: oral medications and intrathecal baclofen*. J Child Neurol, 2001. **16**(1): p. 31-6.

72. Pinder, R.M., et al., *Dantrolene sodium: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in spasticity*. Drugs, 1977. **13**(1): p. 3-23.

73. Dupuis, L.L., R. Lau, and M.L. Greenberg, *Delayed nausea and vomiting in children receiving antineoplastics*. Med Pediatr Oncol, 2001. **37**(2): p. 115-21.

74. de Vries, M.A., et al., *Effect of dexamethasone on quality of life in children with acute lymphoblastic leukaemia: a prospective observational study*. Health Qual Life Outcomes, 2008. **6**(1): p. 103.

75. Tramer, M.R., [Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting in children. An evidence-based approach]. Ann Fr Anesth Reanim, 2007. **26**(6): p. 529-34.

76. Dupuis, L.L., et al., *Guideline for the prevention of acute nausea and vomiting due to antineoplastic medication in pediatric cancer patients*. Pediatric Blood and Cancer, 2013. **60**(7): p. 1073-1082.

77. Hewitt, M., et al., *Opioid use in palliative care of children and young people with cancer*. J Pediatr, 2008. **152**(1): p. 39-44.

78. Grimshaw, D., et al., *Subcutaneous midazolam, diamorphine and hyoscine infusion in palliative care of a child with neurodegenerative disease*. Child Care Health Dev, 1995. **21**(6): p. 377-81.

79. Camfield, P.R., *Buccal midazolam and rectal diazepam for treatment of prolonged seizures in childhood and adolescence: a randomised trial*. J Pediatr, 1999. **135**(3): p. 398-9.

80. Mathew, A., et al., *The efficacy of diazepam in enhancing motor function in children with spastic cerebral palsy*. J Trop Pediatr, 2005. **51**(2): p. 109-13.

81. Mitchell, W.G., *Status epilepticus and acute repetitive seizures in children, adolescents, and young adults: etiology, outcome, and treatment*. Epilepsia, 1996. **37 Suppl 1**: p. S74-80.

82. O'Dell, C. and K. O'Hara, *School nurses' experience with administration of rectal diazepam gel for seizures*. J Sch Nurs, 2007. **23**(3): p. 166-9.

83. O'Dell, C., et al., *Emergency management of seizures in the school setting*. J Sch Nurs, 2007. **23**(3): p. 158-65.

84. Srivastava, M. and D. Walsh, *Diazepam as an adjuvant analgesic to morphine for pain due to skeletal muscle spasm*. Support Care Cancer, 2003. **11**(1): p. 66-9.

85. Cinquetti, M., P. Bonetti, and P. Bertamini, [*Current role of antidopaminergic drugs in pediatrics*]. Pediatr Med Chir, 2000. **22**(1): p. 1-7.

86. *Domperidone: an alternative to metoclopramide*. Drug Ther Bull, 1988. **26**(15): p. 59-60.

87. Demol, P., H.J. Ruoff, and T.R. Weihrauch, *Rational pharmacotherapy of gastrointestinal motility disorders*. Eur J Pediatr, 1989. **148**(6): p. 489-95.

88. Keady, S., *Update on drugs for gastro-oesophageal reflux disease*. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2007. **92**(4): p. ep114-8.

89. Pritchard, D.S., N. Baber, and T. Stephenson, *Should domperidone be used for the treatment of gastro-oesophageal reflux in children? Systematic review of randomized controlled trials in children aged 1 month to 11 years old*. Br J Clin Pharmacol, 2005. **59**(6): p. 725-9.

90. MHRA, *Domperidone: small risk of serious ventricular arrhythmia and sudden cardiac death*. 2012. p. A2.

91. Gubbay, A. and K. Langdon, *Effectiveness of sedation using nitrous oxide compared with enteral midazolam for botulinum toxin A injections in children*. Dev Med Child Neurol, 2009. **51**(6): p. 491-2; author reply 492.

92. Bellomo-Brandao, M.A., E.F. Collares, and E.A. da-Costa-Pinto, *Use of erythromycin for the treatment of severe chronic constipation in children*. Braz J Med Biol Res, 2003. **36**(10): p. 1391-6.

93. Novak, P.H., et al., *Acute drug prescribing to children on chronic antiepilepsy therapy and the potential for adverse drug interactions in primary care*. Br J Clin Pharmacol, 2005. **59**(6): p. 712-7.

94. Tsoukas, C., et al., *Evaluation of the efficacy and safety of etoricoxib in the treatment of hemophilic arthropathy*. Blood, 2006. **107**(5): p. 1785-90.

95. Grape, S., et al., *Formulations of fentanyl for the management of pain*. *Drugs*. **70**(1): p. 57-72.

96. Cappelli, C., et al., [*Transdermal Fentanyl: news in oncology.*]. *Clin Ter*, 2008. **159**(4): p. 257-260.

97. Weschules, D.J., et al., *Toward evidence-based prescribing at end of life: a comparative analysis of sustained-release morphine, oxycodone, and transdermal fentanyl, with pain, constipation, and caregiver interaction outcomes in hospice patients*. *Pain Med*, 2006. **7**(4): p. 320-9.

98. Borland, M., et al., *A randomized controlled trial comparing intranasal fentanyl to intravenous morphine for managing acute pain in children in the emergency department*. *Ann Emerg Med*, 2007. **49**(3): p. 335-40.

99. Borland, M.L., I. Jacobs, and G. Geelhoed, *Intranasal fentanyl reduces acute pain in children in the emergency department: a safety and efficacy study*. *Emerg Med (Fremantle)*, 2002. **14**(3): p. 275-80.

100. Drake, R., J. Longworth, and J.J. Collins, *Opioid rotation in children with cancer*. *J Palliat Med*, 2004. **7**(3): p. 419-22.

101. Friedrichsdorf, S.J. and T.I. Kang, *The management of pain in children with life-limiting illnesses*. *Pediatr Clin North Am*, 2007. **54**(5): p. 645-72, x.

102. Hunt, A., et al., *Transdermal fentanyl for pain relief in a paediatric palliative care population*. *Palliat Med*, 2001. **15**(5): p. 405-12.

103. Kanowitz, A., et al., *Safety and effectiveness of fentanyl administration for prehospital pain management*. *Prehosp Emerg Care*, 2006. **10**(1): p. 1-7.

104. Mercadante, S., et al., *Transmucosal fentanyl vs intravenous morphine in doses proportional to basal opioid regimen for episodic-breakthrough pain*. *Br J Cancer*, 2007. **96**(12): p. 1828-33.

105. Noyes, M. and H. Irving, *The use of transdermal fentanyl in pediatric oncology palliative care*. *Am J Hosp Palliat Care*, 2001. **18**(6): p. 411-6.

106. Weschules, D.J., et al., *Are newer, more expensive pharmacotherapy options associated with superior symptom control compared to less costly agents used in a collaborative practice setting?* *Am J Hosp Palliat Care*, 2006. **23**(2): p. 135-49.

107. Harlos, M.S., et al., *Intranasal fentanyl in the palliative care of newborns and infants*. J Pain Symptom Manage, 2013. **46**(2): p. 265-74.

108. Pienaar, E.D., T. Young, and H. Holmes, *Interventions for the prevention and management of oropharyngeal candidiasis associated with HIV infection in adults and children*. Cochrane Database Syst Rev, 2006. **3**: p. CD003940.

109. Pfizer. *DIFLUCAN U.S. Physician Prescribing Information 2014*; Available from: <http://www.pfizer.com/products/product-detail/diflucan>.

110. Emslie, G.J., et al., *Fluoxetine Versus Placebo in Preventing Relapse of Major Depression in Children and Adolescents*. Am J Psychiatry, 2008.

111. Birmaher, B., et al., *Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(4): p. 415-23.

112. Hetrick, S., et al., *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(3): p. CD004851.

113. Jick, H., J.A. Kaye, and S.S. Jick, *Antidepressants and the risk of suicidal behaviors*. Jama, 2004. **292**(3): p. 338-43.

114. Millet, B., et al., *Obsessive-compulsive disorder: evaluation of clinical and biological circadian parameters during fluoxetine treatment*. Psychopharmacology (Berl), 1999. **146**(3): p. 268-74.

115. Monteleone, P., et al., *Plasma melatonin and cortisol circadian patterns in patients with obsessive-compulsive disorder before and after fluoxetine treatment*. Psychoneuroendocrinology, 1995. **20**(7): p. 763-70.

116. Roth, D., et al., *Depressing research*. Lancet, 2004. **363**(9426): p. 2087.

117. Whittington, C.J., et al., *Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data*. Lancet, 2004. **363**(9418): p. 1341-5.

118. Caraceni, A., et al., *Gabapentin for neuropathic cancer pain: a randomized controlled trial from the Gabapentin Cancer Pain Study Group*. J Clin Oncol, 2004. **22**(14): p. 2909-17.

119. Butkovic, D., S. Toljan, and B. Mihovilovic-Novak, *Experience with gabapentin for neuropathic pain in adolescents: report of five cases*. Paediatr Anaesth, 2006. **16**(3): p. 325-9.

120. Pfizer. *NEURONTIN U.S. Physician Prescribing Information*. 2014; Available from: <http://www.pfizer.com/products/product-detail/neurontin>.

121. Wee, B. and R. Hillier, *Interventions for noisy breathing in patients near to death*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(1): p. CD005177.

122. Back, I.N., et al., *A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle*. Palliat Med, 2001. **15**(4): p. 329-36.

123. Bennett, M., et al., *Using anti-muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care*. Palliat Med, 2002. **16**(5): p. 369-74.

124. Dumortier, G., et al., *[Prescription of psychotropic drugs in paediatrics: approved indications and therapeutic perspectives]*. Encephale, 2005. **31**(4 Pt 1): p. 477-89.

125. Breitbart, W., et al., *A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients*. Am J Psychiatry, 1996. **153**(2): p. 231-7.

126. Breitbart, W. and D. Strout, *Delirium in the terminally ill*. Clin Geriatr Med, 2000. **16**(2): p. 357-72.

127. Negro, S., et al., *Physical compatibility and in vivo evaluation of drug mixtures for subcutaneous infusion to cancer patients in palliative care*. Support Care Cancer, 2002. **10**(1): p. 65-70.

128. Saito, T. and S. Shinno, *[How we have treated and cared patients with Duchenne muscular dystrophy and severe congestive heart failure]*. No To Hattatsu, 2005. **37**(4): p. 281-6.

129. Bell, R.F., et al., *Controlled clinical trials in cancer pain. How controlled should they be? A qualitative systematic review*. Br J Cancer, 2006.

130. Quigley, C. and P. Wiffen, *A systematic review of hydromorphone in acute and chronic pain*. J Pain Symptom Manage, 2003. **25**(2): p. 169-78.

131. Titchen, T., N. Cranswick, and S. Beggs, *Adverse drug reactions to nonsteroidal anti-inflammatory drugs, COX-2 inhibitors and paracetamol in a paediatric hospital*. Br J Clin Pharmacol, 2005. **59**(6): p. 718-23.

132. Anderson, B.J. and G.M. Palmer, *Recent developments in the pharmacological management of pain in children*. Curr Opin Anaesthesiol, 2006. **19**(3): p. 285-92.

133. Anghelescu, D.L. and L.L. Oakes, *Ketamine use for reduction of opioid tolerance in a 5-year-old girl with end-stage abdominal neuroblastoma*. J Pain Symptom Manage, 2005. **30**(1): p. 1-3.

134. Campbell-Fleming, J.M. and A. Williams, *The use of ketamine as adjuvant therapy to control severe pain*. Clin J Oncol Nurs, 2008. **12**(1): p. 102-7.

135. Legge, J., N. Ball, and D.P. Elliott, *The potential role of ketamine in hospice analgesia: a literature review*. Consult Pharm, 2006. **21**(1): p. 51-7.

136. Tsui, B.C., et al., *Intravenous ketamine infusion as an adjuvant to morphine in a 2-year-old with severe cancer pain from metastatic neuroblastoma*. J Pediatr Hematol Oncol, 2004. **26**(10): p. 678-80.

137. Fitzgibbon, E.J., et al., *Low dose ketamine as an analgesic adjuvant in difficult pain syndromes: a strategy for conversion from parenteral to oral ketamine*. J Pain Symptom Manage, 2002. **23**(2): p. 165-70.

138. Bell, R., C. Eccleston, and E. Kalso, *Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2003(1): p. CD003351.

139. Klepstad, P., et al., *Long-term treatment with ketamine in a 12-year-old girl with severe neuropathic pain caused by a cervical spinal tumor*. J Pediatr Hematol Oncol, 2001. **23**(9): p. 616-9.

140. Benitez-Rosario, M.A., et al., *A strategy for conversion from subcutaneous to oral ketamine in cancer pain patients: effect of a 1:1 ratio*. J Pain Symptom Manage, 2011. **41**(6): p. 1098-105.

141. Chen, C.H., et al., *Ketamine-snorting associated cystitis*. J Formos Med Assoc, 2011. **110**(12): p. 787-91.

142. Shahani, R., et al., *Ketamine-associated ulcerative cystitis: a new clinical entity*. Urology, 2007. **69**(5): p. 810-2.

143. Aldrink, J.H., et al., *Safety of ketorolac in surgical neonates and infants 0 to 3 months old*. J Pediatr Surg, 2011. **46**(6): p. 1081-5.

144. Cohen, M.N., et al., *Pharmacokinetics of single-dose intravenous ketorolac in infants aged 2-11 months*. Anesth Analg, 2011. **112**(3): p. 655-60.

145. Zuppa, A.F., et al., *Population pharmacokinetics of ketorolac in neonates and young infants*. Am J Ther, 2009. **16**(2): p. 143-6.

146. Hong, J.Y., et al., *Fentanyl sparing effects of combined ketorolac and acetaminophen for outpatient inguinal hernia repair in children*. J Urol, 2010. **183**(4): p. 1551-5.

147. Jo, Y.Y., et al., *Ketorolac or fentanyl continuous infusion for post-operative analgesia in children undergoing ureteroneocystostomy*. Acta Anaesthesiol Scand, 2011. **55**(1): p. 54-9.

148. Keidan, I., et al., *Intraoperative ketorolac is an effective substitute for fentanyl in children undergoing outpatient adenotonsillectomy*. Paediatr Anaesth, 2004. **14**(4): p. 318-23.

149. Moreno, M., F.J. Castejon, and M.A. Palacio, *Patient-controlled analgesia with ketorolac in pediatric surgery*. J Physiol Biochem, 2000. **56**(3): p. 209-16.

150. Shende, D. and K. Das, *Comparative effects of intravenous ketorolac and pethidine on perioperative analgesia and postoperative nausea and vomiting (PONV) for paediatric strabismus surgery*. Acta Anaesthesiol Scand, 1999. **43**(3): p. 265-9.

151. Chiaretti, A., et al., *[Analgesic efficacy of ketorolac and fentanyl in pediatric intensive care]*. Pediatr Med Chir, 1997. **19**(6): p. 419-24.

152. Forrest, J.B., E.L. Heitlinger, and S. Revell, *Ketorolac for post-operative pain management in children*. Drug Saf, 1997. **16**(5): p. 309-29.

153. Gillis, J.C. and R.N. Brogden, *Ketorolac. A reappraisal of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic use in pain management*. Drugs, 1997. **53**(1): p. 139-88.

154. Urganci, N., B. Akyildiz, and T.B. Polat, *A comparative study: the efficacy of liquid paraffin and lactulose in management of chronic functional constipation*. Pediatr Int, 2005. **47**(1): p. 15-9.

155. Candy, D.C., D. Edwards, and M. Geraint, *Treatment of faecal impaction with polyethylene glycol plus electrolytes (PGE + E) followed by a double-blind comparison of PEG + E versus lactulose as maintenance therapy*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006. **43**(1): p. 65-70.

156. Lee-Robichaud, H., et al., *Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(7): p. CD007570.

157. Orenstein, S.R., et al., *Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease*. J Pediatr, 2009. **154**(4): p. 514-520 e4.

158. Khoshoo, V. and P. Dhume, *Clinical response to 2 dosing regimens of lansoprazole in infants with gastroesophageal reflux*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2008. **46**(3): p. 352-4.

159. Gremse, D., et al., *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of lansoprazole in children with gastroesophageal reflux disease*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002. **35 Suppl 4**: p. S319-26.

160. Tolia, V., et al., *Efficacy of lansoprazole in the treatment of gastroesophageal reflux disease in children*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002. **35 Suppl 4**: p. S308-18.

161. Tolia, V., et al., *Safety of lansoprazole in the treatment of gastroesophageal reflux disease in children*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002. **35 Suppl 4**: p. S300-7.

162. Tolia, V. and Y. Vandenplas, *Systematic review: the extra-oesophageal symptoms of gastro-oesophageal reflux disease in children*. Aliment Pharmacol Ther, 2009. **29**(3): p. 258-72.

163. Heyman, M.B., et al., *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of lansoprazole in children 13 to 24 months old with gastroesophageal reflux disease*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2007. **44**(1): p. 35-40.

164. Tran, A., et al., *Pharmacokinetic-pharmacodynamic study of oral lansoprazole in children*. Clin Pharmacol Ther, 2002. **71**(5): p. 359-67.

165. Gunasekaran, T., et al., *Lansoprazole in adolescents with gastroesophageal reflux disease: pharmacokinetics, pharmacodynamics, symptom relief efficacy, and tolerability*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002. **35 Suppl 4**: p. S327-35.

166. Zhang, W., et al., *Age-dependent pharmacokinetics of lansoprazole in neonates and infants*. Paediatr Drugs, 2008. **10**(4): p. 265-74.

167. Springer, M., et al., *Safety and pharmacodynamics of lansoprazole in patients with gastroesophageal reflux disease aged <1 year*. Paediatr Drugs, 2008. **10**(4): p. 255-63.

168. Franco, M.T., et al., *Lansoprazole in the treatment of gastroesophageal reflux disease in childhood*. Dig Liver Dis, 2000. **32**(8): p. 660-6.

169. Faure, C., et al., *Lansoprazole in children: pharmacokinetics and efficacy in reflux oesophagitis*. Aliment Pharmacol Ther, 2001. **15**(9): p. 1397-402.

170. Litalien, C., Y. Theoret, and C. Faure, *Pharmacokinetics of proton pump inhibitors in children*. Clin Pharmacokinet, 2005. **44**(5): p. 441-66.

171. Skinner, J. and A. Skinner, *Levomopromazine for nausea and vomiting in advanced cancer*. Hosp Med, 1999. **60**(8): p. 568-70.

172. O'Neill, J. and A. Fountain, *Levomopromazine (methotrimeprazine) and the last 48 hours*. Hosp Med, 1999. **60**(8): p. 564-7.

173. Hohl, C.M., et al., *Methotrimeprazine for the management of end-of-life symptoms in infants and children*. J Palliat Care, 2013. **29**(3): p. 178-85.

174. Hans, G., et al., *Management of neuropathic pain after surgical and non-surgical trauma with lidocaine 5% patches: study of 40 consecutive cases*. Curr Med Res Opin, 2009. **25**(11): p. 2737-43.

175. Garnock-Jones, K.P. and G.M. Keating, *Lidocaine 5% medicated plaster: a review of its use in postherpetic neuralgia*. Drugs, 2009. **69**(15): p. 2149-65.

176. *Lidocaine plasters for postherpetic neuralgia?* Drug Ther Bull, 2008. **46**(2): p. 14-6.

177. Binder, A., et al., *Topical 5% lidocaine (lignocaine) medicated plaster treatment for post-herpetic neuralgia: results of a double-blind, placebo-controlled, multinational efficacy and safety trial*. Clin Drug Investig, 2009. **29**(6): p. 393-408.

178. Hans, G., et al., *Efficacy and tolerability of a 5% lidocaine medicated plaster for the topical treatment of post-herpetic neuralgia: results of a long-term study*. Curr Med Res Opin, 2009. **25**(5): p. 1295-305.

179. Nalamachu, S., et al., *Influence of anatomic location of lidocaine patch 5% on effectiveness and tolerability for postherpetic neuralgia*. Patient Prefer Adherence, 2013. **7**: p. 551-7.

180. Karan, S., *Lomotil in diarrhoeal illnesses*. Arch Dis Child, 1979. **54**(12): p. 984.

181. Bala, K., S.S. Khandpur, and V.V. Gujral, *Evaluation of efficacy and safety of lomotil in acute diarrhoeas in children*. Indian Pediatr, 1979. **16**(10): p. 903-7.

182. Waterston, A.J., *Lomotil in diarrhoeal illnesses*. Arch Dis Child, 1980. **55**(7): p. 577-8.

183. Li, S.T., D.C. Grossman, and P. Cummings, *Loperamide therapy for acute diarrhea in children: systematic review and meta-analysis*. PLoS Med, 2007. **4**(3): p. e98.
184. Kaplan, M.A., et al., *A multicenter randomized controlled trial of a liquid loperamide product versus placebo in the treatment of acute diarrhea in children*. Clin Pediatr (Phila), 1999. **38**(10): p. 579-91.
185. Omar, M.I. and C.E. Alexander, *Drug treatment for faecal incontinence in adults*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **6**: p. CD002116.
186. Burtles, R. and B. Astley, *Lorazepam in children. A double-blind trial comparing lorazepam, diazepam, trimeprazine and placebo*. Br J Anaesth, 1983. **55**(4): p. 275-9.
187. Hanson, S. and N. Bansal, *The clinical effectiveness of Movicol in children with severe constipation: an outcome audit*. Paediatr Nurs, 2006. **18**(2): p. 24-8.
188. NICE. *Constipation in Children and Young People*. 2010 May 2010]; CG99 [Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG99>].
189. Braam, W., et al., *Melatonin treatment in individuals with intellectual disability and chronic insomnia: a randomized placebo-controlled study*. J Intellect Disabil Res, 2008. **52**(Pt 3): p. 256-64.
190. Andersen, I.M., et al., *Melatonin for insomnia in children with autism spectrum disorders*. J Child Neurol, 2008. **23**(5): p. 482-5.
191. Guerrero, J.M., et al., *Impairment of the melatonin rhythm in children with Sanfilippo syndrome*. J Pineal Res, 2006. **40**(2): p. 192-3.
192. Gupta, R. and J. Hutchins, *Melatonin: a panacea for desperate parents? (Hype or truth)*. Arch Dis Child, 2005. **90**(9): p. 986-7.
193. Ivanenko, A., et al., *Melatonin in children and adolescents with insomnia: a retrospective study*. Clin Pediatr (Phila), 2003. **42**(1): p. 51-8.
194. Mariotti, P., et al., *Sleep disorders in Sanfilippo syndrome: a polygraphic study*. Clin Electroencephalogr, 2003. **34**(1): p. 18-22.
195. Masters, K.J., *Melatonin for sleep problems*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996. **35**(6): p. 704.
196. Owens, J.A., C.L. Rosen, and J.A. Mindell, *Medication use in the treatment of pediatric insomnia: results of a survey of community-based pediatricians*. Pediatrics, 2003. **111**(5 Pt 1): p. e628-35.

197. Paavonen, E.J., et al., *Effectiveness of melatonin in the treatment of sleep disturbances in children with Asperger disorder*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2003. **13**(1): p. 83-95.

198. Smits, M.G., et al., *Melatonin for chronic sleep onset insomnia in children: a randomized placebo-controlled trial*. J Child Neurol, 2001. **16**(2): p. 86-92.

199. Smits, M.G., et al., *Melatonin improves health status and sleep in children with idiopathic chronic sleep-onset insomnia: a randomized placebo-controlled trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(11): p. 1286-93.

200. Van der Heijden, K.B., et al., *Prediction of melatonin efficacy by pretreatment dim light melatonin onset in children with idiopathic chronic sleep onset insomnia*. J Sleep Res, 2005. **14**(2): p. 187-94.

201. Van der Heijden, K.B., et al., *Effect of melatonin on sleep, behavior, and cognition in ADHD and chronic sleep-onset insomnia*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. **46**(2): p. 233-41.

202. Wasdell, M.B., et al., *A randomized, placebo-controlled trial of controlled release melatonin treatment of delayed sleep phase syndrome and impaired sleep maintenance in children with neurodevelopmental disabilities*. J Pineal Res, 2008. **44**(1): p. 57-64.

203. Zhdanova, I.V., *Melatonin as a hypnotic: pro*. Sleep Med Rev, 2005. **9**(1): p. 51-65.

204. Zucconi, M. and O. Bruni, *Sleep disorders in children with neurologic diseases*. Semin Pediatr Neurol, 2001. **8**(4): p. 258-75.

205. Gringras, P., et al., *Melatonin for sleep problems in children with neurodevelopmental disorders: randomised double masked placebo controlled trial*. BMJ, 2012. **345**: p. e6664.

206. Ferracioli-Oda, E., A. Qawasmi, and M.H. Bloch, *Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders*. PLoS One, 2013. **8**(5): p. e63773.

207. Dickman, A. and J. Schneider, *The Syringe Driver. Continuous Infusions in Palliative Care*. 3rd ed. 2011: Oxford University Press.

208. Benitez-Rosario, M.A., et al., *Morphine-methadone opioid rotation in cancer patients: analysis of dose ratio predicting factors*. J Pain Symptom Manage, 2009. **37**(6): p. 1061-8.

209. Bruera, E., et al., *Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: a randomized, double-blind study*. J Clin Oncol, 2004. **22**(1): p. 185-92.

210. Berens, R.J., et al., *A prospective evaluation of opioid weaning in opioid-dependent pediatric critical care patients*. Anesth Analg, 2006. **102**(4): p. 1045-50.

211. Colvin, L., K. Forbes, and M. Fallon, *Difficult pain*. Bmj, 2006. **332**(7549): p. 1081-3.

212. Dale, O., P. Sheffels, and E.D. Kharasch, *Bioavailabilities of rectal and oral methadone in healthy subjects*. Br J Clin Pharmacol, 2004. **58**(2): p. 156-62.

213. Davies, D., D. DeVlaming, and C. Haines, *Methadone analgesia for children with advanced cancer*. Pediatr Blood Cancer, 2008. **51**(3): p. 393-7.

214. Ripamonti, C. and M. Bianchi, *The use of methadone for cancer pain*. Hematol Oncol Clin North Am, 2002. **16**(3): p. 543-55.

215. Weschules, D.J. and K.T. Bain, *A systematic review of opioid conversion ratios used with methadone for the treatment of pain*. Pain Med, 2008. **9**(5): p. 595-612.

216. Weschules, D.J., et al., *Methadone and the hospice patient: prescribing trends in the home-care setting*. Pain Med, 2003. **4**(3): p. 269-76.

217. Heppe, D.B., M.C. Haigney, and M.J. Krantz, *The effect of oral methadone on the QTc interval in advanced cancer patients: a prospective pilot study*. J Palliat Med. **13**(6): p. 638-9.

218. Mercadante, S., P. Ferrera, and E. Arcuri, *The use of fentanyl buccal tablets as breakthrough medication in patients receiving chronic methadone therapy: an open label preliminary study*. Support Care Cancer.

219. Mercadante, S., et al., *Changes of QTc interval after opioid switching to oral methadone*. Support Care Cancer, 2013. **21**(12): p. 3421-4.

220. www.palliativedrugs.com, *Methylalntrexone*. 2010.

221. Rodriques A et al, *Methylalntrexone for Opiod-Induced Constipation in Pediatric Oncology Patients*. Pediatr Blood Cancer. Pediatr Blood Cancer, 2013. **Jun1**(4).

222. Laubisch, J.E. and J.N. Baker, *Methylalntrexone use in a seventeen-month-old female with progressive cancer and rectal prolapse*. J Palliat Med, 2013. **16**(11): p. 1486-8.

223. Garten, L. and C. Buhner, *Reversal of morphine-induced urinary retention after methylalntrexone*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2012. **97**(2): p. F151-3.

224. Garten, L., P. Degenhardt, and C. Buhner, *Resolution of opioid-induced postoperative ileus in a newborn infant after methylalntrexone*. J Pediatr Surg, 2011. **46**(3): p. e13-5.

225. Kissling, K.T., L.R. Mohassel, and J. Heintz, *Methylalntrexone for opioid-induced constipation in a pediatric oncology patient*. J Pain Symptom Manage, 2012. **44**(1): p. e1-3.

226. Lee, J.M. and J. Mooney, *Methylalntrexone in treatment of opioid-induced constipation in a pediatric patient*. Clin J Pain, 2012. **28**(4): p. 338-41.

227. Madanagopalan, N., *Metoclopramide in hiccup*. Curr Med Res Opin, 1975. **3**(6): p. 371-4.

228. Alhashimi, D., H. Alhashimi, and Z. Fedorowicz, *Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2006. **3**: p. CD005506.

229. Craig, W.R., et al., *Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastro-oesophageal reflux in children under two years*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004. **2004**(3).

230. Yis, U., et al., *Metoclopramide induced dystonia in children: two case reports*. Eur J Emerg Med, 2005. **12**(3): p. 117-9.

231. EMA, *European Medicines Agency recommends changes to the use of metoclopramide*. 2013.

232. Trindade, L.C., et al., *Evaluation of topical metronidazole in the healing wounds process: an experimental study*. Rev Col Bras Cir, 2010. **37**(5): p. 358-63.

233. Collins, C.D., S. Cookinham, and J. Smith, *Management of oropharyngeal candidiasis with localized oral miconazole therapy: efficacy, safety, and patient acceptability*. Patient Prefer Adherence, 2011. **5**: p. 369-74.

234. Mpimbaza, A., et al., *Comparison of buccal midazolam with rectal diazepam in the treatment of prolonged seizures in Ugandan children: a randomized clinical trial*. Pediatrics, 2008. **121**(1): p. e58-64.

235. Scott, R.C., F.M. Besag, and B.G. Neville, *Buccal midazolam and rectal diazepam for treatment of prolonged seizures in childhood and adolescence: a randomised trial*. Lancet, 1999. **353**(9153): p. 623-6.

236. Castro Conde, J.R., et al., *Midazolam in neonatal seizures with no response to phenobarbital*. Neurology, 2005. **64**(5): p. 876-9.

237. Harte, G.J., et al., *Haemodynamic responses and population pharmacokinetics of midazolam following administration to ventilated, preterm neonates*. J Paediatr Child Health, 1997. **33**(4): p. 335-8.

238. Lee, T.C., et al., *Population pharmacokinetic modeling in very premature infants receiving midazolam during mechanical ventilation: midazolam neonatal pharmacokinetics*. Anesthesiology, 1999. **90**(2): p. 451-7.

239. Hu, K.C., et al., *Continuous midazolam infusion in the treatment of uncontrollable neonatal seizures*. Acta Paediatr Taiwan, 2003. **44**(5): p. 279-81.

240. Berde, C.B. and N.F. Sethna, *Drug therapy — Analgesics for the treatment of pain in children*. New England Journal of Medicine, 2002. **347**(14): p. 1094-1103.

241. Boyle, E.M., et al., *Assessment of persistent pain or distress and adequacy of analgesia in preterm ventilated infants*. Pain, 2006. **124**(1-2): p. 87-91.

242. Cohen, S.P. and T.C. Dawson, *Nebulized morphine as a treatment for dyspnea in a child with cystic fibrosis*. Pediatrics, 2002. **110**(3): p. e38.

243. Dougherty, M. and M.R. DeBaun, *Rapid increase of morphine and benzodiazepine usage in the last three days of life in children with cancer is related to neuropathic pain*. J Pediatr, 2003. **142**(4): p. 373-8.

244. Flogegard, H. and G. Ljungman, *Characteristics and adequacy of intravenous morphine infusions in children in a paediatric oncology setting*. Med Pediatr Oncol, 2003. **40**(4): p. 233-8.

245. Hain, R.D., et al., *Strong opioids in pediatric palliative medicine*. Paediatr Drugs, 2005. **7**(1): p. 1-9.

246. Hall, R.W., et al., *Morphine, Hypotension, and Adverse Outcomes Among Preterm Neonates: Who's to Blame? Secondary Results From the NEOPAIN Trial*. Pediatrics, 2005. **115**(5): p. 1351-1359.

247. Lundeberg, S., et al., *Perception of pain following rectal administration of morphine in children: a comparison of a gel and a solution*. Paediatr Anaesth, 2006. **16**(2): p. 164-9.

248. Miser, A.W., et al., *Continuous subcutaneous infusion of morphine in children with cancer*. Am J Dis Child, 1983. **137**(4): p. 383-5.

249. Nahata, M.C., et al., *Analgesic plasma concentrations of morphine in children with terminal malignancy receiving a continuous subcutaneous infusion of morphine sulfate to control severe pain*. Pain, 1984. **18**(2): p. 109-14.

250. Sittl, R. and R. Richter, [*Cancer pain therapy in children and adolescents using morphine*]. Anaesthesist, 1991. **40**(2): p. 96-9.

251. Van Hulle Vincent, C. and M.J. Denyes, *Relieving children's pain: nurses' abilities and analgesic administration practices*. J Pediatr Nurs, 2004. **19**(1): p. 40-50.

252. Viola, R., et al., *The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review*. Support Care Cancer, 2008.

253. Wiffen, P.J. and H.J. McQuay, *Oral morphine for cancer pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(4): p. CD003868.

254. Zeppetella, G., J. Paul, and M.D. Ribeiro, *Analgesic efficacy of morphine applied topically to painful ulcers*. J Pain Symptom Manage, 2003. **25**(6): p. 555-8.

255. Zernikow, B. and G. Lindena, *Long-acting morphine for pain control in paediatric oncology*. Medical & Pediatric Oncology, 2001. **36**(4): p. 451-458.

256. Zernikow, B., et al., *Paediatric cancer pain management using the WHO analgesic ladder--results of a prospective analysis from 2265 treatment days during a quality improvement study*. Eur J Pain, 2006. **10**(7): p. 587-95.

257. Kaiko, R.F., et al., *The bioavailability of morphine in controlled-release 30-mg tablets per rectum compared with immediate-release 30-mg rectal suppositories and controlled-release 30-mg oral tablets*. Pharmacotherapy, 1992. **12**(2): p. 107-13.

258. Wilkinson, T.J., et al., *Pharmacokinetics and efficacy of rectal versus oral sustained-release morphine in cancer patients*. Cancer Chemother Pharmacol, 1992. **31**(3): p. 251-4.

259. Campbell, W.I., *Rectal controlled-release morphine: plasma levels of morphine and its metabolites following the rectal administration of MST Continus 100 mg*. J Clin Pharm Ther, 1996. **21**(2): p. 65-71.

260. Tofil, N.M., et al., *The use of enteral naloxone to treat opioid-induced constipation in a pediatric intensive care unit*. Pediatr Crit Care Med, 2006. **7**(3): p. 252-4.

261. Liu, M. and E. Wittbrodt, *Low-dose oral naloxone reverses opioid-induced constipation and analgesia*. J Pain Symptom Manage, 2002. **23**(1): p. 48-53.

262. Glenny, A.M., et al., *A survey of current practice with regard to oral care for children being treated for cancer*. Eur J Cancer, 2004. **40**(8): p. 1217-24.

263. Sassano-Higgins S et al, *Olanzapine reduces delirium symptoms in the critically ill pediatric patient*. J Pediatr Intensive Care, 2013. **2**(2): p. 49-54.

264. Beckwitt-Turkel S et al, *The diagnosis and management of delirium in infancy*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2013. **23**(5): p. 352-56.

265. Turkel SB et al, *Atypical antipsychotic medications to control symptoms of delirium in children and adolescents*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2012. **22**(2): p. 126-130.

266. Kaneishi, K., M. Kawabata, and T. Morita, *Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction*. J Pain Symptom Manage, 2012. **44**(4): p. 604-7.

267. Kitada T et al, *Olanzapine as an antiemetic in intractable nausea and anorexia in patients with advanced hepatocellular carcinoma: 3 case series*. Acta Hepatologica Japonica, 2009. **50**(3): p. 153-158.

268. Srivastava, M., et al., *Olanzapine as an antiemetic in refractory nausea and vomiting in advanced cancer*. J Pain Symptom Manage, 2003. **25**(6): p. 578-82.

269. Jackson, W.C. and L. Tavernier, *Olanzapine for intractable nausea in palliative care patients*. J Palliat Med, 2003. **6**(2): p. 251-5.

270. Passik, S.D., et al., *A pilot exploration of the antiemetic activity of olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and pain*. J Pain Symptom Manage, 2002. **23**(6): p. 526-32.

271. Licup, N., *Olanzapine for nausea and vomiting*. Am J Hosp Palliat Care, 2010. **27**(6): p. 432-4.

272. Elsayem, A., et al., *Subcutaneous olanzapine for hyperactive or mixed delirium in patients with advanced cancer: a preliminary study*. J Pain Symptom Manage, 2010. **40**(5): p. 774-82.

273. Jackson KC et al, *Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009.

274. Breitbart, W., A. Tremblay, and C. Gibson, *An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients*. Psychosomatics, 2002. **43**(3): p. 175-82.

275. Khojainova, N., et al., *Olanzapine in the management of cancer pain*. J Pain Symptom Manage, 2002. **23**(4): p. 346-50.

276. Navari, R.M. and M.C. Brenner, *Treatment of cancer-related anorexia with olanzapine and megestrol acetate: a randomized trial*. Support Care Cancer, 2010. **18**(8): p. 951-6.

277. Gold, B.D., *Review article: epidemiology and management of gastro-oesophageal reflux in children*. Aliment Pharmacol Ther, 2004. **19** Suppl 1: p. 22-7.

278. Chang, A.B., et al., *Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults*. Cochrane Database Syst Rev, 2005(2): p. CD004823.

279. Simpson, T. and J. Ivey, *Pediatric management problems. GERD*. Pediatr Nurs, 2005. **31**(3): p. 214-5.

280. *5HT₃-receptor antagonists as antiemetics in cancer*. Drug Ther Bull, 2005. **43**(8): p. 57-62.

281. Kyriakides, K., S.K. Hussain, and G.J. Hobbs, *Management of opioid-induced pruritus: a role for 5-HT₃ antagonists?* Br J Anaesth, 1999. **82**(3): p. 439-41.

282. MHRA Drug Safety Update. *Ondansetron for intravenous use: dose-dependent QT interval prolongation — new posology*. 2013; July ; 6(12): .[Available from: <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/DrugSafetyUpdate/CON296402>].

283. Kokki, H., et al., *Comparison of oxycodone pharmacokinetics after buccal and sublingual administration in children*. Clin Pharmacokinet, 2006. **45**(7): p. 745-54.

284. Kokki, H., et al., *Pharmacokinetics of oxycodone after intravenous, buccal, intramuscular and gastric administration in children*. Clin Pharmacokinet, 2004. **43**(9): p. 613-22.

285. Zin, C.S., et al., *A randomized, controlled trial of oxycodone versus placebo in patients with postherpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy treated with pregabalin*. J Pain. **11**(5): p. 462-71.

286. Zin, C.S., et al., *An update on the pharmacological management of post-herpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy*. CNS Drugs, 2008. **22**(5): p. 417-42.

287. Czarnecki, M.L., et al., *Controlled-release oxycodone for the management of pediatric postoperative pain*. J Pain Symptom Manage, 2004. **27**(4): p. 379-86.

288. Villa, M.P., et al., *Nocturnal oximetry in infants with cystic fibrosis*. Arch Dis Child, 2001. **84**(1): p. 50-54.

289. Balfour-Lynn, I.M., *Domiciliary oxygen for children*. Pediatr Clin North Am, 2009. **56**(1): p. 275-96, xiii.

290. Cachia, E. and S.H. Ahmedzai, *Breathlessness in cancer patients*. Eur J Cancer, 2008. **44**(8): p. 1116-23.

291. Currow, D.C., et al., *Does palliative home oxygen improve dyspnoea? A consecutive cohort study*. Palliat Med, 2009. **23**(4): p. 309-16.

292. Saugstad, O.D., *Chronic lung disease: oxygen dogma revisited*. Acta Paediatr, 2001. **90**(2): p. 113-5.

293. Ross, J.R., et al., *A systematic review of the role of bisphosphonates in metastatic disease*. Health Technol Assess, 2004. **8**(4): p. 1-176.

294. Howe, W., E. Davis, and J. Valentine, *Pamidronate improves pain, wellbeing, fracture rate and bone density in 14 children and adolescents with chronic neurological conditions*. Dev Neurorehabil, 2010. **13**(1): p. 31-6.

295. Wagner, S., et al., *Tolerance and effectiveness on pain control of Pamidronate(R) intravenous infusions in children with neuromuscular disorders*. Ann Phys Rehabil Med, 2011. **54**(6): p. 348-58.

296. Ringe, J.D. and J.J. Body, *A review of bone pain relief with ibandronate and other bisphosphonates in disorders of increased bone turnover*. Clin Exp Rheumatol, 2007. **25**(5): p. 766-74.

297. Duncan, A.R., *The use of subcutaneous pamidronate*. J Pain Symptom Manage, 2003. **26**(1): p. 592-3.

298. Hain R and Jassal S, *Oxford handbook of paediatric palliative medicine*. 2010: Oxford University Press
299. Ward, L., et al., *Bisphosphonate therapy for children and adolescents with secondary osteoporosis*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(4): p. CD005324.
300. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. *Oral Health Management of Patients Prescribed Bisphosphonates: Dental Clinical Guidance*. 2011; April [Available from: www.sdcep.org.uk].
301. NICE Clinical Guideline. *Feverish illness in children*. CG160. . 2013; May [Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG160>].
302. Pillai Riddell, R.R., et al., *Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(10): p. CD006275.
303. Uman, L.S., et al., *Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2006(4): p. CD005179.
304. Wong, I., C. St John-Green, and S.M. Walker, *Opioid-sparing effects of perioperative paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in children*. Paediatr Anaesth, 2013. **23**(6): p. 475-95.
305. Wong, T., et al., *Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **10**: p. CD009572.
306. Rowland, A.G., et al., *Review of the efficacy of rectal paraldehyde in the management of acute and prolonged tonic-clonic convulsions*. Arch Dis Child, 2009. **94**(9): p. 720-3.
307. Ahmad, S., et al., *Efficacy and safety of intranasal lorazepam versus intramuscular paraldehyde for protracted convulsions in children: an open randomised trial*. Lancet, 2006. **367**(9522): p. 1591-7.
308. Armstrong, D.L. and M.R. Battin, *Pervasive seizures caused by hypoxic-ischemic encephalopathy: treatment with intravenous paraldehyde*. J Child Neurol, 2001. **16**(12): p. 915-7.
309. Giacoia, G.P., et al., *Pharmacokinetics of paraldehyde disposition in the neonate*. J Pediatr, 1984. **104**(2): p. 291-6.
310. Koren, G., et al., *Intravenous paraldehyde for seizure control in newborn infants*. Neurology, 1986. **36**(1): p. 108-11.

311. Appleton, R., S. Macleod, and T. Martland, *Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(3): p. CD001905.

312. Yoong, M., R.F. Chin, and R.C. Scott, *Management of convulsive status epilepticus in children*. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2009. **94**(1): p. 1-9.

313. www.palliativedrugs.com, *Phenobarbital* 2010.

314. Holmes, G.L. and J.J. Riviello, Jr., *Midazolam and pentobarbital for refractory status epilepticus*. Pediatr Neurol, 1999. **20**(4): p. 259-64.

315. Osorio, I., R.C. Reed, and J.N. Peltzer, *Refractory idiopathic absence status epilepticus: A probable paradoxical effect of phenytoin and carbamazepine*. Epilepsia, 2000. **41**(7): p. 887-94.

316. Bourgeois, B.F. and W.E. Dodson, *Phenytoin elimination in newborns*. Neurology, 1983. **33**(2): p. 173-8.

317. Tudur Smith, C., A.G. Marson, and P.R. Williamson, *Phenytoin versus valproate monotherapy for partial onset seizures and generalized onset tonic-clonic seizures*. Cochrane Database Syst Rev, 2001(4): p. CD001769.

318. Tudur Smith, C., et al., *Carbamazepine versus phenytoin monotherapy for epilepsy*. Cochrane Database Syst Rev, 2002(2): p. CD001911.

319. McCleane, G.J., *Intravenous infusion of phenytoin relieves neuropathic pain: a randomized, double-blinded, placebo-controlled, crossover study*. Anesth Analg, 1999. **89**(4): p. 985-8.

320. Mendoza, J., et al., *Systematic review: the adverse effects of sodium phosphate enema*. Aliment Pharmacol Ther, 2007. **26**(1): p. 9-20.

321. Miles C, F.D., Goodman ML, Wilkinson SSM., *Laxatives for the management of constipation in palliative care patients*. The Cochrane Collaboration.; The Cochrane Library. 2009: JohnWiley&Sons, Ltd.

322. El-Tawil, S., et al., *Quinine for muscle cramps*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(12): p. CD005044.

323. MHRA. *Quinine: not to be used routinely for nocturnal leg cramps*. 2010; Available from: <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/Drug-SafetyUpdate/CON085085>.

324. Bell, S.G., *Gastroesophageal reflux and histamine2 antagonists*. Neonatal Netw, 2003. **22**(2): p. 53-7.

325. Tighe, M.P., et al., *Current pharmacological management of gastro-esophageal reflux in children: an evidence-based systematic review*. Paediatr Drugs, 2009. **11**(3): p. 185-202.

326. Moayyedi, P., et al., *Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia*. Cochrane Database Syst Rev, 2006(4): p. CD001960.

327. Wang, Y., et al., *Additional bedtime H2-receptor antagonist for the control of nocturnal gastric acid breakthrough*. Cochrane Database Syst Rev, 2009(4): p. CD004275.

328. Grassi, E., et al., *Risperidone in idiopathic and symptomatic dystonia: preliminary experience*. Neurol Sci, 2000. **21**(2): p. 121-3.

329. Kenrick S, f.S., *Treatment guidelines for symptom crises in Juvenile Batters Disease*. 2011.

330. BTS/SIGN. *British Guideline on the management of asthma. National clinical guideline*. 2012; May 2008 revised Jan 2012 [Available from: www.sign.ac.uk/pdf/sign101.pdf].

331. Chavasse, R., et al., *Short acting beta agonists for recurrent wheeze in children under 2 years of age*. Cochrane Database Syst Rev, 2002(3): p. CD002873.

332. Palazon Garcia, R., A. Benavente Valdepenas, and O. Arroyo Riano, *[Protocol for tizanidine use in infantile cerebral palsy]*. An Pediatr (Barc), 2008. **68**(5): p. 511-5.

333. Henney, H.R., 3rd and M. Chez, *Pediatric safety of tizanidine: clinical adverse event database and retrospective chart assessment*. Paediatr Drugs, 2009. **11**(6): p. 397-406.

334. Vasquez-Briceno, A., et al., *[The usefulness of tizanidine. A one-year follow-up of the treatment of spasticity in infantile cerebral palsy]*. Rev Neurol, 2006. **43**(3): p. 132-6.

335. Spiller, H.A., G.M. Bosse, and L.A. Adamson, *Retrospective review of Tizanidine (Zanaflex) overdose*. J Toxicol Clin Toxicol, 2004. **42**(5): p. 593-6.

336. Chauhan, S., et al., *Tranexamic acid in paediatric cardiac surgery*. Indian J Med Res, 2003. **118**: p. 86-9.

337. Frachon, X., et al., *Management options for dental extraction in hemophiliacs: a study of 55 extractions (2000-2002)*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2005. **99**(3): p. 270-5.

338. Graff, G.R., *Treatment of recurrent severe hemoptysis in cystic fibrosis with tranexamic acid*. Respiration, 2001. **68**(1): p. 91-4.

339. Mehta, R. and A.D. Shapiro, *Plasminogen deficiency*. Haemophilia, 2008. **14**(6): p. 1261-8.

340. Morimoto, Y., et al., *Haemostatic management of intraoral bleeding in patients with von Willebrand disease*. Oral Dis, 2005. **11**(4): p. 243-8.

341. Fahn, S., *High dosage anticholinergic therapy in dystonia*. Neurology, 1983. **33**(10): p. 1255-61.

342. Ben-Pazi, H., *Trihexyphenidyl improves motor function in children with dystonic cerebral palsy: a retrospective analysis*. J Child Neurol, 2011. **26**(7): p. 810-6.

343. Rice, J. and M.C. Waugh, *Pilot study on trihexyphenidyl in the treatment of dystonia in children with cerebral palsy*. J Child Neurol, 2009. **24**(2): p. 176-82.

344. Hoon, A.H., Jr., et al., *Age-dependent effects of trihexyphenidyl in extrapyramidal cerebral palsy*. Pediatr Neurol, 2001. **25**(1): p. 55-8.

345. Tsao, C.Y., *Low-dose trihexyphenidyl in the treatment of dystonia*. Pediatr Neurol, 1988. **4**(6): p. 381.

346. Marsden, C.D., M.H. Marion, and N. Quinn, *The treatment of severe dystonia in children and adults*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1984. **47**(11): p. 1166-73.

347. Sanger, T.D., et al., *Prospective open-label clinical trial of trihexyphenidyl in children with secondary dystonia due to cerebral palsy*. J Child Neurol, 2007. **22**(5): p. 530-7.

348. Brook L, V.J., Osborne C., *Paediatric palliative care drug boxes; facilitating safe & effective symptom management at home at end of life*. Archives of Disease in Childhood, 2007. **92** (Suppl 1): **A58**.

349. Dickman, A., J. Schneider, and J. Varga, *The Syringe Driver. Continuous Infusions in Palliative Care*. 2005: Oxford University Press.

Примечания

¹ Field And Richard E. Behrman 'Communication, Goal Setting, And Care Planning' In *When Children Die: Improving Palliative And End-Of-Life Care For Children And Their Families* The National Academies Press 2001

² Buckman R. *How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1992:15.

³ Bluebond-Langner, Myra *The Private Worlds Of Dying Children*, Princeton Paperbacks, Princeton University Press. 1980

⁴ Together for Short Lives care pathway [http://www.togetherforshortlives.org.uk/professionals/care provision/care pathways](http://www.togetherforshortlives.org.uk/professionals/care%20provision/care%20pathways)

⁵ See Together for Short Lives's Transition Care Pathway: [http://www.act.org.uk/page.asp?section=115§ionTitle=Together for Short Lives%27s+transition+care+pathway](http://www.act.org.uk/page.asp?section=115§ionTitle=Together%20for%20Short%20Lives%27s+transition+care+pathway) See Together for Short Lives's Transition Care Pathway: [http://www.act.org.uk/page.asp?section=115§ionTitle=Together for Short Lives%27s+transition+care+pathway](http://www.act.org.uk/page.asp?section=115§ionTitle=Together%20for%20Short%20Lives%27s+transition+care+pathway)

⁶ In Tindyebwa, Kayita, Musoke et al (Eds) *African Network For Care Of Children Affected By HIV/AIDS (ANECCA) Handbook On Paediatric AIDS In Africa*. Revised Edition 2006. ...www.anecca.org.

⁷ Together for Short Lives Care Pathway <http://www.act.org.uk/landing.asp?section=97§ionTitle=Care+pathways+for+babies%2C+children+and+young+people>

⁸ Larue F, Brasseur L, Musseault P, Et Al. 'Pain And Symptoms In HIV Disease: A National Survey In France.' Abstract: Third Congress Of The European Association For Palliative Care. *J Palliat Care* 10:95, 1994.

⁹ Foley F. 'AIDS Palliative Care'. Abstract: 10th International Congress On The Care Of The Terminally Ill. *J Palliat Care* 10:132, 1994.

¹⁰ Moss V. 'Palliative Care In Advanced HIV Disease: Presentation, Problems, And Palliation'. *AIDS* 4(S):S235-42, 1990.

¹¹ Fontaine A, Larue F, Lassauniere JM. 'Physicians Recognition Of The Symptoms Experienced By HIV Children:How Reliable?' *J Pain Symptom Manage* 18:263-70, 1999.

¹² Breitbart W, Mcdonald MV, Rosenfeld B, Monkman ND, Passik S. 'Fatigue In Ambulatory AIDS Children'. *J Pain Symptom Manage* 15:159-67, 1998.

¹³ Department For International Development (DFID) www.dfid.gov.uk/Mdg/Childmortalityfactsheet.

¹⁴ WHO World Health Report 2003 — Shaping The Future. WHO Geneva., [Www.who.int/Whr/2003/Chapter1/En/Index2.html](http://www.who.int/whr/2003/Chapter1/En/Index2.html) Department For International Development (DFID)

¹⁵ Taken From “Conditions Suggestive Of Less Than Six Months Prognosis In Children With AIDS” *Recommendations For Managing Hiv Infection In Children*. Republic of South Africa Department of Health, October 2001

¹⁶ Strafford M, Cahill C, Schwartz T, Et Al. ‘Recognition And Treatment Of Pain In Pediatric Children With AIDS’ *J Pain Symptom Manage* 6:146,1991.

¹⁷ Mathews W, Mccutcheon JA, Asch S, Et Al. ‘National Estimates Of HIV- Related Symptom Prevalence From the HIV Cost And Services Utilization Study’. *Med Care* 38:762, 2000.

¹⁸ Reprinted With Permission From Hewitt D, Mcdonald M, Portenoy R, Et Al. ‘Pain Syndromes And Etiologies In Ambulatory AIDS Children’. *Pain* 70:117- 23, 1997

¹⁹ Amery J, *Children’s Palliative Care in Africa*, OUP, Oxford, 2009

²⁰ Eland, JM: ‘Pediatrics’. In *Pain*. (1985) Springhouse, PA. Springhouse Corporation

²¹ Such as ‘Wong Faces’ (www.wongbakerfaces.org), the Faces Scale (www.usask.ca/childpain/fpsr), or the Visual Analogue Scale or (www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/app1_pain_rating_scales).

²² For example the Eland body tool in ‘Eland J, Anderson J. The experience of pain in children. In: Jacox A, editor. *Pain: A Sourcebook for Nurses and Other Health Professionals*. Boston: Little Brown; 1977. pp. 453–78.’

²³ <http://pain.about.com/od/testingdiagnosis/ig/pain-scales/Flacc-Scale.htm>

²⁴ <http://www.bmj.com/content/315/7111/801.full> (See Part XXX Spiritual needs)

²⁵ Texas Childrens Cancer Centre, Texas Childrens Hospital, Houston, Texas. [Www.childcancerpain.org](http://www.childcancerpain.org)

²⁶ Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely: Cochrane Review ‘*Psychological Interventions For Needle-Related Procedural Pain And Distress In Children And Adolescents*’ [Http://Www.Cochrane.Org/Reviews/En/Ab005179.html](http://www.cochrane.org/Reviews/En/Ab005179.html). [Http:// Www.Cochrane.Org/Reviews/En/Ab005179.html](http://www.cochrane.org/Reviews/En/Ab005179.html). October 18. 2006.

²⁷ Von Baeyer CL, Marche TA, Rocha EM, Salmon K. ‘Children’s Memory For Pain: Overview And Implications For Practice’. *The Journal Of Pain* 2004;5(5):241-249

²⁸ <http://specialchildren.about.com/od/mentalhealthissues/a/breathing.htm>

²⁹ <http://www.yourfamilyclinic.com/adhd/relax.htm>

³⁰ www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/

³¹ Finkel JC, Finley A, Greco C, et al; Transdermal fentanyl in the management of children with chronic severe pain: results from an international study.; *Cancer*. 2005 Dec 15;104(12):2847-57.

³² From BNF for Children 2013-2014

³³ Dunphy K et al. Rehydration in palliative and terminal care: if not, why not? *Palliative Medicine* 1995; 9: 221-8.

³⁴ Burge FI. 'Dehydration And Provision Of Fluids In Palliative Care. What Is The Evidence?' *Canadian Family Physician*. 1996; 42:2383-8. (SA, 14 Refs)

³⁵ Bruera, E., Belzile, M., Watanabe, S. & Fainsinger, R.L (1996). Volume of hydration in terminal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 4 (2), 147-50.

³⁶ Burge, F.I (1993). Dehydration symptoms of palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8 (7), 454-464.

³⁷ McCann, R.M., Hall, W.J. & Groth-Juncker, A. (1994). Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA*, 272 (16), 1263-6.

³⁸ Bruera, E., Belzile, M., Watanabe, S. & Fainsinger, R.L (1996). Volume of hydration in terminal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 4 (2), 147-50.

³⁹ Chadfield-Mohr, S.M., & Byatt, C.M. (1997). Dehydration in the terminally ill- iatrogenic insult or natural process? *Postgraduate Medical Journal*, 73 (862), 476-80

⁴⁰ Fox, E.T. (1996). IV hydration in the terminally ill: ritual or therapy? *Br J Nurs*, 5 (1), 41-5.

⁴¹ Parkash, R. & Burge, F. (1997). The family's perspective on issues of hydration in terminal care. *Journal of Palliative Care*, 13 (4), 23-7.

⁴² Parkash R. Burge F. 'The Family's Perspective On Issues Of Hydration In Terminal Care'. *Journal Of Palliative Care*. 13(4):23-7, 1997 (1)

⁴³ Steiner, N. & Bruera, E (1998). Methods of hydration in palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 14 (2), 6-13.

⁴⁴ Tindyebwa, Kayita, Musoke et al (Eds) *African Network For Care Of Children Affected By HIV/AIDS (ANECCA) Handbook On Paediatric AIDS In Africa*. Revised Edition 2006. .Www.Anecca.Org.

⁴⁵ Amery JM And Rose CJ 'Quantitative Evaluation Of Children's Palliative Care Service In Uganda'. *Cardiff Children's Palliative Care Conference 2008* (In Press)

⁴⁶ Management of Severe Malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers. World Health Organization. Geneva 1999. ISBN 92 4 154511 9 . Online at www.who.int/nutrition/publications/malnutrition/en/index.html

⁴⁷ Merriman A. *Pain And Symptom Control In The Cancer And/Or Aids Patient In Uganda And Other African Countries* Hospice Africa Uganda. P.O. Box 7757, Kampala ISBN 9970-830-01-0. Fourth Edition 2006

⁴⁸ Pearl RH, Robie DK, Ein SH, et al. Complications of gastroesophageal antireflux surgery in neurologically impaired versus neurologically normal children. *J Pediatr Surg.* Nov 1990;25(11):1169-73

⁴⁹ Renee Hsia, November 7, 2006, 'Pediatrics, Gastrointestinal Bleeding', *E-Medicine, Www.Emedicine.Com/Emerg/Topic381*

⁵⁰ [Www.Palliativedrugs.Com](http://www.palliativedrugs.com)

⁵¹ <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/DrugSafetyUpdate/CON300404>

⁵² Clayden, GS: Management Of Chronic Constipation. *Archives Of Disease In Childhood* (1992) 67: 340-44

⁵³ Meuser T. Pietruck C. Radbruch L. Stute P. Lehmann KA. Grond S. 'Symptoms During Cancer Pain Treatment Following WHO-Guidelines: A Longitudinal Follow-Up Study Of Symptom Prevalence, Severity And Etiology.' *Pain.* 2001; 93(3):247-57. (OS-593)

⁵⁴ Sullivan, PB: 'Gastrointestinal Problems In The Neurologically Impaired Child'. *Bailliere's Clinical Gastroenterology*'. (1997) 11,3 529-46

⁵⁵ Merriman A. *Pain And Symptom Control In The Cancer And/Or Aids Patient In Uganda And Other African Countries* Hospice Africa Uganda. P.O. Box 7757, Kampala ISBN 9970-830-01-0. Fourth Edition 2006

⁵⁶ Tindyebwa, Kayita, Musoke et al (Eds) *African Network For Care Of Children Affected By HIV/AIDS (ANECCA) Handbook On Paediatric AIDS In Africa*. Revised Edition 2006. [Www.Anecca.Org](http://www.anecca.org). Pp 95

⁵⁷ Gwyther, Merriman, Mpanga Sebuyira, Schietinger. *A Clinical Guide To Supportive And Palliative Care For HIV/AIDS In Sub-Saharan Africa* Foundtaion For Hospices In Sub-Saharan Africa. 2006. [Www.Fhssa.Org](http://www.fhssa.org)

⁵⁸ WHO/UNICEF *Joint Statement On Clinical Management Of Acute Diarrhoea*, May 2004

⁵⁹ Alexander CS. Palliative And End Of Life Care. In Anderson JR, Ed. *A Guide To The Clinical Care Of Women With HIV*. Rockville, MD: U.S. Dept. Of Health And Human Services Health Resources And Services Administration, 349-82, 2001. In Gwyther, Merriman, Mpanga Sebuyira, Schietinger. *A Clinical Guide To Supportive And Palliative Care For HIV/AIDS Chapter 6: Pulmonary Symptoms*

⁶⁰ Gwyther L, Adams V, Wilson D, Mandwa D. 'Chapter 6: Pulmonary Symptoms' In Gwyther, Merriman, Mpanga Sebuyira, Schietinger. *A Clinical Guide To Supportive And Palliative Care For HIV/AIDS In Sub-Saharan Africa*. Foundtaion For Hospices In Sub-Saharan Africa. 2006. Www.Fhssa.Org

⁶¹ British Thoracic Society guidelines for assessment of persistent cough in children <http://www.brit-thoracic.org.uk/Portals/0/Guidelines/Cough/ Guidelines/cough in children.pdf>

⁶² Reuben DB, Mor V, Hiris J 1988. 'Clinical Symptoms And Length Of Survival In Patients With Terminal Cancer'. *Arch Int Med* 148(7), 1586

⁶³ Alexander CS. 'Palliative And End Of Life Care'. In Anderson JR, Ed. *A Guide To The Clinical Care Of Women With HIV*. Rockville, MD: U.S. Dept. Of Health And Human Services Health Resources And Services Administration, 349-82, 2001.

⁶⁴ Gwyther, Merriman, Mpanga Sebuyira, Schietinger. *A Clinical Guide To Supportive And Palliative Care For HIV/AIDS In Sub-Saharan Africa*. Foundtaion For Hospices In Sub-Saharan Africa. 2006. Www.Fhssa.Org. Pp125

⁶⁵ Hartshorne ST. 2000. 'Common Dermatological Problems Among HIV/AIDS Patients'. *CME: YOURSA Journal Of CPD*. 18:321–326.

⁶⁶ Tuthill J, Garnier S. 2003. 'Prevention Of Skin Breakdown'. In Gwyther, Merriman, Mpanga Sebuyira, Schietinger. Eds. *A Clinical Guide To Supportive And Palliative Care For HIV/AIDS*. Foundtaion For Hospices In Sub-Saharan Africa. 2006. Www.Fhssa.Org

⁶⁷ Merriman A. *Pain And Symptom Control In The Cancer And/Or Aids Patient In Uganda And Other African Countries* Hospice Africa Uganda. P.O. Box 7757, Kampala ISBN 9970-830-01-0. Fourth Edition 2006

⁶⁸ Kandel, E.R., J.H. Schwartz, and T.M. Jessell. 1991. *Principles of Neural Science*, 3rd edition. New York: Elsevier.d

⁶⁹ Hartley, Frank and Goldenson *Understanding Children's Play*, Routledge, 1999

⁷⁰ 'National Institute for Play': www.nifplay.org

⁷¹ Child development Insititute: www.childdevelopmentinfo.com

⁷² Schore, A.N. The seventh annual John Bowlby memorial lecture. Minds in the making: attachment, the self-organizing brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17, 299-328

⁷³ Sheets- Johnstone, Maxine, (1999) The Primacy of Movement, Johns-Benjamin Vol. 14, *Advances in Consciousness Research*

⁷⁴ Opie. I. (1993) *The People in the Playground*. New York, Oxford Univ. Press

⁷⁵ Pelligrini, A.D. (1988) Rough-and-Tumble play from childhood through adolescence. In D. Fromberg & D. Bergen (Eds.) *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings*. (pp. 401-408). New York, Garland.

⁷⁶ Paley, V.G. (1992) *You Can't Say You Can't Play*. Cambridge MA, Harvard University Press

⁷⁷ Frank Wilson, (1999) *The Hand: How Its Use Shapes the Brain, Language, and Human Culture* (Vintage)

⁷⁸ Singer, Dorothy G. with Singer, Jerome L. *The House of Make-Believe: Children's Play and the Developing Imagination*. 1990

⁷⁹ Winnicott, D. W. *Playing and Reality*. London: Routledge, 1999.

⁸⁰ Evans, M. (1993), 'Teenagers And Cancer', In *Paediatric Nursing*, 1993, Vol. 5. No 1. P 14-15

⁸¹ Weller B *Paediatric Nursing And Techniques*, London. Harper Row. 1985

⁸² Mackenzie H 'Teenagers In Hospital'. *Nursing Times*. 1988, 84: 32. 58-61

⁸³ Evans, M. (1993), 'Teenagers And Cancer', In *Paediatric Nursing*, 1993, Vol. 5. No 1. P 14-15

⁸⁴ Denholm C, 1987. 'The Adolescent Patient At Discharge And The Post-Hospitalisation Environment' *Maternal Child Nursing Journal* 1987. 16:95-101

⁸⁵ Viner R And Keane M, 1998. *Youth Matters: Evidence-Based Best Practice For The Care Of Young People In Hospital*. Pubs: Caring For Children In The Health Services. London.

⁸⁶ Stevens M. 'Care of the dying child and adolescent — family adjustment and support' in Doyle, Hanks Cherney and Calman,(Eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third Edition OUP 2005

⁸⁷ Stevens M. 'Care of the dying child and adolescent — family adjustment and support' in Doyle, Hanks Cherney and Calman,(Eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third Edition OUP 2005

⁸⁸ Module 7: Working with Adolescents in AIDS Relief and Catholic Relief Services: *Psychosocial Care & Counselling for HIV Infected Children and Adolescents: A Training Curriculum*. Catholic Relief Services 228 W. Lexington St. Baltimore, Maryland 21201-3413 | 888-277-7575 | info@crs.org. January 2008 (in press)

⁸⁹ Blomquist KB, Brown G, Peersen A And Presler EP . 'Transitioning To Independence: Challenges For Young People With Disabilities And Their Caregivers' *Orthopaedic Nursing* 17(3) 27-35 1998

⁹⁰ Stevens SE Et Al 'Adolescents With Physical Disabilities: Some Psychosocial Aspects Of Health'. *Journal Of Adolescent Health* 1997; 19 (2) 157-64

⁹¹ UNICEF, UNAIDS, and WHO. 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunities in Crisis*. New York: UNICEF

⁹² Njovana E, Watts C. 'Gender Violence In Zimbabwe: A Need For Collaborative Action'. *Reprod Health Matters*, 1996; (7):46-52.

⁹³ Bohmer L. 'Adolescent Reproductive Health In Ethiopia: An Investigation Of Needs, Current Policies And Programs. Los Angeles, Ca: Pacific Institute Of Women's Health, 1995

⁹⁴ WHO World Health Report 2003 — Shaping The Future. WHO Geneva., [Www.who.int/whr/2003/Chapter1/En/Index2.html](http://www.who.int/whr/2003/Chapter1/En/Index2.html) Department For International Development (DFID)

⁹⁵ Wjau W, Radeny S. *Sexuality Among Adolescents In Kenya*. Nairobi: Kenya Association For The Promotion Of Adolescent Health, 1995.

⁹⁶ Relief and Catholic Relief Services: *Psychosocial Care & Counselling for HIV Infected Children and Adolescents: A Training Curriculum*. Catholic Relief Services 228 W. Lexington St. Baltimore, Maryland 21201-3413 | 888-277-7575 | info@crs.org, January 2008 (in press)

⁹⁷ Carr-Gregg M, Sawyer S, Clarke C And Bowes G 'Caring For The Terminally Ill Adolescent'. *MJA* Vol. 166, 3rd March 1997, Pp 255-258

⁹⁸ Corr C and Balk D *Handbook of Adolescent Death and Bereavement*. Springer Publishing Company (April 1996)

⁹⁹ Papadatou, D. 1989. Caring For Dying Adolescents. *Nursing Times*

¹⁰⁰ Papadatou, D. 1989. Caring For Dying Adolescents. *Nursing Times* May 3rd, Vol. 85: 18, 28-31

¹⁰¹ See <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11648226>

¹⁰² http://www.bma.org.uk/ethics/consent_and_capacity/mencaptoolkit.jsp.

¹⁰³ See <http://www.patient.co.uk/doctor/Consent-to-Treatment-in-Children.htm>

¹⁰⁴ Children's Palliative Care Guidelines. Royal College of Paediatrics and Child Health. London

¹⁰⁵ Stoter D (1995) *Spiritual Aspects of Health Care*. London

¹⁰⁶ Khaneja and B. Milrod, 'Educational needs among pediatricians regarding caring for terminally ill children'. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152 1998

¹⁰⁷ GMC Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making. http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/6858.asp Together for Short Lives, 2011. *A Parent's Guide: Making critical care choices for your child*. Bristol: Together for Short Lives.

¹⁰⁸ See <http://www.schloss-hartheim.at/index.asp?seite=560>

¹⁰⁹ Gold Standards Framework <http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/OneStopCMS/Core/CrawlerResourceServer.aspx?resource=2E9DA6B2-5D8D-4D3B-8315-C0FA90181045&mode=link&guid=4913518d1abe4b2d976d500829f54c5b>

¹¹⁰ Download an example of an Advance Care Plan developed by South Central SHA (LINK to <http://www.southcentral.nhs.uk/wp-content/uploads/2010/09/Child-and-Young-Persons-ACP-Form.doc>)

¹¹¹ Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 2004. *Withholding or Withdrawing Life Saving Medical Treatment in Children: A framework for practice*, 2nd Edition. London: Royal College of Paediatrics and Child Health.

¹¹² http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0009/270873/4.7.2_Palliative_care_drug_boxes.pdf

¹¹³ Worden, J W. *Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for Mental Health Practitioners* Springer, .New York 2009

¹¹⁴ Foxhall, Zimmerman, Standley And Ben. 'A Comparison Of Frequency And Sources Of Nursing Job Stress Perceived By Intensive Care, Hospice And Medical-Surgical Nurses'. *Journal Advanced Nursing* 1990 15:577-84

¹¹⁵ Bene And Foxhall. 'Death Anxiety And Job Stress In Hospice And Medical-Surgical Nurses'. *Hosp Journal* 1991 7:25-31

¹¹⁶ Woolley, Stein, Forrest, Baum. 'Staff Stress And Job Satisfaction At A Childrens Hospice'. *Arch Disease In Childhood*. 1989. 64:114-118

¹¹⁷ Amery, J, Lapwood, S 'A Study Into The Educational Needs Of Children's Hospice Doctors' *Palliative Medicine* 18(8) 727-733, 2004 (Dec)

¹¹⁸ Papadatou D, *Healthcare Providers' Responses To The Death Of A Child In Oxford Textbook Of Palliative Care For Children* Oxford University Press. Oxford 2006

¹¹⁹ Amery And Lapwood (See Iv)

¹²⁰ Dunwoodie; Auret, 'Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia', *Internal Medicine Journal*, Volume 37, Number 10, October 2007, pp. 693-698(6)

Джастин Эмери
По-настоящему дельное руководство
по паллиативной помощи детям
для врачей и медсестер во всем мире

Перевод с английского: Татьяна Бабанова

Корректор: Людмила Гордеева

Медицинская редакция перевода:
канд. мед. наук, доцент Наталья Савва

Подписано в печать 09.10.2017. Бум. офсетная. Формат 62 x 94 1/16
Гарнитура «Garamond». Печать офсетная. Усл. печ. л. 29
Тираж 2000 экз. Заказ № 241 П

ООО «Издательство «Проспект»
119606, г. Москва, пр-т Вернадского, 84

НЕ МОЖЕТЕ ДОБАВИТЬ ДНЕЙ К ЖИЗНИ ТЯЖЕЛО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ? ДОБАВЬТЕ ЖИЗНИ К ИХ ДНЯМ!



ТРАНСДЕРМАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА С ФЕНТАНИЛОМ | 72 ЧАСА КОНТРОЛИРУЕМОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ



- Эффективность сравнима с морфином¹⁻⁶
- На 65% меньше относительный риск (RR) развития констипации по сравнению с пероральным морфином⁴
- На 43% меньше относительный риск (RR) проявления тошноты и рвоты по сравнению с пероральным морфином⁴
- На 41% ниже относительный риск (RR) проявления головокружений и сонливости по сравнению с пероральным морфином⁴
- Минимальный риск передозировки^{7, 8}
- Низкий риск злоупотребления среди наркотических анальгетиков^{9, 10}

1. Ahmedal S, Brooks D. J Pain Symptom Manage 1997; 13: 254-61. 2. Wong J.O., et al. Acta Anaesthesiol Sin 1997; 35: 25-32. 3. Payne R., et al. Clin Oncol 1998; 16: 1588-93. 4. Yang Q., et al. J Exp Clin Cancer Res 2010; 29: 67. 5. Zhu Y.L., et al. Chin J Cancer Res 2011; 23: 317-22. 6. Hadley G., et al. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7. Wagner T., et al. Poster presented at 6th Congress of European Federation of IACSP Sept. 2009. 8. Malozzi JF, et al. Pharmacokinetics, Tolerability, and Performance of Novel Matrix Transdermal Delivery System of Fentanyl to the Community Available Reservoir Formulation in Healthy Subjects. J Clin Pharmacol. 2006; 46: 642-9. Novak S, et al. Pain Medicine 2004; 2: 59-65. 9B. Stephens A, Butler, et al. Harm Reduction Journal. 2006.

Сокращенная информация по применению. Торговое наименование: Фендивия™. **Активный компонент:** Фентанил. **Лекарственная форма:** трансдермальная терапевтическая система, дозировка 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, 100 мкг/ч. **Показания к применению:** Взрослые: хронический выраженный болевой синдром, требующий длительного непрерывного обезболивания с помощью анальгетиков. Дети: длительное обезболивание хронического болевого синдрома у детей с 2 лет, получающих регулярное опиоидное обезболивание. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к фентанилу или вспомогательным веществам; угнетение дыхательного центра, в том числе острое угнетение дыхания; раздраженная, облученная или поврежденная кожа на месте аппликации; диарея на фоне подавляеморембранного канала; обструктивное заболевание легких; пневмония; почечная недостаточность; токсическая диспепсия; препарат не следует применять для лечения острой или послепериодической боли; тяжелые поражения ЦНС; одновременное применение ингибиторов МАО или триптанов в течение 14 дней после их отмены; детский возраст до 2 лет. **Безопасность трансдермальной пластыря:** концентрация фентанила при болевом кризисе не устанавливается. **Способ применения и дозы:** трансдермально. Трансдермальной пластырь высвобождает фентанил в течение 72 часов. Необходимый дозировка фентанила подбирается индивидуально и должна пересматриваться регулярно. Полная информация о способе применения и дозах содержится в инструкции по применению препарата. **Побочное действие:** Наиболее опасной нежелательной реакцией является угнетение дыхания. Очень частые и частые: спутанность сознания, депрессия, чувство тревоги, галлюцинации, бессонница, головная боль, головокружение, тремор, покраснение, зуд, ощущение сердцебиения, тошнота, диарея, запор, диарея, боль в области живота, боль в затылке, сухость во рту, диспепсия, гиперчувствительность, потливость, зуд, сыпь, зрительные, мышечные спазмы, задержка мочеиспускания, префронтальные отеки, астения, недомогание, чувство жара. Профиль нежелательных реакций у детей и подростков был аналогичен таковому у взрослых. Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению препарата. **Особые указания:** препарат следует использовать как часть комплексного лечения боли у пациентов при условии адекватной медицинской, социальной и психологической оценки их состояния. Препарат Фендивия относится к II слову наркотических препаратов. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**

ООО «Танеда Фармасьютикалс» 119048, Москва, ул. Усачева, 2, стр. 1, т: (495) 933 5511, ф: (495) 502 1625, www.takeda.com
Рег. номер МЗ РФ: ЛСР-005232/09-10-06-09. Неиспользуйте противопоказания. Полная информация в инструкции по применению. Дата выпуска рекламы: октябрь 2017 г.



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«По-настоящему дельное руководство по паллиативной помощи детям для врачей и медсестер во всем мире» предлагает действительно конкретные решения распространенных проблем, с которыми сталкиваются медики, помогающие умирающим детям и их семьям вне зависимости от культурных или социоэкономических условий. Опираясь на свою более чем двадцатилетнюю практику помощи детям с терминальными диагнозами, доктор Джастин Эмери собрал свой практический опыт и плоды своих исследований в этот сборник полезных советов.

В 15 частях книги он не только разбирает многочисленные практические вопросы, которые возникают при оказании паллиативной помощи детям, но также говорит о неосязаемых, но очень важных подходах к донесению плохих новостей, о поддержке семей в их эмоциональных переживаниях, о том, как помогать детям и их семьям в этических и духовных вопросах, как работать с оставшимися жить членами семьи, переживающими горе.

Руководство также включает как дополнительный ресурс Медицинский формуляр Ассоциации педиатрической паллиативной помощи. «По-настоящему дельное руководство по паллиативной помощи детям для врачей и медсестер во всем мире» распространяется в виде электронной книги бесплатно, а также продается в печатном варианте*. Эта книга представляет важнейшие данные для профессионалов в области медицины, которым необходимо обеспечить полную сострадания, компетентную помощь детям и их семьям.

Джастин Эмери — британский терапевт, работающий с детьми по всему миру. Он более двух десятков лет специализируется на предоставлении паллиативной помощи детям. Он также проводит исследования, которые способствуют дальнейшему развитию педиатрической паллиативной помощи. Его книги, семинары и тренинги направлены на то, чтобы другие люди могли внедрять полученные им результаты исследований в свою практическую деятельность.

* Русскоязычный перевод распространяется бесплатно.