ОСОБЕННОСТИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ
РАЗЛИЧНЫМ ВОЗРАСТНЫМ КАТЕГОРИЯМ:
новорожденным, детям и подросткам

Минск
«ФУАинформ»
2013

УДК 616-08-039.75
ББК 53.5
О-75

Авторы:
И.В. Пролесковская – канд. мед. наук, зав. онкологическим инфекционным (гематологическим) отделением №2 ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии»

Н.Н.Савва – канд. мед. наук, доц., гл. специалист по паллиативной помощи детям МЗ РБ

Е.Г. Вайнилович – канд. мед. наук, заместитель директора по медико-социальной работе ОБО «Белорусский детский хоспис»

Н.В. Пономаренко – канд. мед. наук, врач – радиотерапевт отделения лучевой диагностики ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии»

Е.А.Воронко – канд. мед. наук, доц. кафедры общей врачебной практики БелМАПО

Рецензенты:
Кафедра общей врачебной практики
Белорусской медицинской академии последипломного образования;

О.Н. Романова, д-р мед. наук, доц., зам. директора
по клинике РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии.

О-75 **Особенности** паллиативной помощи различным возрастным категориям: новорожденным, детям и подросткам: пособие / И. В. Пролесковская [и др.]. – Минск : ФУАинформ, 2013. – 76 с.

ISBN 978-985-6868-75-0

В настоящем пособии представлена информация по особенностям оказания паллиативной помощи детям различных возрастных категорий – новорожденным, детям младшего и среднего возраста и подросткам. Здесь приведены методы купирования негативных симптомов тяжелого хронического (неизлечимого) заболевания (онкологического или неонкологического) и способы повышения качества жизни детей, находящихся под паллиативным наблюдением и имеющих ограниченный срок жизни. Представляемая информация сгруппирована по органам и системам и включает алгоритмы действий и лекарственные средства, используемые при клинических состояниях, возникающих со стороны той или иной системы, с учетом возраста детей.

Пособие предназначено для врачей общей практики, педиатров, онкологов, неврологов, медицинских сестер, фельдшеров, студентов медицинских вузов и колледжей.

УДК 616-08-039.75
ББК 53.5

ISBN 978-985-6868-75-0

© Оформление. ООО «ФУАинформ», 2013

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 4

ГЛАВА 1. Организация паллиативной помощи детям (А. Г. Горчакова) 6

ГЛАВА 2. Особенности паллиативной помощи детям разного возраста 12

ГЛАВА 3. Особенности ухода и лечения детей разного возраста, нуждающихся в паллиативной помощи 26

3.1. Паллиативная помощь при нарушениях со стороны желудочно-кишечного тракта 26

3.2. Энтеральное питание у «паллиативных» больных 38

3.3. Паллиативная помощь при нарушениях со стороны дыхательной системы 41

3.4. Паллиативная помощь при пролежнях, распадающихся наружных опухолях и кожном зуде 46

3.5. Паллиативная помощь при болевом синдроме 49

3.6. Кризисные ситуации в детской паллиативной помощи .. 59

3.7. Паллиативная помощь детям, находящимся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на дому 66

3.8. Паллиативная химиотерапия и лучевая терапия в детской онкологии и онкогематологии 68

Заключение 73

Литература 74

ВВЕДЕНИЕ

Значительное снижение младенческой и детской смертности, улучшение выживаемости глубоко недоношенных детей, детей с онкологическими и наследственными заболеваниями, детей с тяжелыми прогностически неблагоприятными заболеваниями влечет за собой увеличение количества детей-инвалидов, нуждающихся в паллиативной помощи (ПП), и требует создания надлежащих условий для обеспечения качества их жизни.

В Республике Беларусь паллиативная помощь детям начала развиваться с 1994 года на базе Белорусского детского хосписа (БДХ) в Минске – первого детского хосписа на постсоветском пространстве. Первые 15 лет паллиативная помощь детям оказывалась исключительно силами общественных организаций: были созданы еще детские хосписы в Витебске, Могилеве, Пинске, Слониме, Гомеле. Однако только БДХ имеет медицинскую лицензию Министерства здравоохранения Республики Беларусь на оказание первичной медико-санитарной помощи. Хосписы в других городах оказывают только социальную и психологическую помощь.

В 2008 году вышел первый нормативный документ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об организации оказания паллиативной помощи детям» (Приказ МЗ РБ №1010). Данный документ регламентировал основные аспекты оказания паллиативной помощи детям и взаимоотношения между государственными и негосударственными организациями.

С целью дальнейшего развития государственной системы оказания паллиативной помощи детям в 2010 году создан Республиканский ресурсный центр паллиативной помощи детям, а в ноябре 2011 года утверждена должность главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения по детской паллиативной помощи. В 2012 году вышел новый приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №93 «О совершенствовании оказания медицинской помощи детям, нужда-

ющимся в паллиативном лечении и уходе», который определил оказание паллиативной помощи на дому как приоритетное направление, в том числе – проведение ИВЛ на дому.

В 2012 году в Республике Беларусь стартовали 3 проекта международной технической помощи, выполняемые БДХ и направленные на создание эффективной системы оказания детской паллиативной помощи, повышение профессионального уровня в этой области и пилотную апробацию «социальной передышки» (термин впервые нормативно определен в 2012 году в Законе «О социальном обслуживании»).

ГЛАВА 1.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Детская паллиативная помощь является относительно новым и специфическим направлением развития медицины, в основу которой положены отличные от куративной медицины принципы и подходы, другая философия. Она основана на холистическом подходе, т.е. многонаправленном облегчении симптомов у больного ребенка, имеющего ограниченный срок жизни вследствие наличия неизлечимого заболевания, и комплексной поддержке семьи такого ребенка с того момента, когда возможности куративной медицины исчерпаны или отсутствуют. Данный подход включает физический, эмоциональный, социальный и духовный компоненты.

Первый современный хоспис в мире был открыт в Лондоне в **1967** году как результат хосписного движения, родоначальником которого была Дама Сесиль Сандерс. Первый детский хоспис открылся в **1982** году в Оксфорде (Англия) при активном участии Сестры Франсис Доминика и назван «Helen House» в память о 2-х летней девочке Хелен с опухолью головного мозга.

В **1983** году заработал детский хоспис «Children's Hospice International» (CHI) в США. В рамках финансирования данного хосписа был проведен первый конгресс по детской паллиативной помощи (ПП), который проводится сейчас ежегодно (CHI world congress). В **1985** году открылся первый сервис по оказанию ПП детям на базе больницы St. Mary's Hospital в Нью-Йорке. В **1986** году подобная служба появилась в Лондоне в больнице Great Ormond Street Hospital. В **1988** году сестра Франсис Доминика и профессор Давид Баум образовали общественную инициативу АСТ (Ассоциация ПП детям в Великобритании) как национальный ресурс и информационный центр по ПП детям в Великобритании.

Далее ПП детям получила широкое международное распространение. В Восточной Европе первый детский хоспис заработал в Варшаве (Польша) в **1994** году. Днями позже в **1994** году Горчаковой А.Г. был открыт первый на постсоветском пространстве детский хоспис в Минске (Беларусь).

В **1998** году Всемирная организация здравоохранения определила оказание паллиативной помощи детям как важное направление медико-социальной помощи в мире. В **2003** году на международном семинаре в Гааге, организованном «Help the Hospices» и собравшем представителей детских хосписов и паллиативных ассоциаций более чем из 50 стран, была озвучена идея о создании международной организации по детской ПП. Через два года (в **2005** году) под супервайзерством АСТ начала работу Международная сеть детской паллиативной помощи (ICPCN, International Children's Palliative Care Network, www.icpcn.org.uk), объединившая медицинских и немедицинских специалистов в области оказания детской ПП со всего мира. В **2011** году АСТ совместно с Ассоциацией детских хосписов Великобритании объединились в новую организацию «Together for short life». В **2012** году ВОЗ издала новые рекомендации по ведению персистирующей боли у детей.

В настоящее время в 35 странах ПП детям находится на достаточно высоком уровне и является интегрированной в систему здравоохранения; в 80 странах паллиативная помощь носит локальных характер; в 41 стране идет укрепление потенциала и осуществляются реальные шаги по организации ПП детям; а в 78 странах ПП детям не оказывается.

В настоящее время в Республике Беларусь происходит процесс интегрирования ПП детям в государственную систему здравоохранения. В инструкции к Приказу МЗ РБ №93 от 2012 «О совершенствовании оказания медицинской помощи детям, нуждающимся в паллиативном лечении и уходе», определены следующие основные понятия ПП детям:

Паллиативная помощь детям – это область медицины, которая обеспечивает комплексный подход к больному ребенку,

имеющему ограниченный срок жизни вследствие неизлечимого заболевания (неонкологического или онкологического).

• ПП направлена на улучшение качества жизни ребенка с тяжелыми хроническими заболеваниями, при которых снижен или отсутствует реабилитационный потенциал.

• ПП направлена на поддержку его семьи.

Принципы паллиативной помощи детям:

• Доступность и бесплатность.

• Максимальное обеспечение физического комфорта пациента (контроль симптомов).

• Работа в мультипрофессиональной команде.

• Вовлечение семьи как важного члена команды.

• Индивидуальный подход.

• Координация и непрерывность.

• Продолжительность.

• Законность.

Группы паллиативной помощи у детей:

• **Группа 1.** Дети с тяжелыми ограничивающими жизнь заболеваниями в терминальной стадии.

• **Группа 2.** Дети с хроническими прогрессирующими и угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но прогнозируется в относительно отдаленном периоде при условии проведения определенных паллиативных мероприятий (например, дети, нуждающиеся в ИВЛ).

• **Группа 3.** Дети с угрожающими жизнь заболеваниями, имеющие неопределенный прогноз (например, с последствиями ЧМТ, врожденных пороков развития).

Потребность в детской паллиативной помощи (ICPCN, 2012)

Нет точных данных по количеству детей в мире, которые нуждаются в ПП. По данным различных авторов примерная цифра составляет от 7 до 20 миллионов: т.е. на каждые

10 000 детей 10-20 и более будут иметь ограничивающее жизнь заболевание. Количественная оценка потребности осложняется как расплывчатыми популяционными данными, так и непредсказуемостью траектории заболевания. Факт, с которым соглашаются все – количество сервисов, необходимых для оказания ПП детям недостаточно во всех странах мира.

Программы паллиативной помощи детям

Эффективность оказания ПП напрямую связана с обеспечением всех ее аспектов (медицинских, психосоциальных, духовных), которые берут свое начало от потребностей ребенка и семьи, а также наличия хорошо скоординированной системы специалистов и более широкого окружения, участвующего в оказании помощи и поддержки семье и пациенту. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, все многообразие оказания ПП делится на две группы: ПП на дому и ПП в палате паллиативной помощи в хосписе/стационаре/доме ребенка/интернате. У детей предпочтительной считается оказание ПП на дому.

Основные программы ПП детям включают следующие:

- Медицинская программа контроля симптомов и ПП в кризисных состояниях.
- Медицинская программа ПП в терминальной стадии и при умирании.
- Психологические программы поддержки семьи (больного ребенка, его родителей, других членов семьи на протяжении его болезни).
- Программа поддержки сиблингов (от англ. siblings – сестры и братья больного ребенка).
- Программа «Горевание» для поддержки семьи в конце жизни ребенка и после его смерти.
- Социальная программы помощи (юридическая поддержка, вопросы образования ребенка, обеспечения лекарствами и необходимым оснащением, оборудованием.

• Короткий отдых для членов семьи больного ребенка («Социальная передышка»).

• Информационные и консультационные программы.

• Программы обучения родителей и лиц, ухаживающих за ребенком.

• Программы обучения персонала.

• Волонтерская программа.

• Программа искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на дому (дискутируется экспертами – терапия поддержания жизни).

В ПП детям с неонкологической патологией особое значение придается **социальной передышке.** Ее главная цель – облегчить физическую и психо-эмоциональную нагрузку, выпадающую на членов семьи, которые длительно ухаживают за неизлечимо больным ребенком. Хронический стресс у лиц, ухаживающих за таким ребенком, снижает эффективность ухода за ним, а также ухудшает или разрушает отношения в семье. Это в целом негативно сказывается на качестве жизни больного ребенка. Социальная передышка может проводиться на дому, в хосписах или других социально-ориентированных учреждениях. Направлена на членов семьи (дает им возможность быть вместе и отдыхать), а также на больного ребенка (комплексный уход во время социальной передышки).

Искусственная вентиляция легких в паллиативной помощи

Программы искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на дому существуют во многих странах мира, в т.ч. в странах Евросоюза, в США, Канаде, Австралии и Японии. В некоторых из них, например, США и Великобритании – на протяжении более чем 25 лет. Последние были пионерами в составлении национальных рекомендаций по организации и проведению ИВЛ на дому детям: 1990 – Американское Торакальное Общество, 1998 – Великобритания (www.longtermventilation.nhs.uk).

В настоящее время в странах Евросоюза насчитывается более 400 центров ИВЛ на дому и более 2700 пациентов, получающих инвазивную или неинвазивную вентиляцию легких на

дому. В среднем, распространенность этой услуги составляет 6,6 вентилируемых на 100 000 населения.

Искусственная вентиляция легких рассматривается в настоящее время многими профессионалами и экспертами ПП как «терапия поддержания жизни». Отнесение программ ИВЛ к паллиативной помощи широко дискутируется, и до сих пор нет единого мнения по поводу того, является ли искусственная вентиляция легких паллиативной услугой.

Цели ИВЛ на дому:

- Возвращение ребенка в семью.
- Улучшение качества жизни пациента.
- Способствование ментальному развитию ребенка.
- Проведение длительных паллиативно-реабилитационных мероприятий.
- Снижение риска внутрибольничной инфекции.
- Снижение бюджетных затрат путем перевода ребенка из отделения реанимации в амбулаторно-поликлиническую службу.

Основными показаниями для ИВЛ на дому у детей является отсутствие вегетативного статуса и дыхательная недостаточность, вызванная спинальной амиотрофией, миопатией, мышечной дистрофией и пр. Преимущество отдается неинвазивной ИВЛ. Результатом ее использования стало увеличение продолжительности жизни более чем на 20 лет при полиомиелите, десятки лет – при миопатии Дюшена и спинальной амиотрофии, 4 года – при миотонической дистонии, около года – при боковом амиотрофическом склерозе.

Сравнительный анализ субъективной оценки собственного качества жизни показал практически идентичные результаты по 7-бальной шкале между американскими врачами (5,4 балла) и больными миопатией Дюшена (4,9 балла).

В Республике Беларусь первый ребенок с ИВЛ на дому появился в 2007 году, а в 2012 году в приказе МЗ РБ №93 были оговорены условия и порядок перевода пациентов детского возраста для ИВЛ в домашних условиях.

ГЛАВА 2.
ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Различия между паллиативной помощью взрослым и детям

Дети уникальны и они не являются «маленькими взрослыми». Несмотря на то, что ПП взрослым и детям имеет определенные сходства, между ними существуют значительные различия по следующим основным компонентам:

Фактор	Комментарии
Количество пациентов	Количество детей, нуждающихся в ПП значительно меньше, чем взрослых, детские случаи разбросаны по всей территории республики иногда на большом расстоянии друг от друга.
Структура заболеваний	Доля случаев злокачественных заболеваний у детей, нуждающихся в ПП, значительно меньше, чем у взрослых (лишь 10-20% по сравнению с 90% у взрослых). Дети страдают самыми разнообразными неонкологическими заболеваниями, часто довольно редкими с генетическим компонентом, специфичными только для детского возраста. В семье может быть несколько детей с одним генетическим заболеванием.
Неопределенность течения/ траектории заболевания	Продолжительность заболевания у детей может составлять от нескольких дней до нескольких лет, его траектория бывает волнообразной и трудно предсказуемой. Поэтому бывает сложно определить момент, когда ребенку требуется перевод под паллиативное наблюдение. Такая неопределенность является одним из основных барьеров для перевода под ПП.
Физическое и психомоторное развитие ребенка	Ребенок находится в постоянном развитии (физическом и психическом), что требует непрерывной модификации и адаптации подходов ПП к потребностям ребенка и семьи.

	Более того, специалистам ПП приходится иметь дело как с детьми, которые переносят тяжелое заболевание на фоне нормального психофизического развития, так и с детьми, у которых заболевание приводит к тяжелому нарушению физического и интеллектуального развития (при неонкологических заболеваниях). Внутри этих основных групп встречаются дети с разнообразными комбинациями стадий развития и последствий заболевания, которые надо учитывать клиницисту при планировании ПП и проведении лечения, и прогнозировать возможность перехода ребенка на следующий уровень развития. У подростков с ограничивающими жизнь заболеваниями половое развитие происходит позже. Физические изменения, связанные с лечением, перерывы в социальной жизни и обучении влияют на социализацию, образование и самооценку детей и подростков.
Фармакологические вопросы	Лекарственные препараты часто разрабатываются для взрослых и у детей используются off-label. Недостаточно подходящих форм применения и дозировок лекарственных препаратов для использования у детей, особенно маленьких и новорожденных. Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных средств у детей отличается от взрослых.
Психологические вопросы	Общение с детьми может быть сложнее, чем со взрослыми, и требует других подходов. Понимание детьми смерти и процесса умирания отличается от такового у взрослых и может меняется с возрастом.
Роль семьи	Роль семьи для ребенка гораздо важнее, чем для взрослого. Родители/опекуны активно участвуют в процессе принятия решений по поводу своих детей, а также осуществляют постоянных уход за ними.
Утрата ребенка	В развитых странах детская смертность низкая, поэтому сообщества и медики не всегда подготовлены к оказанию профессиональной помощи семье, потерявшей ребенка. Семья может быть изолирована от общества и тяжело переносить смерть ребенка.

Потребность в паллиативной помощи у детей разного возраста

В настоящее время перечень болезней по Международной классификации болезней (МКБ-10) насчитывает 574 диагноза, которые в детской ПП определены как ограничивающие жизнь заболевания. Среди них злокачественные новообразования составляют лишь 10-20%. Неонкологическая патология представлена болезнями нервной системы, метаболическими и нейродегенеративными заболеваниями, хромосомными и генетическими синдромами, ВИЧ/СПИД и др.

С учетом широко спектра заболеваний у детей, которые могут нуждаться в ПП, надо учитывать эпидемиологические данные, позволяющие прогнозировать потребность в ПП в определенном регионе. Одним из таких показателей является детская смертность. Считается, что две трети умерших детей в возрасте от 0 до 18 лет (включая детей до 1 года) потенциально нуждались бы в паллиативном уходе. От общего показателя смертности вычитают количество детей, умерших от внешних причин (транспортные несчастные случаи, утопления и т.д.). Кроме того, согласно расчетам Ассоциации Детских Хосписов Великобритании, в среднем на каждый случай смерти ребенка (за исключением неонатальных причин смерти), нуждавшегося в паллиативном уходе, приходится еще 10 человек, требующих ПП.

Согласно исследованиям приблизительно 50% всех случаев детской смертности приходится на детей до 1 года, а две трети случаев младенческой смертности относится к неонатальному периоду. Feudtner et al (2011) проанализировали детскую смертность в США в период с 1999 по 2006 годов. Были выделены три основных аспекта:

1) младенческая смертность в основном вызвана перинатальными причинами (недоношенность, врожденные пороки развития или хромосомные заболевания);

2) старшие дети чаще умирают от внешних причин (травмы) или

3) от комплексных хронических заболеваний, таких как врожденные пороки и хромосомные заболевания, онкологические заболевания, заболевания нервной системы, муковисцидоз и т.д.

Комплексное хроническое заболевание (КХЗ) характеризуется продолжительностью течения более 12 месяцев (если смерть не происходит раньше) и требует специализированной педиатрической помощи (госпитализации в специализированные центры третьего уровня).

В Республике Беларусь показатели детской смертности соответствуют международным тенденциям. Согласно данным за 2006 г. среди причин смерти у детей до 1 года состояния, возникающие в перинатальном периоде составили 43,8%, врожденные пороки 26,2%, внешние причины смерти 7,5%, болезни нервной системы 3,4%, новообразования 0,7%. В то же время у детей 1-14 лет на первом месте среди причин смерти стоят внешние причины 61,3%, затем идут новообразования 9,6%, врожденные пороки 9,5% и болезни нервной системы 8,7%.

У подростков структура смертности почти соответствует детям старшего возраста.

Таким образом, дети с перинатальной патологией и врожденными пороками развития составляют основную пропорцию паллиативных пациентов до 1 года, в то время как у детей старшего возраста паллиативного ухода требуют онкологические заболевания, болезни нервной системы, врожденные пороки и генетические заболевания.

Количество госпитализаций может прогнозировать вероятность смерти ребенка с КХЗ. Так 3 и более госпитализации за 1 год прогностически повышает риск смерти ребенка с КХЗ в 20 раз.

Важно вовремя определить, что ребенку требуется паллиативная помощь. Это позволит решить следующие вопросы:

1. Предупредить проведение ненужных манипуляций и лечения, которые могут только усилить страдания ребенка.

2. Дать возможность семье и пациенту принять информированное решение о целях лечения и ухода.

3. Дать возможность семье и пациенту спланировать действия на оставшийся период жизни.

4. Тяжело больной ребенок должен почувствовать, что его жизнь имела смысл, что близкие его любят и всегда будут помнить.

5. Семья и пациент могут подготовиться к неизбежной смерти.

Фазы оказания паллиативной помощи в разные возрастные периоды

Оказание ПП можно разделить на пять фаз, которые более или менее подходят всем детям старше 1 года, независимо от диагноза:

1 фаза – предшествует началу ПП и соответствует периоду, когда становится очевидным, что лечение больше не эффективно и состояние ребенка постепенно начинает ухудшаться. Тогда происходит первый контакт между лечащими врачами и представителями паллиативной медицины.

2 фаза – начало ПП, когда представители команды ПП начинают контактировать с ребенком и родителями, чтобы объяснить, что значит ПП и разработать индивидуальный план ухода.

3 фаза – поддерживающая фаза ПП, когда стараются обеспечить стабильное состояние ребенку и окружить его заботой близких.

4 фаза – помощь в конце жизни, когда ребенок начинает воспринимать только определенных людей, в эту стадию необходимо четко контролировать симптомы.

5 фаза – горевания, к которой необходимо готовить родителей заранее.

В неонатологии эти фазы протекают очень быстро. Рекомендуется своевременно планировать фазу горевания, чтобы лучше поддержать родителей.

Старших детей надо вовлекать в обсуждение всех фаз ПП. У детей с тяжелыми хроническими заболеваниями рано развивается понимание болезни, умирания и смерти. Старшие дети и подростки четко высказывают свои пожелания. Подростки часто хотят участвовать в планировании фазы помощи в конце

жизни. Младшие дети выражают свои потребности непрямым способом, например, всегда стараются присутствовать, когда врач обсуждает с родителями их заболевание, и отвлекаются, когда разговор не касается их состояния. Периоды восприятия понятий заболевание и смерть детьми разного возраста отражены в таблице 1 (периоды конгнитивного развития ребенка приведены по Жану Пиаже).

Таблица 1.

Периоды восприятия понятий «болезнь» и «смерть» детьми разного возраста (Himelstein et al, 2004).

Периоды	**Характеристика**	**Понятие болезни**	**Понятие смерти**	**Виды помощи**
Сенсо-моторный период 0-2 года	Есть сенсорная и моторная связь с окружающей средой. Признает себя объектом действий. Речь ограничена.	Нет	Нет	Максимальный физический комфорт. Простое физическое общение. Знакомые лица и вещи (игрушки). Последовательность.
Период дооперациональных представлений 2-6 лет	Развивается речь. Эгоцентристское мышление и сложность восприятия другой точки зрения. Учится представлять объекты в воображении и словах, участвует в символических играх.	Болезнь может восприниматься, как вызванная внешней причиной, которая совпала с началом заболевания. Ребенок не может объяснить, как болезнь возникла.	Верит, что смерть подобна сну (временна и обратима) и может быть вызвана мыслями.	Минимизация разлуки с родителями. Исправлять концепцию болезни, как наказания. Оценить наличие ощущения вины. Использовать точные формулировки (смерть, умирание)

Периоды	Характеристика	Понятие болезни	Понятие смерти	Виды помощи
Период конкретных операций 6-12 лет	Может думать логически о предметах и событиях. Может видеть различия между собой и другими, и между внешними и внутренними событиями.	Болезнь часто воспринимается, как действие, предмет или человек, которые могут вызвать травму. Позже в этом периоде ребенок начинает понимать, что болезнь начинается внутри, но может быть вызвана внешним фактором.	Может понимать краткость оставшегося времени, но не полностью осознают необратимость смерти.	Оценить чувство страха быть оставленным. Честность. Обеспечить точными деталями, если ребенок просит. Поддерживать желание контролировать ситуацию. Общение с друзьями. Позволять принимать участие в принятии решений.
Период формальных операций >12 лет	Может думать логически об абстрактных вещах и тестировать гипотезы. Начинает думать о будущем и нравственных проблемах. Восприятие тела и самоуважение на первом месте.	Начинает понимать разницу между физиологическими и психологическими симптомами. Может понимать как мысли и чувства влияют на организм и его функционирование.	Понимает необратимость смерти. Может фокусироваться на будущем и на ограниченном периоде жизни. Исследует духовное объяснение смерти.	Поддерживать самоуважение. Позволять выражать чувства. Обеспечить возможность уединения. Поддерживать независимость. Обеспечить контакт с друзьями. Честность. Позволять участвовать в принятии решений.

Оценка болевого синдрома у детей разного возраста

При оценке болевого синдрома у детей надо учитывать возраст и стадию психомоторного развития ребенка. Как и у взрослых, золотым стандартом оценки боли является самооценка ребенка, который способен это провести. Кроме того, старшие дети, как и взрослые, могут адаптироваться к хронической боли и не показывать явных признаков, что требует очень тщательной оценки боли со стороны для проведения адекватного обезболивания.

У новорожденных и детей до 1 года оценка боли должна проводиться людьми, которые осуществляют уход. Шкала CRIES (Crying, Requirement of oxygen, Increased blood pressure and/or heart rate, Expression on face, Sleeplessness) использует для оценки боли у детей до 1 года. Она включает 5 индикаторов: плач, потребность в кислороде, повышение давления и/или частоты сердечных сокращений, выражение лица и бессонницу. Каждый фактор оценивается баллами от 0 до 2 (максимум 10 баллов). Количество баллов 6 и выше является показанием для обезболивания.

Шкала PIPP (Premature Infant Pain Profile) используется у недоношенных детей и включает гестационный возраст, поведение ребенка, частоту сердечных сокращений, сатурацию кислорода и выражение лица.

У детей в возрасте от 1 до 3 лет боль оценивается при беседе с ребенком и ухаживающим лицом, можно использовать шкалу FLACC (Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability), которая учитывает выражение лица, движение ног, активность, плач, способность к утешению. Каждая из 5 категорий оценивается баллами от 0 до 2 (максимум 10 баллов). Эта шкалу можно использовать у невербальных детей от 1 года до 7 лет, она не требует, чтобы ребенок мог разговаривать.

У детей от 3 до 6 лет, которые могут говорить, используют шкалу Лица (FACES), по которой дети сами оценивают свою боль. Существуют разновидности этой Шкалы с градацией от 0 (нет боли) до 5 (максимальная боль) и от 0 до 10, поэтому надо указывать градацию, например, 3 из 5 баллов. Шкала

Oucher подобна шкале FACES, но использует фотографии детей из разных этнических групп, как мальчиков так и девочек.

У детей в возрасте 7 лет и старше можно использовать шкалы оценки боли, аналогичные взрослым, к которым относятся шкала цифровой оценки от 0 до 10, визуально-аналоговая шкала и вербальная описательная шкала.

Особенности детей, требующих паллиативной помощи на современном этапе:

• Улучшение медицинской помощи новорожденным детям и выхаживание глубоко недоношенных детей наряду со снижением младенческой смертности приводит к повышению количества детей младшего возраста, которые имеют сложные заболевания с вовлечением разных органов и систем, требующие комплексного медикаментозного лечения и использования медицинских технологий.

• Большинство детей с тяжелой хронической патологией, нуждающихся в ПП, имеют врожденные заболевания – врожденные дефекты метаболизма, пороки органов дыхания, центральной нервной системы и сердечно-сосудистой системы.

• При оказании паллиативной помощи необходимо учитывать значительную разницу в клинической анатомии и физиологии детей разного возраста, начиная с периода новорожденности до подросткового периода. Так, например, надо учитывать, что дети младшего возраста имеют меньшую массу легких, низкую эффективность дыхания, ослабленный кашлевой рефлекс, что приводит к повышенному риску окклюзии верхних дыхательных путей.

• Растет количество детей, состояние которых требует использования медицинских технологий, таких как инвазивная и неинвазивная искусственная вентиляция легких, наложение трахеостомы и гастростомы, мониторинг состояния дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

• Современное оборудование позволяет оказывать ПП таким детям на дому, в том числе проводить длительную ИВЛ

на дому, при соблюдении определенных условий таких, как обучение родителей принципам ухода, постоянная медицинская и техническая поддержка.

Основные условия для перевода детей, состояние которых требует использования медицинских технологий, под паллиативное наблюдение на дому:

1. Наличие условий со стороны семьи: помещение для ребенка, позволяющее установить необходимое оборудование; возможность у родителей/опекунов постоянно ухаживать за ребенком; желание родителей/опекунов обучаться принципам ухода и использованию оборудования для ухода. В идеале 2 человека из ухаживающих за ребенком должны пройти обучение.
2. Наличие обученных профессионалов, обеспечивающих паллиативную помощь на дому в течение 24 часов в сутки 7 дней в неделю.
3. Возможность обеспечивать ребенка и семью необходимым оборудованием и расходными материалами.
4. Один человек из команды паллиативной помощи должен осуществлять координацию всех действий, связанных с обеспечением ПП ребенку, состояние которого требует использования медицинских технологий.

Особенности планирования и оказания ПП детям в разные возрастные периоды

Стандарты паллиативной помощи детям с угрожающими или ограничивающими жизнь заболеваниями (Together for Short Lives, 2011):

1	Обсуждение важной информации	Каждой семье необходимо сообщать информацию о прогнозе ребенка конфиденциально при личном общении, честно, уважительно и доступно, на языке, понятном для членов семьи.
2	Планирование перевода домой	Каждая семья и ребенок, у которого диагноз был поставлен в стационаре, должны иметь согласованные план перевода под ПП на дому, составленный совместно с врачами стационара, сотрудниками ПП, социальными службами и родителями. Семью необходимо обеспечить оборудованием и материалами, необходимыми для ПП на дому.
3	Полная оценка нужд семьи	Если у ребенка диагностировано ограничивающее жизнь заболевание, необходимо как можно раньше оценить потребность семьи с привлечением медицинских и социальных служб. Такая оценка должна проводиться повторно с определенными интервалами.
4	План паллиативного ухода с привлечением мультидисциплинарной команды ПП	Каждая семья и ребенок должны иметь согласованный комплексный (межведомственный) план паллиативного ухода с учетом индивидуальных потребностей. Совместно с семьей должен быть выбран координатор ПП, который будет отвечать за координацию деятельности разных специалистов.
5	Помощь в конце жизни	Каждой семье надо помочь подготовить план действий в конце жизни их ребенка и поддержать ее на этом этапе.

Особенности стандартов паллиативной помощи новорожденным (Together for Short Lives, 2011):

1	Обсуждение важной информации	Каждой семье необходимо сообщать информацию о прогнозе ребенка конфиденциально при личном общении, честно, уважительно и доступно, на языке, понятном для членов семьи.
2	Планирование перевода домой	Каждая семья и новорожденный должны иметь согласованные план перевода под ПП на дому, составленный совместно с врачами стационара, сотрудниками ПП, социальными службами и родителями. Семью необходимо обеспечить оборудованием и материалами, необходимыми для ПП на дому.
3	Полная оценка нужд семьи	Если у ребенка диагностировано ограничивающее жизнь заболевание, необходимо как можно раньше оценить потребность семьи с привлечением медицинских и социальных служб. Такая оценка должна проводиться повторно с определенными интервалами.
4	План паллиативного ухода с привлечением мультидисциплинарной команды ПП	Каждая семья и новорожденный должны иметь согласованный межведомственный (комплексный) план паллиативного ухода с учетом индивидуальных потребностей. Должен быть выбран и согласован с семьей координатор ПП, который будет отвечать за координацию деятельности разных специалистов.
5	Помощь в конце жизни	Каждой семье надо помогать подготовить план действий в конце жизни их ребенка и поддержать ее на этом этапе.
6	Поддержка семьи в фазе горевания	Подготовка родителей к фазе горевания должна начинаться сразу после перевода новорожденного под паллиативное наблюдение и должна продолжаться в период смерти ребенка и после.

Особенности стандартов паллиативной помощи подросткам при планировании перевода под взрослое наблюдение (Together for Short Lives, 2011):

1	Обсуждение важной информации	В случае нового диагноза или при пересмотре предыдущего прогноза каждая семья должна получать полную информацию о прогнозе ребенка конфиденциально при личном общении, честно и уважительно. Информацию необходимо сообщать как семье, так и подростку доступно, на языке, понятном для всех членов семьи.
2	Подростковый период	У каждого подростка, получающего ПП, надо индивидуально определять время перевода под взрослое паллиативное наблюдение. Это зависит от уровня развития молодого человека. Перевод необходимо готовить заранее, он не должен быть неожиданностью для подростка и его/ее семьи.
3	Активное планирование	Каждый подросток с угрожающим или ограничивающим жизнь заболеванием имеет право активно участвовать в планировании своего будущего.
4	Текущее планирование	Каждый подросток должен иметь комплексный план, отражающий временные рамки перевода под взрослое наблюдение. Должен быть разработан скоординированный план ухода, основанный на потребностях молодого человека. Перевод должен координироваться представителями детской и взрослой ПП, чтобы помочь семье и подростку в этот период.
5	Наблюдение взрослыми специалистами	Каждый молодой человек должен получать необходимую комплексную помощь после перевода под наблюдение взрослой ПП.
6	Помощь в конце жизни	На этапе признания неизбежности смерти необходимо как можно раньше оценить, какая помощь необходима семье и молодому человеку, и подготовить план действий в конце жизни. В обсуждении должен принимать молодой человек и его/ее семья, а также представители мультидисциплинарной команды ПП.

ГЛАВА 3.
ОСОБЕННОСТИ УХОДА И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

3.1. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Анорексия/Кахексия

Причины: онкологическое заболевание; боль; терминальная стадия заболевания (онкологического и неонкологического); тревога; тошнота или рвота; дисфагия; мукозит инфекционный или после химио-/лучевой терапии; кандидоз полости рта или пищевода; побочные действие лекарств; депрессия; диспепсия; запор; лучевая терапия; извращенное восприятие запаха или вкуса; синдром анорексии/кахексии; катаболизм (гипертиреоидизм, диабет, пр.), неврологические нарушения; когнитивные нарушения.

Особенности паллиативного ухода.

Комплексный подход (психотерапия, питание, противовоспалительное лечение); высококалорийная пища маленькими порциями часто; частое питье маленькими глотками; при сухости слизистой рта – регулярное смачивание полости рта водой, сосание кусочков фруктов (цитрусовые противопоказаны при наличии язв во рту); стимулирование аппетита (любимая еда, высококалорийные богатые белком напитки); свободный режим приема пищи; посильная физическая активность/нагрузка; психологическая поддержка пациента и его семьи; при нарушении глотания – высококалорийные смеси для зондового питания через назогастральный зонд или гастростому.

Особенности паллиативного лечения.

При гастростазе и раннем насыщении – прокинетики: метоклопрамид через рот, внутримышечно или внутривенно (дозировка детям в возрасте от рождения до 12 лет по 0,1 мг/кг

2-3 раза в день; детям в возрасте старше 12 лет при весе до 60 кг – по 5 мг 3 раза в день; детям в возрасте старше 12 лет при весе свыше 60 кг – по 10 мг 3 раза в день.

При анорексии с прекахексией или кахексией – метилпреднизолон 5-15 мг в сутки или дексаметазон 2-4 мг в сутки курсами по 5-7 дней через рот.

Патология слизистой полости рта

Причины: кандидоз полости рта; сухость полости рта: дыхание через рот; кислородная поддержка; травматические или инфекционные афты; кровоточивость десен; кариес зубов; гиперплазия десен; прием лекарственных средств (морфин, антигистаминные, антихолинэргические), лучевая терапия.

Особенности паллиативного ухода.

Санация и увлажнение полости рта; использование мягкой зубной щетки для удаления налета с зубов, десен, языка и неба; регулярное полоскание полости рта слабо концентрированным раствором поваренной соли или пищевой соды (3-4 раза в день); сосание кусочков льда или питье негазированной воды маленькими глотками; удаление остатков пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде; протертая мягкая теплая неострая пища.

Особенности паллиативного лечения.

При болевом синдроме:

местные анестетики (лидокаин) или нестероидные противовоспалительные средства местно (растворить 2 таблетки аспирина в стакане воды, полоскать рот 2-4 раза в день);

системные аналгетики (ацетаминофен или нестероидные противовоспалительные средства, далее – НПВС) при слабой боли, наркотические аналгетики – при сильной боли (см. гл. 6).

При кандидозном стоматите, проявляющимся в виде классического белесого налета либо атрофического кандидиаза с малиновым языком, часто ассоциированного с эзофагитом:

– флюконазол 8-10 мг/кг в сутки внутрь 7-14 дней или до исчезновения симптомов;

– противогрибковые мази/гели/суспензии местно.

При афтозном стоматите:

– ацикловир 10 мг/кг 4 раза в сутки 5-10 дней;

– глюкокортикоиды местно (преднизолон – растолочь таблетку и присыпать одиночную язву несколькими крупинками, раствор дексаметазона – использовать для полоскания рта).

При неприятном запахе изо рта, обусловленном распадом опухоли в полости рта или гингивитом, метронидазол местно (гель с метронидазолом, полоскание рта раствором метронидазола для внутривенного введения или развести две таблетки по 250 мг в стакане воды).

Гастроэзофагиальный рефлюкс (далее – ГЭР)

Причины симптомов и состояний, опосредованных ГЭР:

желудочно-кишечные (отказ от пищи; срыгивание пищи (особенно во время/после приема пищи, а также когда ребенок находится в положении лежа на спине); дисфагия /затрудненное глотание; потеря веса/плохое прибавление в весе; кровавая рвота/мелена);

дыхательные (абсцесс легкого, аспирационная пневмония, рецидивирующая респираторная инфекция /бронхит, кашель, одышка (стридорозное дыхание), удушье/рвотные движения);

другие, связанные с приемом пищи (возбуждение – особенно когда ребенок лежит на спине); боль; выгибание туловища; синдром Сандифера (отведение головы и шеи в сторону во время/после приема пищи у новорожденных/детей младшего возраста).

Особенности паллиативного ухода.

Выравнивание положения тела, приподнятая верхняя половина туловища; дробное кормление; при кормлении через гастростому/назогастральный зонд – не перекармливать, непрерывное кормление; загустители пищи.

Особенности паллиативного лечения.

Антациды (альмагель, альмагель А).

H_2-блокаторы:

Шаг 1. Омепразол 0,7-1,4 мг/кг в сутки (максимум 2,8 мг/кг в сутки или 40 мг в сутки) перед завтраком (8-12 недель); для профилактики рецидива эрозийного эзофагита – курс 12 месяцев.

Шаг 2. Ранитидин детям в возрасте до 12 лет 1-3 мг/кг в сутки в 2-3 приема; детям в возрасте старше 12 лет по 150 мг 2 раза в сутки или 300 мг однократно на ночь, при тяжелом ГЭР увеличить дозу до достижения эффекта или максимальной суточной дозы 600 мг в 2-4 приема на 12 недель. При отмене обязательно постепенное снижение дозировки.

Прокинетики (при ГЭР и гастроинтестинальном стазе):

Шаг 1. Домперидон внутрь детям в возрасте до 1 месяца 0,1-0,3 мг/кг 4-6 раз в день до еды; детям в возрасте 1 месяц – 12 лет 0,2-0,4 мг/кг (максимально однократно 10-20 мг) 3-4 раза в день до еды; детям в возрасте старше 12 лет по 10 мг 3-4 раза в день до еды, максимальная доза по 20 мг 3-4 раза в день.

Шаг 2. Метоклопрамид внутрь детям в возрасте 0-12 лет по 0,1 мг/кг 2-3 раза в день; детям в возрасте старше 12 лет при весе до 60 кг – по 5 мг 3 раза в сутки; детям в возрасте старше 12 лет при весе свыше 60 кг – по 10 мг 3 раза в сутки.

При отсутствии эффекта на медикаментозное лечение фундопликация с/без пилоропластикой.

Диарея

Причины: особенности питания (избыток грубой пищи, клетчатки; избыточное кормление через назо-гастральный зонд; пищевые добавки); лекарственные средства (слабительные, антациды, содержащие магний, мизопростол; антибиотики, цитостатики); хирургические состояния (резекция желудка; тонкотолстокишечный анастомоз; желудочно-толстокишечный свищ; тонкотолстокишечный свищ; резекция подвздошной кишки или наложение обходного анастомоза); другие патологические состояния (кровотечение; рак; инфекция; псевдомембранозный колит; сопутствующее воспаление; лучевая терапия; стеаторея (жировая мальабсорбция); недостаточность поджелудочной железы; закупорка желчных путей, хирургическое выключение желчного пузыря; чрезмерное развитие микрофлоры; мальабсорбция желчных кислот).

Особенности паллиативного ухода.

Восстановление водно-электролитного баланса (обильное питье); оральные регидратирующие растворы (регидрон); защитные кремы/мази с цинком для профилактики/лечения мацерации при использовании памперсов; диета (исключить молочные продукты, жирную пищу, свежие фрукты и овощи, экстрактивные вещества (перец, соусы, приправы).

При наличии состояния после резекции желудка, ваготомии – частое дробное питание; при лучевой терапии/лучевом энтерите – прием легко усваиваемой пищи, сукральфата натрия.

Особенности паллиативного лечения.

При псевдомембранозном колите на фоне приема антибиотиков:

– ванкомицин по 40 мг/кг/сут в 3–4 приема 7–10 дней внутрь (максимальная суточная доза 2 гр); возможно разведение в 30 мл воды и для улучшения вкуса добавка сиропа/варенья; разведенный раствор можно вводить через зонд/гастростому;

– или метронидазол детям в возрасте старше 12 лет – первая разовая доза составляет 1 гр, затем по 250 мг 3 раза/сут во время или после еды; детям в возрасте 5-12 лет по 125 мг каждые 8 ч (2 суток); детям в возрасте 0-5 лет по 5мг/кг каждые 8 ч (2 суток).

При инфекциях:

сорбенты, кишечные антисептики; этиотропная антибактериальная терапия; нифуроксазид внутрь курсом на 6 дней в возрасте старше 6 лет по 200 мг – 4 раза в сутки каждые 6 ч; детям в возрасте 2–6 мес. по 2,5-5мл суспензии – 2 раза в сутки, детям в возрасте 6 мес-6 лет по 5 мл –3 раза в день каждые 8 ч.

При лучевой терапии/лучевом энтерите:

НПВС (ингибиторы простагландина для уменьшения желудочно-кишечной секреции): детям в возрасте от 2 до 3 лет – 100 мг/сут, детям в возрасте 4-6 лет – 200 мг/сут, детям в возрасте 7-9 лет – 300 мг/сут; другие НПВС за исключением мефенаминовой кислоты и индометацина.

Стеаторея:

– при механической желтухе (состояния после хирургического лечения, резекции подвздошной кишки, наложения об-

ходного анастомоза) – холистирамин по 20-40 мг/кг в сутки, диета с низким содержанием жира;

– при недостаточности поджелудочной железы – добавление ферментов (панкреатин или креон от нескольких дней при нарушении пищеварения или погрешности в диете до нескольких месяцев/лет при необходимости постоянной заместительной терапии), блокаторы гистаминовых H_2-рецепторов или ингибиторов протонной помпы (омепразол), диета;

– панкреатин внутрь, во время или после еды, проглатывая целиком, запивая большим количеством жидкости (вода, фруктовые соки) детям в возрасте до 1,5 лет – 50 тыс. ЕД в сутки, старше 1,5 лет – 100 тыс. ЕД в сутки или креон внутрь, принимать 1/3 – 1/2 разовой дозы до еды, остальную часть – во время еды; у детей в возрасте младше 4 лет – 1000 липазных ЕД/кг на каждый прием пищи, у детей в возрасте старше 4 лет – 500 липазных ЕД/кг во время приема пищи (максимально 10 000 ЕД/кг/сут).

«Гормональная» диарея:

при синдроме Элисона-Золингера – омепразол;

при карциноиде – ципрогептадин (детям в возрасте 6 мес.-2 года – 0,4 мг/кг/сут; детям в возрасте 2 года – 6 лет по 6 мг/сут; детям в возрасте 6-14 лет по 12 мг/сут) или октреатид подкожная продолженная инфузия 25 мкг/кг в сутки (отменять медленно).

Алгоритм использования опиоидов в паллиативном лечении диареи любой этиологии (для угнетения перистальтики):

Шаг 1. Лоперамид внутрь детям в возрасте 1 месяц – 1 год по 0,1 мг/кг 2 раза в день за 30 минут до еды, при необходимости – увеличить дозу (максимальная доза 2 мг/кг в сутки); детям в возрасте 1 год – 12 лет по 0,1 мг/кг 3-4 раза в день (максимальная однократная доза 2 мг), при необходимости увеличить дозу до 1,25 мг/кг (или 16 мг) в сутки; детям в возрасте 12-18 лет по 2 мг 2-4 раза в день, максимальная суточная доза 16 мг.

Шаг 2. Кодеин детям в возрасте до 1 месяца по 0,5-1 мг/кг каждые 4-6 часов; детям в возрасте 1 месяц – 12 лет по 0,5-1 мг/кг каждые 4-6 часов (максимальная суточная доза

240 мг); детям в возрасте старше 12 лет по 30-60 мг каждые 4-6 часов (максимальная суточная доза 240 мг).

Абсорбирующие вещества (препараты каолина, полифепан, активированный уголь) и гидрофильные средства (метилцеллюлоза).

Биопрепараты для восстановления нормальной микрофлоры кишечника (биофлор, диалакт, линекс, бактисубтил).

Запор

Причины: Прием лекарственных средств (наркотические анальгетики, антихолинергических средства, противосудорожные препараты, антидепрессанты, производные фенотиазина, галоперидол, антациды, противорвотные средства, противоопухолевые средства, диуретики, железо, барий, др.); неподвижность/малоподвижность при нейродегенеративных и генетических заболеваниях, тяжелых травмах с повреждением позвоночника, др.; неврологические нарушения в случае прогрессии нейродегенеративных заболеваний, опухолей мозга, заболеваний спинного мозга, инфильтрации корешков крестцового нервного сплетения; метаболических нарушений вследствие дегидратации; муковисцидоз; гиперкальциемия и гипокалиемия, уремия; снижение объема и кратности приема пищи; страх болезненного опорожнения кишечника; боль во время дефекации; колоректальные нарушения, ректальные трещины, боль во время дефекации, анальный спазм, непроходимость, опухоль в полости таза, лучевой фиброз, стриктуры; социальные причины.

Особенности паллиативного ухода.

Диета и режим питания; при нарушении жевания и глотания – протертая еда, зондовое питание или постановка гастростомы.

Особенности паллиативного лечения.

Алгоритм лечения запора.

Шаг 1. Анамнез, осмотр ребенка, пальпаторное абдоминальное исследование, при необходимости – ректальное исследование.

Шаг 2. Лактулоза, увеличивать дозу при необходимости.

Шаг 3. Если отсутствует улучшение – комбинация лактулозы с малыми дозами сенны.

Шаг 4. Если ребенок принимает наркотические аналгетики – вместо шагов 2 и 3 начать макрогол (полиэтилен гликоль) или натрия пикосульфат.

Шаг 5. Если на фоне запора беспокойство и нарушение сна – ректальное исследование и назначение лечения для быстрого опорожнения кишечника: разовое использование глицериновых суппозиториев (если стул твердый); суппозитории с бисакодилом (если стул мягкий или отсутствует) или высокая фосфатная клизма.

Шаг 6. Тяжелый запор, нет ответа на шаги 1-5 – макрогол (полиэтилен гликоль) (для детей старше 2-х лет).

Шаг 7. Ручное удаление каловых масс (использовать гель с местным анестетиком или проведение общей анестезии в организации здравоохранения по месту жительства).

Лекарственные средства.

Лактулоза (эффект развивается через 24-48 ч) детям в возрасте до 1 месяца по 2,5 мл 2 раза в день; детям в возрасте 1 год – 5 лет по 5 мл 1-3 раза в день; детям в возрасте 5-10 лет по 10 мл 1-3 раза в день; детям в возрасте 10-18 лет по 15 мл 1-3 раза в день (перед едой).

Препараты сенны детям внутрь в возрасте 1 месяц-2 года по 0,75 мг/кг один раз в день; детям в возрасте 2-6 лет по 3,75-7,5 мг один раз в день; детям в возрасте 6-12 лет по 7,5-15 мг на ночь; детям в возрасте 12-18 лет по 15-30 мг на ночь.

Бисакодил внутрь детям в возрасте 4-10 лет по 5 мг на ночь, детям в возрасте 10-18 лет по 5-10 мг на ночь (при необходимости можно увеличить до 20 мг максимально); ректально детям в возрасте 2-10 лет – по 5-10 мг утром, детям в возрасте 10-18 лет по 10 мг утром.

Макрогол (полиэтилен гликоль):

– при запоре или для профилактики закупорки каловыми камнями: детям в возрасте до 1 года – по ½ – 1 саше для детей один раз в день, детям в возрасте 1-5 лет – по 1 саше для детей один раз в день (при необходимости – увеличить дозу до 4-х саше максимум), детям в возрасте 6-12 лет – по 2 саше для детей в день (при

необходимости – увеличить дозу до 4-х саше максимум); детям в возрасте 12-18 лет – по 1-3 саше для взрослых один раз в день.

– при закупорке каловыми камнями: детям в возрасте до 1 года – по ½ – 1 саше для детей один раз в день, детям в возрасте 1-5 лет – 2 саше для детей один раз в день в 1-ый день, далее – увеличение дозы на 2 саше каждые 2 дня (8 саше в сутки максимум), детям в возрасте 6-12 лет – 4 саше для детей в 1-ый день, далее – увеличивать на 2 саше каждые 2 дня (12 саше в сутки максимум); детям в возрасте 12-18 лет – 8 саше для взрослых один раз в день максимум 3 дня.

Натрия пикосульфат.

Икота

Причины: растяжение желудка, ГЭР, биохимические нарушения (гипонатриемия, гипокальцемия, лечение бисфосфонатами, почечная недостаточность, пр.); инфекция ЦНС или вовлечение ствола головного мозга/интракраниальное повреждение.

Особенности паллиативного ухода.

Раздражение ротоглотки (глотание дробленого льда, прикладывание холода на заднюю часть шеи, питье с противоположного края стакана; ингаляция изотонического раствора (2 мл) в течение 5 минут; стимуляция ротоглотки при помощи назогастрального зонда; массаж синапса твердого и мягкого неба ватной палочкой; вытягивание языка); центральное подавление икоты в стволе головного мозга (повышение pCO_2: дыхание в бумажный пакет; задержка дыхания); уменьшение напряжения нижнего пищеводного сфинктера и отрыжки (настой мяты перечной).

Особенности паллиативного лечения.

При растяжении желудка: ветрогонные средства, содержащие симетикон внутрь – детям в возрасте старше 6 лет – по 40 мг 3-4 раза в сутки, можно с небольшим количеством жидкости, после каждого приема пищи и перед сном; новорожденным и детям в возрасте до 6 лет – по 40 мг 2-3 раза в сутки; при неэффективности симетикона добавить прокинетик (метоклопрамид).

При желудочно-кишечном рефлюксе: прокинетики (домперидон или метоклопрамид), или H_2-антагонисты.

При раздражении диафрагмального нерва: баклофен – стартовая доза детям в возрасте 1-10 лет – 0,3 мг/кг в сутки в 4 приема (максимальная однократная доза 2,5 мг), увеличивать постепенно до поддерживающей дозы 0,75-2 мг/кг в сутки в 4 приема (в среднем в возрасте 1-2 года – 10-20 мг в сутки; в возрасте 2-6 лет – 20-30 мг в сутки; в возрасте 6-10 лет – 30-60 мг в сутки; стартовая доза в возрасте 10-18 лет – по 5 мг 3 раза в день, увеличивать постепенно до поддерживающей 60 мг в сутки в 3 приема (максимальная суточная доза 100 мг).

При центральном механизме:

– метоклопрамид;

– или галоперидол внутрь у детей в возрасте старше 12 лет – по 1,5 мг 3 раза в сутки;

– или хлорпромазин внутрь у детей в возрасте 1-6 лет 0,5 мг/кг в 4-6 приемов (при неэффективности – увеличивать дозу, максимум 40 мг в сутки), у детей в возрасте 6-12 лет – по 10 мг 3 раза в день (при неэффективности – увеличивать дозу, максимум 75 мг в сутки), у детей возрасте 12-18 лет по 25 мг 3 раза в день или 75 мг однократно на ночь (при неэффективности – увеличивать дозу до 300 мг в сутки).

Тошнота/Рвота

Причины:

воздействие на периферический афферентный путь (раздражение или непроходимость ЖКТ (включая глотку и биллиарную систему); опухоль; хронический кашель; эзофагит; гастрит; пептическая язва; растяжение желудка; сдавление желудка; задержка опорожнения желудка; кишечная непроходимость; запоры; гепатит; непроходимость желчных путей; химиотерапия; лучевая терапия);

воздействие на хеморецепторную триггерную зону (биохимические нарушения (гиперкальциемия, гипонатриемия, печеночная

недостаточность, почечная недостаточность); сепсис; лекарственные препараты (химиотерапия, наркотическое аналгетики, дигоксин, антибиотики и др.);

воздействие на вестибулярный аппарат (злокачественная инфильтрация, лекарственные средства (аспирин, препараты платины);

воздействие на кортикальные центры (психологические факторы, зрелища, запахи, вкусы, условно-рефлекторная рвота, повышение внутричерепного давления).

Особенности паллиативного ухода.

Устранение посторонних неприятных запахов (убирать остатки еды; не использовать духи с сильным запахом); частое кормление малыми порциями.

Особенности паллиативного лечения.

При необходимости назначения двух противорвотных препаратов – оценить их сочетаемость.

Для воздействия на симпатическую нервную систему:

– Домперидон внутрь детям в возрасте от 1 месяца до 35 кг по 250 мкг/кг 3-4 раза в день, при неэффективности увеличивать дозу до 500 мкг/кг 3-4 раза в день (максимум 2,4 мг/кг в сутки); детям при весе более 35 кг по 10 мг 3-4 раза в день, при неэффективности увеличивать до 20 мг 3-4 раза в день (максимум 80 мг в сутки); ректально детям при весе 15-35 кг по 30 мг 2 раза в сутки, детям при весе более 35 кг по 60 мг 2 раза в сутки. Не назначается с циклизином.

– Метоклопромид внутрь, внутримышечно или внутривенно медленно или титровать, максимальная суточная доза 500 мкг/кг; доза детям в возрасте до 1 месяца по 100 мкг/кг 3-4 раза в сутки (только через рот или внутривенно); детям в возрасте 1 месяц-1 год (вес до 10 кг) по 100 мкг/кг (максимум 1 мг разовая доза) 2 раза в сутки; детям в возрасте 1-3 года (вес 10-14 кг) по 1 мг 2-3 раза в сутки; детям в возрасте 3-5 лет (вес 15-19 кг) по 2 мг 2-3 раза в сутки; детям в возрасте 5-9 лет (вес 20-29 кг) по 2,5 мг 3 раза в день; детям в возрасте 9-15 лет (вес 30-60 кг) по 5 мг 3 раза в день; детям 15-18 лет (вес больше 60 кг) по 10 мг 3 раза в день.

Для воздействия на продолговатый мозг:

Циклизин внутрь или внутривенно за 3-5 мин, детям в возрасте 1 мес-6 лет по 0,5-1 мг/кг 2-3 раза в сутки (максимальная разовая доза 25 мг); детям в возрасте 6-12 лет по 25 мг 2-3 раза в день; детям в возрасте 12-18 лет по 50 мг 2-3 раза в день; ректально детям в возрасте 2-6 лет по 12,5 мг 2-3 раза в день; детям в возрасте 6-12 лет 25 мг 2-3 раза в день; детям в возрасте 12-18 лет по 50 мг 2-3 раза в день; подкожная или внутривенная продолжительная инфузия (титрование) детям в возрасте 1 мес-5 лет 3 мг/кг в сутки (максимум 50 мг в сутки); детям в возрасте 6-12 лет по 75 мг в сутки; детям в возрасте старше 12 лет по 150 мг в сутки. Не назначается с домперидоном.

Для воздействия на хеморецепторную триггерную зону, продолговатый мозг, блуждающий нерв:

– Ондансетрон внутрь детям в возрасте 1-12 лет по 4 мг 2-3 раза в день; детям в возрасте 12-18 лет по 8 мг 2-3 раза в день; внутривенное титрование (более 20 мин) или внутривенно струйно (более 5 минут) детям в возрасте 1-12 лет по 5 мг/м^2 (максимальная разовая доза 8 мг) 2-3 раза в день; детям в возрасте 12-18 лет по 8 мг 2-3 раза в день; рекомендуется назначать вместе со слабительными (способствует возникновению запоров). В среднем при тошноте/рвоте доза детям в возрасте 1-18 лет составляет 0,1-0,15 мг/кг 2-3 раза в сутки.

– Дексаметазон внутрь или внутривенно короткими курсами, детям в возрасте менее 1 года по 250 мкг 3 раза в день, при неэффективности – увеличивать до 1 мг 3 раза в день; детям в возрасте 1-5 лет начальная доза по 1 мг 3 раза в день, можно увеличивать до 2 мг 3 раза в день; детям в возрасте 6-12 лет начальная доза по 2 мг 3 раза в день, можно увеличивать до 4 мг 3 раза в день; детям в возрасте старше 12 лет по 4 мг 3 раза в день.

Для воздействия на хеморецепторную триггерную зону:

Галоперидол внутрь детям в возрасте 12-18 лет по 1,5 мг на ночь, увеличивая при необходимости до 1,5 мг 2 раза в сутки (максимально по 5 мг 2 раза в сутки); продолженная подкожная или внутривенная инфузия детям в возрасте 1 месяц-12 лет –

стартовая доза 25 мкг/кг в сутки (максимальная стартовая доза 1,5 мг в сутки), дозу можно увеличивать до максимальной 85 мкг/кг в сутки; детям в возрасте 12-18 лет – стартовая доза 1,5 мг в сутки, возможно увеличение 5мг в сутки.

Для воздействия на всех уровнях:

Левомепромазин внутрь детям в возрасте 2-12 лет – стартовая доза по 0,1 мг/кг 1-2 раза в день, увеличивать при необходимости до 1 мг/кг (максимум 25 мг 1-2 раза в сутки); детям в возрасте 12-18 лет – стартовая доза 6,25 1-2 раза в день, можно увеличивать до максимум 25 мг 1-2 раза в сутки; подкожное или в/венное титрование детям в возрасте 1 мес-12 лет – стартовая доза 0,1 мг/кг в сутки, увеличивая при необходимости до 0,4 мг/кг в сутки (максимум 25 мг в сутки); детям в возрасте 12-18 лет – стартовая доза 5 мг в сутки, увеличивая при необходимости до 25 мг в сутки.

3.2. ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У «ПАЛЛИАТИВНЫХ» БОЛЬНЫХ

Поступление энергии равняется энергетическим потребностям, если не требуется снижения или увеличения массы тела больного.

Основная энергетическая потребность у детей зависит от возраста: 0-6 мес – 115 ккал/кг/сут, 7-12 мес – 105 ккал/кг/сут; 1-3 года – 100 ккал/кг/сут; 4-10 лет – 85 ккал/кг/сут; 11-14 лет – 60 ккал/кг сут (м) и 48-50 ккал/кг/сут (д), 15-18 лет – 42 ккал/кг/сут (м) и 38 ккал/кг/сут (д).

«Нормальная» потребность в белках 0,6-1,5 г/кг/сут; потребность в жирах 2-4 г/кг/сут (35-50% от общего калоража), потребность в углеводах составляют 2-7 г/кг/сут (40-60% (от общего калоража).

Расчет диеты детям, переведенным под паллиативное наблюдение, проводит врач. Поправочные коэффициенты для расчета энергетических потребностей во время болезни в зависимости от имеющейся патологии:

при активном состоянии: затраты на обменные процессы в покое – 0,1; постельный режим или голодание – 0,2; ходячие больные – 0,3; грудного возраста – 0,5; процессы ассимиляции – 0,5; увеличение массы тела – 0,4-0,7; умеренное голодание – 0,05-0,15; ИВЛ (поддержание обмена – 0,2; обеспечение ассимиляции – 0,4); повышение температуры на каждый градус выше 37 °С – 0,1;

при заболевании/травме: стресс средней тяжести – 0,5; тяжелый стресс – 1,0; хирургическое вмешательство (необширное – 0,1; обширное – 0,2); травма опорно-двигательного аппарата – 0,35; инфекции (легкое течение – 0,2; среднее – 0,4; тяжелое – 0,6); переломы тяжелые – 0,2; закрытая ЧМТ – 0,6; перитонит – 0,1; ожоги (40% поверхности тела – 0,5; 100% поверхности 0,9-1,3).

Факторы риска по развитию нарушения питания:

неспособность принимать пищу в течение 4-7 дней и более; уменьшение массы тела на 5% за последний месяц или более 10% за последние полгода; анамнестические данные о недостаточном получении белка и калорий в течение длительного времени; тяжелое хроническое заболевание; псевдобульбарные и бульбарные расстройства; уменьшение мышечной массы, отеки, дряблость кожи.

При невозможности обычного приема жидкой и/или твердой пищи использовать питье и/или питание через зонд или гастростому (зондовое питание); у неонкологических «паллиативных» пациентов при необходимости зондового питания более 4-8 недель – постановка гастростомы (чрезкожной эндоскопичейской, баллонной и др.).

Преимущества зондового питания при использовании у «паллиативных» больных: положительные физиологические эффекты; безопасность; удобство; низкая стоимость по сравнению с парентеральным.

Противопоказания к зондовому питанию: непроходимость кишечника; ранний послеоперационный период после оперативных вмешательств на пищеводе, желудке, кишечнике (только ниже зоны оперативного вмешательства, при условии отсутствия «застойного» содержимого в желудке); «неработа-

ющий кишечник»; ЖКТ кровотечение; «высокие» кишечные свищи; необходимость функциональной разгрузки кишечника (энтериты); шок; неукротимая рвота и срыгивание (опасность аспирации) – введение только в тонкий кишечник.

Положение больного, находящегося на зондовом питании – приподнятая верхняя половина туловища.

Выбор смеси для зондового питания.

При обычных потребностях и нормальной функции ЖКТ – полимерная диета и сбалансированная питательная смесь; при недостаточности переваривающей функции или недостаточности абсорбции – мономерная диета; при обусловленном патологическими состояниями ограничении по объему, жидкости и/или по электролитам – повышение калорической плотности диеты; при нарушении аминокислотной потребности – специальные мономерные смеси или диета с незаменимыми аминокислотами; при невозможности усваивать «нормальный» объем пищи – дополнительное гиперкалорическое питание (1,5 ккал/мл) с более высоким содержанием белка и калорий; при склонность к запорам – смесь с добавлением пищевых волокон; при лактазной недостаточности – с низким содержанием лактозы.

При отсутствии противопоказаний, для повышения калорийности пищи/смеси – жировые эмульсии до 10 мл/кг 20% эмульсии, для понижения калорийности – дистиллированная вода; использование жиров с триглицеридами со средне- и короткоцепочечными жирными кислотами.

Жидкость и электролиты поддержания физиологических потребностей – количество воды и электролитов, необходимое для достижения «нулевого» водного и электролитного баланса. Суточные потребности в жидкости: при массе тела <2 кг – 150 мл/кг/сут; 2-10 кг – 100 мл/кг/сут; 11-20 кг – 1000 мл + 50 мл на каждый кг свыше 10 кг; 20-80 кг – 1500 мл + 50 мл на каждый кг свыше 20 кг.

Состояния, изменяющие минимальную потребность в воде: лихорадка (потребность возрастает на 12% на каж-

дый градус увеличения температуры тела); повышенный метаболизм (увеличение на 25-75%); гипотермия (снижение на 12% на каждый градус уменьшения температуры тела); пониженный метаболизм (снижение на 10-25%); гипервентиляция (перспирационные потери воды увеличиваются до 50-60 мл/100 ккал); усиленное потоотделение (увеличение на 10-25 мл/100 ккал).

3.3. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Диспноэ

Причины:

анемия; тревога, страх или клаустрофобия; асцит; опухоль головного мозга; врожденный порок сердца; кистозный фиброз (муковисцидоз); печеночная или почечная недостаточность; инфекция; метаболические нарушения; механическое препятствие; боль; плевральный выпот, левожелудочковая недостаточность или пневмоторакс; повышенное внутричерепное давление; нарушение функции дыхательной мускулатуры, например, нейродегенеративные заболевания; другие опухоли, например, лимфома.

Особенности паллиативного ухода.

Снятие тревоги, работа с семьей, психологическая поддержка и/или консультация психолога; обучение релаксации, контролю над дыханием, трудотерапия, отвлечение, физиотерапия при необходимости; альтернативные методы релаксации (массаж, терапевтические прикосновения, визуализация и музыкальная терапия), акупунктура и акупрессура.

Увеличение потока свежего воздуха, использование концентратора кислорода или вентилятора; снижение содержания в воздухе раздражающих веществ путем охлаждения и увлажнения; кислород интраназально через носовые

трубки или маску (скорость подачи кислорода высокая; подбор адекватной скорости кислорода на дому с использованием пульсоксиметра, наблюдение за ребенком); санация верхних дыхательных путей от мокроты (физиотерапия, постуральный дренаж, использование аппарата «кашлятор», аспирация слизи/мокроты), при густой секреции – муколитики.

Особенности паллиативного лечения.

Опиаты (для лечения диспноэ любой этиологии в терминальной стадии болезни; дозы индивидуальны, титрование продолжается до ощущения комфорта или клинически выраженного облегчения):

Шаг 1. Кодеин внутрь детям в возрасте 6-12 лет – по 2,5 мг 3-4 раза в день; детям в возрасте 12-18 лет – по 5-10 мг 3-4 раза в день.

Шаг 2. Морфин

– внутрь или ректально детям в возрасте 1-3 месяца – по 20-25 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 3-6 месяцев – по 30-50 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 6 месяцев-12 лет – по 60-100 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 12-18 лет – по 2,5-5 мг каждые 4 часа;

– подкожно болюсно или внутривенно струйно (в течение минимум 5 минут) детям в возрасте до 1 месяца – по 8-12,5 мкг/кг каждые 6 часов, детям в возрасте 1-6 месяцев – по 30-50 мкг/кг каждые 6 часов, детям в возрасте 6 месяцев-12 лет – по 30-50 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 12-18 лет – по 1-2,5 мг каждые 4 часа;

– продолжительная подкожная или внутривенная инфузия со скоростью детям в возрасте до 1 месяца – по 1,7-2,5 мкг/кг в час, детям в возрасте 1-6 месяцев – по 3-5 мкг/кг в час, детям в возрасте 6 месяцев – 18 лет – по 7-10 мкг/кг в час (максимум 10 мг за 24 часа).

Кортикостероиды (показаны при наличии бронхиальной обструкции, обструкции верхней полой вены, лимфангитическом канцероматозе, фиброзе легких):

Дексаметазон внутрь или внутривенно (минимум за 3-5 минут) детям в возрасте 1 месяц-18 лет – по 100 мкг/кг 2 раза в день (3-5 дней с полной отменой); при необходимости пролонгированного курса (более 2-х недель) стартовая доза по 0,1 мг/кг 2 раза в день с редукцией дозы на 25% каждые 4 дня до минимальной контролирующей симптомы.

Бензодиазепины (при сильном возбуждении или панике):

Мидазолам внутривенно или подкожно детям в возрасте 1 месяц-18 лет – 100 мкг/кг, трансбуккально детям в возрасте 1 месяца-18 лет – 200-500 мкг/кг (максимум 10мг), горький на вкус, можно смешивать с соком или шоколадной подливкой; интраназально детям в возрасте 1 месяца-18 лет – 200-500 мкг/кг; внутривенное или подкожное титрование детям в возрасте 1 месяца-18 лет – 50-300 мкг/кг в час; инъекционный раствор может использоваться трансбуккально, интраназально, через рот и прямую кишку.

Лоразепам под язык или внутрь детям всех возрастов – по 25-50 мкг/кг до 3-х раз в день (самый оптимальный препарат для лечения панической атаки); инъекционный раствор может использоваться сублингвально.

Бронходилятаторы:

– Ипратропия бромид (более эффективен в возрасте до 1 года) раствор для небулайзера детям в возрасте младше 1 года – по 125 мкг 3-4 раза в сутки, детям в возрасте 1-5 лет – по 250 мкг 3-4 раза в сутки, в возрасте 5-12 лет по 500 мкг 3-4 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет – по 500 мкг 3-4 раза в сутки; аэрозольная ингаляция детям в возрасте 1 месяц-6 лет – по 20 мкг 3 раза в сутки, детям в возрасте 6-12 лет – по 20-40 мкг 3 раза в сутки, детям в возрасте 12-18 лет – по 20-40 мкг 3-4 раза в сутки.

– Салбутамол раствор для небулайзера детям в возрасте 0-1 месяц – по 1,25-2,5 мг до 4-х раз в сутки, детям в возрасте 1 месяц-18 лет – по 2,5-5 мг до 4-х раз в сутки; аэрозольная ингаляция детям в возрасте 1 месяц-18 лет – по 100-200 мкг до 4-х раз в сутки.

Кашель

Причины: муковисцидоз; сердечная недостаточность; метастазы в легкие; инфекция; нейродегенеративные болезни; гастро-эзофагальный рефлюкс; судорожная активность.

Особенности паллиативного ухода.

Физиотерапия с аспирацией мокроты или без, увлажненный или обогащенный кислородом воздух, при сочетании кашля с бронхоспазмом – ингаляции солевым раствором; при стрессовом состоянии на фоне лечения у ребенка, не привыкшего к маскам и ингаляторам, – психологическая поддержка, сочетание с базовой терапией (диуретики – при сердечной недостаточности, антибиотики – при инфекции, муколитики – при обильной вязкой мокроте, противосудорожные препараты – при кашле, вызванном субклинической судорожной активностью при эпилепсии, гиосцин – для снижения чрезмерной секреции бронхиального дерева при нейродегенеративных заболеваниях).

Особенности паллиативного лечения.

Алгоритм подавления кашля при паллиативном лечении:

Шаг 1. Простая микстура от кашля, бронходилататоры (см. п. 4.1).

Шаг 2. Опиаты для подавления кашля:

Кодеин внутрь детям в возрасте 6-12 лет – по 2-4 мг 3-4 раза в день, детям в возрасте 12-18 лет – по 5-10 мг 3-4 раза в день.

Морфин внутрь детям в возрасте до 1 года – по 12,5 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 1-12 лет – по 30-60мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 12-18 лет – по 5-15 мг каждые 4 часа.

Шаг 3. К шагу 2 добавить местный анестетик бупивакаин через небулайзер по 2,5-5 мл 0,25% раствора каждые 6-8 часов (голод за 1 час до и после ингаляции, первая ингаляция – только в стационаре).

Шумное дыхание

Причины:

чрезмерная секреция бронхиального дерева при неонкологической и онкологической патологии (осложнение основного

заболевания, побочный эффект бензодиазепинов, др.); предсмертные хрипы.

Особенности паллиативного ухода.

Оптимальная поза и поворот головы для уменьшения шумного дыхания; аспирация слизи из ротовой полости и носа, у толерантных к более глубокой санации пациентов – из рото- и носоглотки; физиотерапия (если возможно); при шумном дыхании, связанном с умиранием пациента, – психологическая поддержка семьи, разъяснение и утешение.

Особенности паллиативного лечения.

Гиосцина гидробромид (для седации и уменьшения секреции у детей с неонкологической и онкологической патологией) внутрь через рот или под язык детям в возрасте 2-12 лет – по 10 мкг/кг (разовая доза максимум 300 мкг) 4 раза в сутки, детям в возрасте 12-18 лет – по 300 мкг 4 раза в сутки; подкожно или внутривенно детям в возрасте 1месяц-18 лет – по 10 мкг/кг (разовая доза максимум 600 мкг) каждые 4-8 часов; подкожно продленная инфузия детям в возрасте 0-18 лет – 40-60 мкг/кг в сутки (максимум 2400 мкг в сутки); пластырь детям в возрасте 0 месяцев-3 года – по ¼ пластыря на 72 часа, детям в возрасте 3-10 лет – по ½ пластыря на 72 часа, детям в возрасте 10-18 лет – 1 пластырь на 72 часа.

Атропин (глазные капли или раствор для инъекций): под язык детям в возрасте 0-18 лет – по 500 мкг 4-6 раз в сутки.

Гликопирроний бромид (для уменьшения гиперсаливации у детей с хроническими неонкологическими заболеваниями):

– внутрь детям в возрасте 1 мес-18 лет – по 40 мкг/кг 3-4 раза в день (максимальная доза по 100 мкг/кг 3-4 раза в сутки или 2 мг 3 раза в сутки);

– подкожно детям в возрасте 1 мес-12 лет – по 4 мкг/кг 3-4 раза в день (максимальная доза по 10 мкг/кг 3-4 раза в сутки или по 200 мкг 4 раза в сутки), детям в возрасте 12-18 лет – по 200 мкг 6 раз в сутки; подкожно продолженная инфузия детям в возрасте 1 мес-12 лет – 10 мкг/кг в сутки (максимальная суточ-

ная доза 40 мкг/кг в сутки или 1,2 мг в сутки), детям в возрасте 12-18 лет – 0,6-1,2 мг в сутки (максимальная суточная доза 2,4 мг в сутки).

Мидазолам подкожно или диазепам ректально, морфин – при «предсмертном хрипе».

3.4. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРОЛЕЖНЯХ, РАСПАДАЮЩИХСЯ НАРУЖНЫХ ОПУХОЛЯХ И КОЖНОМ ЗУДЕ

Пролежни и распадающиеся наружные опухоли

Причины:

малоподвижность, катаболическая направленность обмена веществ, уязвимость кожи к мацерации и ранениям.

Особенности паллиативного ухода.

Профилактика пролежней: специальные матрасы, оборудование и приспособления (подъемники или специальные ремни) для перемещения лежачего больного; профилактика травмирования кожи (осторожно снимать одежду, пр.); устранение предрасполагающих факторов (уменьшение или отмена стероидов, оптимизация питания); профилактика болевого синдрома при перевязках; косметически приемлемые для ребенка повязки; документирование времени накладывания и снятия повязки.

При распадающихся зловонных злокачественных опухолях – местно для устранения запаха повязка с активированным углем, кало- и мочеприемники, метронидазол местно, мёд и сахар местно; для помещения – освежители воздуха для дома, ароматические масла.

Особенности паллиативного лечения.

Боль при смене повязки/пластыря – быстродействующие аналгетики (ненаркотические или наркотические), местные анестетики; боль присутствует все время – регулярный прием аналгетиков.

Алгоритм:

Шаг 1. Профилактика пролежней или потертостей.

Шаг 2. При покраснении/мацерации – мази с цинком или пленочные пластыри.

Шаг 3. При изъязвлении кожи – гидроколлоидные пластыри.

Шаг 4. При инфицировании – гидрогели /пасты, убрать пораженные или отмирающие ткани; при целлюлите или гнойной инфекции – пероральные антибиотики.

Шаг 5. При больших изъязвленных полостях – альгинаты или пенные для заполнения.

Шаг 6. При зловонных распадающихся злокачественных опухолях – воздействовать на размер и внешний вид опухоли (иссечение краев, удаление путем хирургического вмешательства; радиотерапия; химиотерапия); альгинаты либо пенные повязки с активированным углем; полностью окклюзионные повязки или почти полностью окклюзионные повязки, метронидазол местно и внутрь или внутривенно, другие системные антибиотики.

Шаг 7. Кровоточащая рана – повязка с альгинатом кальция; р-р эпинефрина 1:1000 местно; радиотерапия; использовать неадгезирующие и смоченные в физиологическом растворе повязки.

Кожный зуд

Причины:

холестаз, уремия, злокачественные новообразования (локализованный зуд – при меланоматозе, грибовидный микозе, карциноме, метастатической инфильтрации кожи, пр.; генерализованный зуд – при хроническом лимфолейкозе, лимфомах, грибовидном микозе, множественной миеломе, паранеопластическом синдроме др.); сухость кожи и ее атрофия, дефицит железа; ятрогенный зуд (наркотические аналгетики, ацетилсалициловая кислота, амфетамин, эритромицин, гормональные препараты, фенотиазины).

Особенности паллиативного ухода.

Устранение провоцирующих факторов (острая пища, жара, обезвоживание, тревога, скука); легкая одежда; вентиляторы для обеспечения пассажа воздуха; теплая ванна или душ с маслосодержащими эмульсиями или увлажняющими кремами вместо мыла; увлажнение кожи смягчающими кремами; коротко остриженные ногти, хлопчатобумажные перчатки, обучение пациента (аккуратно потирать кожу, а не чесать); седативные процедуры и препараты; терапия поведения и гипнотерапия; чрезкожная электрическая стимуляция нервов; акупунктура.

Особенности паллиативного лечения.

Местные средства:

– оксид цинка, глицерин и салицилаты; крема и мази с кортикостероидами (локально, короткий курс); местные анестетики;

– вещества раздражающего действия (0,25-2% р-р ментола или 1-3% р-р камфоры) с одновременным использованием увлажняющих кремов.

Системная терапия:

– при генерализованном зуде – антагонисты H_1 рецепторов;

– при бессоннице, связанной с зудом – седативные препараты, бензодиазепины;

– при онкологических заболеваниях – циметидин (антогонист H_2 рецепторов), пароксетин;

– при опиоид-индуцированном зуде: смена наркотического аналгетика; одансетрон;

– при холестазе – облегчение биллиарной обструкции (хирургически, химиотерапия, высокие дозы дексаметазона), 5 НТ3 антагонисты в традиционных антиэмических дозах; пароксетин; холистирамин;

– при почечной недостаточности – крем капсаицин, все вышеперечисленное.

3.5. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

Принципы обезболивания у детей с неонкологической патологией или злокачественными новообразованиями

Принципы обезболивания – лечить причину, лежащую в основе (по-возможности); определить тип боли (ноцицептивная, нейропатическая); использовать фармакологические и нефармакологические методы обезболивания; принимать во внимание психосоциальный стресс у ребенка; регулярно оценивать в динамике статус боли и ответ на лечение.

Нефармакологические методы обезболивания:

отвлекающие методы (тепло, холод, прикосновение/массаж, чрезкожная электрическая стимуляция нервов, иглоукалывание, вибрация, ароматерапия);

психологические методы (отвлечение внимания, психотехника наложения образа, релаксация, когнитивно-поведенческая терапия, музыкальная терапия, гипноз).

Фармакологические методы.

Аналгетики ненаркотические и наркотические:

принципы использования: «через рот» – по-возможности, перорально; «по-часам» – регулярно по графику до того, как заболит (с учетом периода действия препарата); «индивидуальный подход к ребенку» – обезболивание с учетом особенностей конкретного ребенка; «по восходящей» – от ненаркотических до наркотических аналгетиков, далее – повышение дозы опиата до достижения обезболивания.

Аналгетики адъювантные в возрастных дозировках (дополнительно к ненаркотическим и наркотическим аналгетикам):

кортикостероиды (дексаметазон, преднизолон) при сдавлении нервных корешков и спинного мозга; антидепрессанты (амитриптилин) при боли, связанной с повреждением нервов; антиэпилептические препараты (габапентин, карбамазепин) при различных видах нейропатической боли; спазмолитики (гиосцин) при висцеральной боли, связанной с растяжением

или коликами; мышечные релаксанты (диазепам, клонидин, баклофен) при дистонии/мышечных спазмах.

Другие виды лечения (дополнительно, по показаниям, при отсутствии хорошего ответа на аналгетики) – радиотерапия; химиотерапия; хирургическое лечение; психотерапия; физиотерапия; трудотерапия; блокада нерва; аппликация анестетика местно.

Алгоритм обезболивания в паллиативной помощи у детей с онкологической и неонкологической патологией и дозы

Шаг 1. Ненаркотические аналгетики (парацетамол или ибупрофен или кеторолак) +/- Адъювантные аналгетики.

Шаг 2. Слабые наркотические аналгетики (кодеин или трамадол) + Ненаркотические аналгетики (парацетамол или ибупрофен или кеторолак) +/- Адъювантные аналгетики.

Шаг 3. Сильные наркотические аналгетики (морфин или гидроморфон или фентанил или метадон) + Ненаркотические аналгетики (парацетамол или ибупрофен или кеторолак) +/- Адъювантные аналгетики.

Ненаркотические аналгетики.

Парацетомол (ацетаминофен) внутрь доза насыщения 20 мг/кг однократно, затем поддерживающая доза по 10-15 мг/кг каждые 4-6 часов; ректально доза насыщения 30 мг/кг однократно, затем поддерживающая доза по 20 мг/кг каждые 4-6 часов; при печеночной и почечной недостаточности необходимо снижение дозы и увеличение интервала до 8 часов. У детей в возрасте от 1 до 29 дней – по 5-10 мг/кг каждые 6-8 часов; максимум 4 дозы в сутки; детям в возрасте от 30 дней до 3 месяцев – по 10 мг/кг каждые 4-6 часов, максимум 4 дозы в сутки; детям в возрасте 3-12 месяцев и 1-12 лет – по 10-15 мг/кг каждые 4-6 часов, максимум 4 дозы в сутки, не более 1 грамма за один прием.

Ибупрофен внутрь по 5-10 мг/кг каждые 6-8 часов; максимальная суточная доза 40 мг/кг, при ювенильном ревматоидном артрите суточная доза 60 мг/кг за 4-6 приемов (во время еды).

Слабые наркотические аналгетики.

Кодеин внутрь и ректально детям в возрасте до 1 месяца – по 0,5-1 мг/кг каждые 4-6 часов, детям в возрасте 1 месяц-12 лет – по 0,5-1 мг каждые 4-6 часов (максимальная суточная доза 240 мг), детям в возрасте 12-18 лет – по 30-60 мг каждые 4-6 часов (максимальная суточная доза 240 мг).

Трамадол внутрь детям в возрасте 5-12 лет – по 1-2 мг/кг каждые 4-6 часов (максимальная стартовая доза по 50 мг 4 раза в сутки), увеличивать при необходимости до максимальной дозы по 3 мг/кг (или 100 мг) каждые 4 часа; детям в возрасте 12-18 лет – стартовая доза по 50 мг каждые 4-6 часов, увеличивать при необходимости до 400 мг в сутки.

Сильные наркотические аналгетики.

Морфин

– начальные средние терапевтические дозы внутрь составляют детям в возрасте 1-12 месяцев – 0,08-0,2 мг/кг каждые 4 часа; детям в возрасте старше 12 месяцев – 0,2-0,4 мг/кг через рот каждые 4 часа (может быть назначен каждые 6-8 часов у новорожденных или при почечной/ печеночной недостаточности);

– при переводе с перорального пути на другие – пользоваться правилами эквианалгетических доз (доза морфина для подкожного введения в 2 раза меньше дозы через рот; доза морфина для внутривенного введения в 3 раза меньше дозы морфина через рот).

Морфин назначать «по часам», а не «по требованию»: морфин короткого действия – каждые 4-6 часов; морфин пролонгированного действия – каждые 8-12 часов.

Морфин короткого действия.

Стартовые дозы:

– внутрь или ректально детям в возрасте 1-3 месяца – по 50 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 3-6 месяцев – по 100 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 6 месяцев – 12 лет – по 200 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 12-18 лет – по 5-10 мг каждые 4 часа;

– подкожно болюсно или внутривенно струйно (в течение минимум 5 минут) детям в возрасте до 1 месяца – по 25 мкг/кг каждые 6 часов, детям в возрасте 1-6 месяцев – по 100 мкг/кг каж-

дые 6 часов, детям в возрасте 6 месяцев-12 лет – по 100 мкг/кг каждые 4 часа (максимальная разовая стартовая доза 2,5 мг), детям в возрасте 12-18 лет – по 2,5-5 мг каждые 4 часа (максимальная суточная доза 20 мг в сутки);

– продолжительная подкожная или внутривенная инфузия со скоростью детям в возрасте до 1 месяца – по 5 мкг/кг в час, детям в возрасте 1-6 месяце – по 10 мкг/кг в час, детям в возрасте 6 месяцев – 18 лет – по 20 мкг/кг в час (максимум 20 мг за 24 часа).

Увеличение разовой и суточной дозы:

вариант 1 – увеличить разовую дозу морфина для регулярного приема на 30-50% от предыдущей дозы

например: ребенку, который принимает морфин по 5 мг каждые 4 часа, может быть назначена доза морфина по 6,5 мг (+30%) каждые 4 часа или по 7,5 мг (+50%) каждые 4 часа;

вариант 2 – суммировать все дозы морфина для купирования прорывной боли, принятые за последние 24 часа, и разделить полученную сумму на 6, увеличить на это число каждую регулярную дозу, принимаемую каждые 4 часа, также необходимо увеличить дозу для купирования прорывной боли, так как увеличились регулярные дозы;

например: ребенок, который принимает морфин по 5 мг каждые 4 часа, на протяжении последних 24 часов получил дополнительно 4 дозы по 2,5 мг для купирования прорывной боли, общий объем морфина для купирования прорывной дозы за 24 часа составляет 4 х 2,5 мг = 10 мг. 10 мг : 6 = 1,67 мг. 5 мг + 1,67 мг = 6,67 мг, что округляется до 7 мг. Регулярный прием – по 7 мг каждые 4 часа.

Для купирования прорывной боли будет использоваться 3,5-7 мг.

Морфин пролонгированного (длительного) действия (или медленно высвобождающийся морфин):

суточная доза равна суточной дозе морфина быстрого действия через рот; разовая доза морфина пролонгированного действия равна половине его суточной дозы; для купирования прорывной боли использовать морфин быстрого действия.

Расчет морфина для купирования «прорывной» боли:

если при регулярном приеме боль появляется между дозами морфина, расписанными «по часам», назначить дозу морфина для купирования «прорывной» боли; доза для купирования прорывной боли составляет 50-100% от той разовой, которая применяется каждые 4 часа или рассчитывается как 1/6 от общей суточной дозы морфина, принимаемой в данный момент; доза для купирования прорывной боли должна быть дана не ранее, чем через 15-30 минут от предыдущего приема препарата.

Отмена морфина:

отменять прием препарата постепенно на 1/3 каждые 3 дня.

Гидроморфон

Общие правила назначения:

гидроморфон пролонгированного действия назначается только после достижения обезболивания гидроморфоном или морфином короткого действия; перед переводом на гидроморфон через рот пересчитать суточную подкожную/внутривенную дозу на эквианалгетическую пероральную; при переводе с морфина на гидроморфон суточную дозу морфина через рот разделить на 5 или 7; полученную суточную дозу гидроморфона разделить на нужное количество приемов, как правило, на 2.

Стартовые дозы.

Дозу гидроморфона увеличивать до достижения обезболивающего эффекта.

Гидроморфон короткого действия:

внутрь детям в возрасте 12-18 лет – по 1,3 мг (или по 30-80 мг/кг) каждые 3-4 часа; подкожно или внутривенно по 15 мкг/кг медленно (минимум 5 минут) каждые 3-6 часов.

Гидроморфон пролонгированного действия:

внутрь детям в возрасте 12-18 лет – в зависимости от суточной дозы гидроморфона или морфина короткого действия.

Фентанил

Дозу фентанила увеличивать до достижения обезболивающего эффекта.

Фентанил короткого (быстрого) действия.

Стартовая разовая доза:

трансмукозально (пастилка с аппликатором для введения через слизистую ротовой полости), буккально (таблетка для медленного растворения в щечном кармане) или сублингвально (сублингвальная таблетка): детям в возрасте 2-18 лет и больше 10 кг – по 15 мкг/кг (увеличивать при необходимости до максимальной дозы 400 мкг);

интраназально детям в возрасте 2-18 лет – по 1-2 мкг/кг (максимальная стартовая разовая доза 50 мкг);

внутривенно (медленно за 3-5 минут) детям в возрасте до 1 года – по 1-2 мкг\кг каждые 2-4 часа, детям в возрасте после 1 года – по 1-2 мкг/кг каждые 30-60 минут;

внутривенная длительная инфузия детям в возрасте до 1 года – начать со стартовой дозы струйно внутривенно 1-2 мкг/кг (за 3-5 минут), затем поставить титровать со скоростью 0,5-1 мкг/кг в час; детям в возрасте после 1 года – начать со стартовой дозы струйно 1-2 мкг/кг (за 3-5 минут), затем титровать со скоростью 1 мкг/кг в час.

Фентанил пролонгированного действия (в пластырях):

«размер» (или доза) пластыря рассчитывается на основании эквианалгетической суточной дозы перорального морфина: чтобы рассчитать дозу пластыря, нужно дозу морфина через рот разделить на 3;

после наклеивания пластыря необходимо около 12-24 часов, чтобы достичь обезболивания;

после первого наклеивания пластыря в течение 12-24 часов продолжаются аналгетики (например, морфин каждые 4 часа);

доза фентанила увеличивается до достижения обезболивающего эффекта.

Метадон

Использование у детей, не принимающих наркотические аналгетики: стартовая доза внутрь, подкожно, внутривенно детям в возрасте 1-12 лет – по 100-200 мкг/кг каждые 4 часа первые 3 дозы,

затем – каждые 6-12 часов (максимальная стартовая доза 5 мг), увеличивать до достижения обезболивания, через 2-3 дня после того, как достигнуто хорошее обезболивание – снизить дозу на 50%, далее при необходимости повышение дозы может идти 1 раз в 5-7 дней на 50% (подбор дозы должен проводиться в условиях стационара и мониторинга дыхания и ЧСС в течение не менее 12 дней). Доза метадона для купирования «прорывной» боли 5-10% от принимаемой суточной дозы метадона (внутривенная доза вводится медленно в течение 3-5 минут). Перевод на метадон с морфина проводится в условиях стационара и мониторинга дыхания и ЧСС не менее 12 дней.

Адъювантные аналгетики.

Амитриптилин внутрь детям в возрасте от 2 до 12 лет – 0,2-0,5мг/кг (максимум 25 мг) на ночь (при необходимости можно увеличить дозу до 1 мг/кг два раза в день); детям в возрасте 12-18 лет – 10-25 мг на ночь через рот (при необходимости можно увеличить до 75 мг максимум).

Карбамазепин внутрь 5-20 мг/кг в сутки в 2-3 приема, увеличивать дозу постепенно, чтобы избежать побочных эффектов.

Габапентин внутрь – детям в возрасте 2-12 лет: День 1 по 10 мг/кг однократно, День 2 по 10 мг/кг два раза в день, день 3 по 10 мг/кг три раза в день, поддерживающая доза по 10-20 мг/кг три раза в день; в возрасте 12-18 лет: День 1 по 300 мг однократно, День 2 по 300 мг два раза в день, День 3 по 300 мг три раза в день, максимальная доза по 800 мг три раза в день. Отменять медленно в течение 7-14 дней, нельзя использовать у детей с психическими заболеваниями в анамнезе.

Диазепам (через рот, буккально, подкожно, ректально) детям в возрасте 1-6 лет – 1 мг в сутки за 2-3 приема; детям в возрасте 6-14 лет – по 2-10 мг в сутки за 2-3 приема. Используется при ассоциированной с болью тревоге и страхах.

Гиосцина бутилбромид (бускопан) детям в возрасте от 1 месяца до 2 лет – 0,5 мг/кг через рот каждые 8 часов; детям в возрасте 2-5 лет – 5 мг через рот каждые 8 часов; детям в возрасте 6-12 лет – по 10 мг через рот каждые 8 часов.

Преднизолон по 1-2 мг/кг в день при умеренной нейропатической боли, боли в костях и IRIS.

Дексаметазон при сильной нейропатической боли.

Кетамин: через рот или сублингвально детям в возрасте 1 месяц-12 лет – стартовая доза 150 мкг/кг каждые 6-8 часов или «по требованию», при неэффективности постепенно увеличивать разовую дозу (максимум до 400 мкг/кг); детям в возрасте старше 12 лет – по 10 мг каждые 6-8 часов или «по требованию», при неэффективности постепенно увеличивать разовую дозу (максимум до 50 мг); подкожная или внутривенная длительная инфузия детям в возрасте старше 1 месяца –стартовая доза 40 мкг/кг в час, постепенно увеличивать до достижения обезболивания (максимально до 100 мкг/кг в час).

Подходы к ведению боли у отдельных категорий пациентов

Нейропатическая боль

Алгоритм ведения:

Шаг 1. Наркотический аналгетик + кортикостероид или наркотический аналгетик + нестероидный противовоспалительный препарат.

Шаг 2. При неэффективности добавить трициклический антидепрессант или противосудорожный препарат:

Шаг 3. При неэффективности добавить трициклический антидепрессант и противосудорожный препарат.

Шаг 4. При неэффективности добавить кетамин или местный анестетик системно.

Боль, связанная с проведением медицинских манипуляций

Особенности паллиативного ухода.

Анамнез предыдущего опыта ребенка, его страхов и ожиданий; принятие во внимание когда, где и каким образом ребенок хочет, чтобы данная процедура/манипуляция была выполнена; продумать, когда рассказать ребенку о процедуре; привлечь родителей помочь и оказать поддержку ребенку; выполнять процедуру в дружелюбной для ребенка атмосфере, если возможно,

не в кровати; использовать фармакологические и нефармакологические методы ведения боли и беспокойства; после процедуры/манипуляции поздравить пациента.

Особенности паллиативного лечения.

Лекарственные средства для профилактики боли, связанной с процедурами/медицинскими манипуляциями: аппликация местных анестетиков (крем/пластырь) за 1 час до процедуры (при постановке периферического катетера, пр.); местная анестезия (при постановке дренажа грудной клетки, наложении швов и др.), аналгетики через рот (морфин за 1 час до процедуры или кетамин 10 мг/кг за 30-60 минут до процедуры), бензодиазепины в комбинации с анальгетиками (при выраженном беспокойстве ребенка).

Боль в детской онкологии:

при болях в костях: нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды, наркотические аналгетики, облучение, адъюванты, бисфосфонаты;

при нейропатической боли: наркотические аналгетики, адъюванты, блокада регионального нерва;

при висцеральной боли: наркотические и ненаркотические аналгетики, адъюванты.

Боли у детей с ВИЧ:

при периферической нейропатии при ВИЧ: причины – ВИЧ, постгерпетическая невралгия, антиретровирусная терапия, др.; лечение – устранение причины (по-возможности), при постгерпетической невралгии – ацикловир; нестероидные противовоспалительные средства и/или наркотические аналгетики в комбинации с адъювантами;

при мышечном спазме при ВИЧ: аналгетики, нестероидные противовоспалительные средства, баклофен или адъюванты.

Боль в конце жизни (в терминальной стадии болезни):

при прогрессировании нарушения сознания, снижении способности принимать лекарства через рот, отказе от пероральных

анальгетиков – альтернативные пути обезболивания (трансбуккальный, ректальный, внутривенный, через назогастральный зонд, трансдермальные пластыри и подкожно); портативные шприцевые насосы для введения анальгетиков вместе с седативными и противорвотными подкожно; фентаниловый пластырь.

Мышечный спазм

Особенности паллиативного ухода.

Ранее привлечение физиотерапевта (обеспечение движения, перемещения, правильного расположения, усаживания), массаж.

Особенности паллиативного лечения.

Баклофен через рот стартовая доза 300 мкг/кг в сутки (разделить на 4 приема), увеличивать постепенно до обычной поддерживающей дозы 0,75-2 мг/кг в сутки (разделить на 4 приема), пересмотр лечения если нет эффекта в течение 6 недель; максимальная поддерживающая доза детям в возрасте 1-2 года – 10-20 мг в сутки, в 2-6 лет 20-30 мг в сутки, детям в возрасте 6-8 лет – 30-40 мг в сутки; детям в возрасте 8-10 лет – 60 мг в сутки; детям в возрасте детям в возрасте 10-18 лет – 100 мг в сутки (избегать быстрой отмены; разрешен для применения через рот у детей старше 1 года, осторожно использовать при наличии эпилепсии, может вводиться интратекально в виде продолжительной инфузии в интратекальное пространство).

Мидазолам через рот, буккально, интраназально, ректально в детям возрасте от 1 месяца до 18 лет – 200-500 мкг/кг (максимум 10мг) разовая доза; для внутривенного и подкожного введения 100 мкг/кг разовая доза (раствор для инъекции может быть разведен при необходимости в физиологическом растворе или в 5% глюкозе, чтобы применяться не парентерально).

Диазепам через рот, буккально, ректально стартовая доза детям в возрасте 1-12 месяцев – по 250 мкг/кг 2 раза в день, детям в возрасте 1-5 лет – по 2,5 мг 2 раза в день, детям в возрасте 5-12 лет – по 5 мг 2 раза в день; детям в возрасте 12-18 лет – по 10 мг 2 раза в день.

Ибупрофен через рот детям в возрасте 1 месяца-12 лет – по 5-10 мг/кг 3-4 раза в день (максимум 2,4 грамма в сутки), детям

в возрасте старше 12 лет – по 200-600 мг 3-4 раза в день (максимум 2,4 грамма в сутки) (ибупрофен уменьшает боль, но не убирает спазм).

Дантролен через рот стартовая доза детям в возрасте 1 месяц-12 лет – 500 мкг/кг 1 раз в день; детям в возрасте старше 12 лет – по 25 мг 1 раз в день; титрование – увеличение кратности дозы до 3-4 раз в день; если ответ не достаточный – продолжить увеличение дозы до максимально возможной (максимальные дозы детям в возрасте 1месяца – 12 лет – 2 мг/кг (до 100 мг общая доза) в 4 приема; детям старше 12 лет – 100 мг в 4 приема).

Тизанидин детям в возрасте старше 12 лет доза как у взрослых – стартовая 2мг в сутки 1 раз в день, при неэффективности доза может увеличиваться каждые 3-4 дня, увеличение дозы идет от 2 мг в сутки до 24 мг в сутки в 3-4 приема (максимум 36 мг в сутки).

Хлорал гидрат для приема через рот или ректально детям в возрасте 1 месяца-12 лет – по 30-50 мг/кг (максимум 1 грамм) на ночь; детям в возрасте 12-18 лет – 0,5-1 грамм (максимум 2 грамма) на ночь (не лечит спастические состояния, используется для прерывания приступа спазм–боль–беспокойство; избегать длительного применения и внезапной отмены).

При болях, вызванных старыми контрактурами – обсудить целесообразность хирургического лечения или инъекций ботулотоксина (с хирургом, ортопедом).

3.6. КРИЗИСНЫЕ СИТУАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 31.01.2012 г. № 93 «О совершенствовании оказания медицинской помощи детям, нуждающихся в паллиативном лечении и уходе» при переводе ребенка под паллиативное лечение и наблюдение заполняется Индивидуальный план паллиативной помощи с алгоритмом действий в кризисных ситуациях на основании следующих позиций.

Составление алгоритма действий в кризисных ситуациях

Шаг 1. Обсудить возможные кризисные ситуации с семьей:

каким образом можно справиться с данными ситуациями дома, в больнице или хосписе;

выяснить, где ребенок и семья хотят находиться в экстренной ситуации;

составить план действий для родителей;

обеспечить доступность необходимых лекарств;

обеспечить родителям возможность экстренной связи с медработниками паллиативной и скорой медицинской помощи, участковой службы;

составить четкий план действий для медработников.

Шаг 2. Определить дополнительные меры по устранению/уменьшению действия этиологического фактора; обсудить целесообразность лечениея причины с учетом прогноза и качества жизни ребенка, эффективность и токсичность потенциального лечения; необходимость госпитализации для обследования и/или лечения и согласие на это ребенка и/или его родители; пожелания ребенка и семьи.

Шаг 3. Разработать комплексный план лечения.

Неконтролируемая или слабо поддающаяся лечению боль

Резкая, стремительно нарастающая боль, чувствительная к наркотическим аналгетикам.

Причины: заболевания сердца, ассоциированные с легочной недостаточностью; злокачественные опухоли, у которых боли часто бывают «прорывными», т.е. возникающими на фоне достигнутого обезболивания систематическим приемом обезболивающих.

Алгоритм паллиативного лечения:

Шаг 1. Выбрать быстродействующий путь введения (на дому – морфин интраназально или трансбуккально, использовать раствор для внутривенного введения; в стационаре – внутривенно).

Шаг 2. Стартовая доза морфина 0,05 мг/кг (если ребенок не принимал до этого наркотические аналгетики) или 0,1 мг/кг (если ребенок уже получает наркотики).

Шаг 3. Повторять дозу каждые 10-15 минут до максимальной стартовой дозы для данного возраста.

Шаг 4. Если ребенку потребовалось 2 или 3 дозы – увеличить стартовую дозу при развитии следующего эпизода боли до общей дозы, которая требовалась в предыдущий раз.

Шаг 5. При неэффективности Шагов 1-4 – лечить по алгоритму нейропатической боли.

Нейропатическая боль

Причины: солидные опухоли; буллезный эпидермолиз; быстропрогрессирующее искривление позвоночника; вывих/смещение бедра; энцефалоцеле, гипоксическая ишемическая энцефалопатия; другие – как нейропатический компонент.

Алгоритм паллиативного лечения:

Шаг 1. Наркотические аналгетики – морфин (или метадон в качестве дополнительного обезболивающего либо смена всех опиатов на метадон) (см. гл. 6).

Шаг 2. При солидных опухолях: высокая доза дексаметазона (см. п. 7.5.) лучевая терапия.

Шаг 3. Кетамин под язык или постоянная подкожная инфузия (см. гл. 6).

Шаг 4. В стационаре – лидокаин регионарная блокада нерва; при неэффективности – интратекальная и эпидуральная аналгезия.

Дыхательная недостаточность

Причины: уменьшенный объем легких (при опухоли, хроническом заболевании легких, пр.), нарушение проходимости верхних дыхательных путей (опухоль); пневмоторакс (метастазы в легкие); отек легких (порок сердца); инфекции дыхательных путей; синдром верхней полой вены; тяжелая анемия.

Алгоритм паллиативного лечения внезапной тяжелой дыхательной недостаточности:

Шаг 1. Мидазолам 0,5 мг/кг (диазепам при отсутствии мидазолама) и морфин 0,1 мг/кг (предпочтительный путь введения – буккально).

Шаг 2. Повторять каждые 10 минут, пока состояние ребенка не стабилизируется.

Шаг 3. Установить постоянную подкожную или внутривенную инфузию мидазолама 0,3мг/кг/сутки (диазепам при отсутствии мидазолама) и/или морфина (диаморфина) в дозе, как минимум эквивалентной внутривенной дозе при прорывных болях;

Шаг 4. При отеке легких – добавить фуросемид, 0,5мг/кг немедленно или в инфузию (NB: при высоких дозах опиатов фуросемид может выпасть в осадок).

Шаг 5. Лечение причины дыхательной недостаточности (стероиды, лучевая терапия или химиотерапия при злокачественных новообразованиях; грудной дренаж при пневмотораксе; диуретики при отеке легких; антибиотики при инфекции дыхательных путей).

Синдром верхней полой вены

Причины: опухоль средостения, др.

Алгоритм паллиативного лечения:

Шаг 1. Дексаметазон (от 1-2 мг/кг в день до 16 мг в день максимально).

Шаг 2. Симптоматическое лечение дыхательной недостаточности (см. п. 7.3.).

Шаг 3. Обезболивание (по показаниям).

Шаг 4. Лучевая и/или химиотерапия (по показаниям).

Компрессия спинного мозга

Причины: интрамедуллярные метастазы, интрадуральные метастазы, экстрадуральная компрессия (метастазы в тело позвонка, коллапс позвоночника, нарушение кровоснабжения).

Алгоритм паллиативного лечения:

Шаг 1. Дексаметазон (в возрасте до 12 лет 1-2 мг/кг в сутки с постепенным снижением дозы до поддерживающей; в возрасте 12-18 лет 16 мг 4 раза в сутки с постепенным снижением дозы до поддерживающей).

Шаг 2. Обезболивание (см. п.7.2.).

Шаг 3. Лучевая и/или химиотерапия (по показаниям)

Шаг 4. Спинальное хирургическое вмешательство (по показаниям).

Внезапное гипервозбуждение

Причины: страх, беспокойство, ночные кошмары; боль; лечение; запор; обезвоживание; гипоксия; анемия

Паллиативное лечение: мидазолам 0,2-0,5 мг/кг (диазепам при отсутствии мидазолама) интраназально или трансбуккально (можно использовать внутривенный раствор).

Церебральная возбудимость

Причины: тяжелая родовая асфиксия, пр.

Алгоритм паллиативного лечения:

Шаг 1. Мидазолам буккально (0,5 мг/кг по необходимости), диазепам при отсутствии мидазолама.

Шаг 2. Фенобарбитал (1-4 мг/кг один-два раза в день).

Шаг 3. Левомепромазин (0,25-1 мг/кг до 4-х раз в день).

Кровотечение

Причины: злокачественные новообразования, состояния после трансплантации костного мозга (аспергиллез легких), болезни печени, др.

Особенности паллиативного ухода:

разъяснительная и психологическая работа с родителями; темные полотенца и салфетки; при десневых кровотечениях – мягкая щетка для чистки зубов, антибактериальные средства для полоскания рта;

Особенности паллиативного лечения.

Профилактика кровотечений: у меструирующей девушки – оральные контрацептивы, при дисфункции печени с нарушением свертывания – витамин К через рот; при низком уровне тромбоцитов – тромбоцитарные трансфузии.

Местное гемостатическое лечение:

аппликация эпинефрина 1:1000 (смочить марлю и наложить на рану или кровоточащую слизистую); гемостатические покрытия (губки, поликапран) использовать непосредственно на место кровотечения; транексамовая кислота местно: для полоскания рта (десневые кровотечения) использовать неразведенный препарат для инъекций или в разведении 1:1 со средством для полоскания рта; через рот в возрасте 1 мес-12 лет по 25 мг/кг (максимум 1,5 гр) 3 раза в день, старше 12 лет по 1-2 мг 3 раза в день, осторожно использовать при почечном кровотечении из-за риска образования сгустков.

Системное гемостатическое лечение:

Е-аминокапроновая кислота детям стартовая доза 100 мг/кг в 1-ый час, затем 33 мг/кг/ч; максимальная суточная доза 18 г/кв.м, в среднем, для детей в возрасте до 1 года 3 г/сутки; в 2-6 лет 3-6 г/сутки; в 7-10 лет 6-9 г; при острых кровопотерях: детям до 1 года 6 г, 2-4 лет 6-9 г, 5-8 лет 9-12 г, 9-10 лет 18 г, длительность лечения 3-14 дней.

Витамин К в возрасте от 1 месяца до 12 лет 300 мкг/кг/сутки, старше 12 лет 1 мг (внутрь или парентерально).

Мидазолам в возрасте 1 месяц – 18 лет по 200-500 мкг/кг (максимум 10 мг).

Диаморфин трансбуккально или через рот в возрасте от 1 мес до 1 года 100 мкг/кг; в 1-12 лет 200-500 мкг/кг; старше 12 лет 10-15 мг.

Фульминантное легочное кровотечение

Причины: аспергиллез легких, пр.

Алгоритм паллиативного лечения:

Шаг 1. Мидазолам буккально или интраназально 0,5 мг/кг и морфин буккально или интраназально 0,1 мг/кг, повторять каждые 10 минут, пока ребенок не стабилизируется; если введение трансбуккальных препаратов затруднено – подкожно.

Шаг 2. Постоянная подкожная или внутривенная инфузия мидазолама 0,3 мг/кг и морфина в дозе, не меньшей эквивалента прорывной дозы внутривенно.

Судороги

Причины: злокачественные новообразования (опухоль головного мозга, пр.), неонкологические заболевания с поражением ЦНС, др. (как правило они получают базисную противосудорожную терапию).

Алгоритм ведения судорог в паллиативе:

Шаг 1. Правильная укладка ребенка, наблюдение за ним в течение 5 минут.

Шаг 2. Если судорожный приступ не прошел в течение 5 минут – введение диазепама ректально (р-р в микроклизме) или буккально в дозе 0,5 мг/кг, мидазолама буккально в дозе 0,5 мг/кг.

Шаг 3. Если в течение 5 минут судорожный приступ не купировался – повторить Шаг 2.

Шаг 4. Если в течение 5 минут судорожный приступ не купировался – вызвать скорую помощь (если ребенок находится дома) или мидозолам/диазепам подкожно в дозе 0,5 мг/кг или инфузия мидазолама 0,25-3 мг/кг/сутки подкожно/внутривенно, начать с малой дозы и увеличивать каждые 4-6 часов по необходимости.

Шаг 5. Если судороги не купируются более 30 минут – лечение эпилептического статуса в стационарных условиях.

Судороги в терминальной стадии болезни

Алгоритм ведения судорог

Шаг 1. Мидозолам внутривенно или подкожно детям в возрасте от 1 мес до 18 лет – 100 мкг/кг; буккально/ректально детям в возрасте от 1 мес до 18 лет – 200-500 мкг/кг (максимум 10 мг); средняя доза для детей старше 10 лет 10 мг (препарат может разводится на физиологическом растворе или 5% глюкозе, инъекционная форма использоваться для буккального, интраназального, ведения через рот и ректально) или диазепам внутривенно, подкожно, буккально или ректально 0,3-0,5 мг/кг (разовая доза).

Шаг 2. Фенобарбитал внутривенно в возрасте 0-18 лет 20 мг/кг (максимум 1 гр) однократно или в виде нагрузочной дозы, но не быстрее чем 1 мг/кг/мин; продолжительная внутривенная или

подкожная инфузия в возрасте менее 1мес 2,5-5 мг/кг в сутки, в возрасте от 1 мес до 18 лет 5-10мг/кг в сутки (максимум 1 гр).

Острая задержка мочи

Причины: снижение диуреза в терминальной стадии болезни; нарушение опорожнения мочевого пузыря при нейродегенеративных расстройствах; побочное действие морфина; сдавление спинного мозга; запор; солидные опухоли.

Особенности паллиативного ухода:

при острой задержке мочи из-за действия опиоидов – теплая ванна и стимулирование ребенка помочиться в ванну; создание приятной атмосферы и мягкий расслабляющий массаж мочевого пузыря, катетеризация на короткое время (при солидных опухолях – надлобковый катетер по показаниям).

Особенности паллиативного лечения:

при задержке мочи, вызванной опиоидами – бетанехол и/или переход на альтернативный опиоид (фентанил); при солидных опухолях – дексаметазон и/или лучевая терапия.

3.7. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ (ИВЛ) НА ДОМУ

Причины: угрожающие жизни нарушения дыхания центрального генеза, нервно-мышечные заболевания.

Особенности паллиативного ухода.

Мониторинг состояния пациента: сатурация крови, движения грудной клетки, звук дыхания (равномерное, регулярное, беспокойное), соответствие цвета кожи показателям сатурации, шум вентилятора (уровень звука и его структура), утечка воздуха из дыхательного контура или лицевой маски, изъязвление кожи в области маски или раздражение глаз (при неправильно прилегающей маске); наличие вздутия и болей в животе (при вентиляции через лицевую маску), аускультация легких.

При использовании неинвазивной ИВЛ: правильное наложение маски (должна прилегать к лицу плотно, не давить), при использовании лямок для крепления маски – марлевая прокладка для предотвращения раздражения; при использовании ИВЛ через трахеостому с сухим контуром и тепловлагообменником – регулярный уход и увлажнение полости рта и носа.

При инвазивной ИВЛ – ежедневный уход за трахеостомой (очистка трахеостомического отверстия от секрета по мере необходимости; при покраснении/раздражении – стерильная марлевая салфетка между кожей и фланцем; при грануляционной ткани – прижигание или удаление; смена фиксирующей ленты, аспирация мокроты, увлажнение воздуха (сухое – через тепловлагообменник, влажное – через увлажнитель или с использованием ингаляций с физраствором). Замена трахеостомы – по показаниям, не реже 1 раз в месяц.

Признаки плохой вентиляции легких: недостаточные движения грудной клетки; беспокойство; бледный цвет кожных покровов, возможно с цианозом пальцев рук и ног; низкий уровень сатурации; увеличение частоты сердечных сокращений; измененный шум вентилятора.

Устранение проблем: изменить положение ребенка/подростка для улучшения проходимости дыхательных путей; проверить наличие других факторов (жарко/холодно); обеспечить проходимость носовых ходов с помощью электроотсоса, хорошее прилегание лицевой маски, правильную установку датчика сатурации; проверить параметры установки аппарата ИВЛ, соединения и шланги на отсутствие перегибов и трещин; при использовании лицевой маски – убедиться, что клапан выдоха чист и работает для удаления углекислого газа на выдохе.

Особенности материально-технического обеспечения

Рекомендуемый перечень оборудования при проведении ИВЛ на дому: аппарат ИВЛ для неинвазивной/инвазивной вентиляции легких, электроотсос, откашливатель с масками, мешок Амбу с маской, увлажнитель к аппарату ИВЛ, кислородный концентратор, пульсоксиметр, противопролежневый матрас.

Рекомендуемое количество аппаратов ИВЛ на дому: при неинвазивной ИВЛ, улучшающей качество жизни, – один (должен поддерживаться в рабочем состоянии и быть заряженным); при жизнеобеспечивающей инвазивной или неинвазивной ИВЛ – два.

Примерный перечень рекомендуемых расходных материалов для ребенка с инвазивной ИВЛ на дому (на 1 месяц): дистилированная вода (при использовании увлажнителя) – 45 л, физраствор 0,9% – 30 л, стерильные салфетки 14х16 – 200 шт, катетер для санации – 60 шт, шприц 50 мл – 10 шт, шприц 20 мл – 30 шт, шприц 10 мл – 30 шт, перекись водорода – 400 мл, хлоргексидин – 500 мл, бинт ширина 14 см – 3 упаковки, дезраствор для обработки кожи и трахеостомы 1 л, вата 200 г – 3 упаковки, ватные палочки 200 шт – 2 упаковки, мазь с повидон йодом – 1 тюбик, стерильные контуры для аппарата ИВЛ – 4 шт, стерильные контуры для откашливателя – 4 шт, коннекторы от трахеостомы к шлангам – 4 шт, трахеостома – 1 шт, клапан выдоха – 4 шт, фильтр для эл/отсоса – 1 шт, фильтр воздушный для аппарата ИВЛ – 1 шт, тепловлагообменник (фильтр для увлажнения вдыхаемого воздуха) – 30 шт, антибактериальный фильтр – 30 шт.

3.8. ПАЛЛИАТИВНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ И ОНКОГЕМАТОЛОГИИ

Острый лимфобластный лейкоз

Схема 1. ВРП – продолжительность 4 недели

Винкристин 1,5 мг /м^2 – 1, 8, 15, 22, 29 день лечения внутривенно струйно.

Преднизолон 40 мг/м^2 – в три приема – 3 недели полная доза, на 4 недели постепенное снижение с отменой.

Рубомицин 30-40 мг/м^2 – в/в капельно за 1 час – 1, 8, 15, 22, 29 день терапии.

Эндолюмбально – метотрексат 12 мг/цитозар 30 мг/ преднизолон 10 мг – 1 раз в 7-14 дней (дозы эндолюмбальной терапии

указаны для детей старше 3-х лет, дети до 1 года метотрексат 6 мг цитозар 16 мг преднизолон 4 мг, 1-2 года – метотрексат 8 мг цитозар 20 мг, преднизолон 6 мг , от 2 до 3- х лет – метотрексат 10 мг цитозар 25 мг)

Схема 2. 6 меркаптопурин и цитозаровые блоки

6 МП 50 мг/м^2 ежедневно в 18-00, 4 дня – цитозар 75 мг/м^2 в/в струйно, 3 дня перерыв. До 4-х блоков.

Эндолюмбально – метотрексат 12 мг/цитозар 50 мг/ преднизолон 10 мг – 1 раз в 7-14 дней (дозы указаны для детей старше 3-х лет).

Схема 3. 6 меркаптопурин и метотрексат

6 МП 50 мг/м^2 в 18-00 ежедневно, метотрексат 30 мг/м^2 – 1 раз в неделю в/м. Длительно.

При уровне лейкоцитов менее 2000 в мкл снижение дозы до 50%, при уровне лейкоцитов менее 1000 в мкл отмена терапии.

Острый миелобластный лейкоз

6 тиогуанин 40 мг/м^2 ежедневно в 18.00,

цитозар 40 мг/м^2 внутривенно струйно 4 дня в неделю, 3 дня перерыв.

Количество – до 4 циклов.

Остеогенная саркома/ саркома Юинга/ костные саркомы

Мелфалан 50 мг/ м^2 в/в струйно – 1 раз в 3 недели.

Опухоли ЦНС

Темодал 150-200 мг /м^2 – 5 дней подряд 1 раз в 28 дней.

Количество – до 6 циклов.

Нейробластома

циклофосфан 25 мг/м^2 – длительно до 29 дней,

циклофосфан 150 мг /м^2 в/в струйно 8 дней, 1 раз в 1 месяц,

13 cis ретиноивая кислота 160 мг /м^2 в два приема 14 дней,

этопозид через рот 25 мг/м^2 21 день цикл.

Рабдомиосаркома

винорельбин 25 мг/м^2 в/в 1, 8, 15 день 28 –дневного цикла,

циклофосфан 25 мг/м^2 через рот 28 дней.

Нефробластома

Актиномицин Д – 45 мкг/кг в/в (максимум 2 мг) 1, 3, 5 неделя терапии,

Винкристин 1,5 мг/м^2 – 1, 2, 3, 4, 5, 6 неделя терапии.

Лимфобластные лимфомы

См. острый лимфобластный лейкоз.

Лимфома Ходжкина

Схема OPPA + COPP

OPPA

- адриамицин 40 мг/м^2 – 1, 15 день в/в за 30 минут;
- винкристин 1,5 мг/м^2 – 1, 8, 15 день в/в струйно не более 2 мг; прокарбазин 100 мг/м^2 1-15 день внутрь в три приема;
- преднизолон 1- 15 день 60 мг/м^2 внутрь в три приема/

COPP

- циклофосфан 500 мг/м^2 – 1 , 8 день в/в;
- винкристин 1,5 мг/м^2 – 1,8 день в/в струйно не более 2 мг;
- прокарбазин 100 мг/м^2 1-15 день внутрь в три приема;
- преднизолон 1- 15 день 40 мг/м^2 внутрь в три приема.

Лучевая терапия (ЛТ) с паллиативной и симптоматической целью.

Паллиативная лучевая терапия

Показания:

уменьшение размеров опухоли и ее метастазов,

стабилизация опухолевого роста,

невозможность проведения лучевой терапии по радикальной программе (суммарная очаговая доза (СОД), как правило, составляет 2/3 канцерицидной)

– при опухолях требующих радикальной ЛТ в СОД 60-70 Гр – СОД паллиативной ЛТ может составлять 40-50 Гр (опухоли костной системы, мягкотканые саркомы, рак ЖКТ и др.;

– при опухолях требующих радикальной ЛТ в СОД 50-60 Гр – СОД паллиативной ЛТ может составлять 36-40 Гр (ОГМ);

– краниоспинальное, краниальное облучение при ОГМ, Mts других опухолей 30-36 Гр;

– краниоспинальное, краниальное облучение при нейролейкозах 18-24 Гр;

– тотальное облучение легких 15-18 Гр;

– тотальное облучение печени, селезенки при МДС, лейкозах, поражении др. опухолями СОД 15-20 Гр;

– при метастазах в кости черепа возможно облучение черепа в полном объеме в дозе 24 Гр;

– при нейробластоме СОД 20-24 Гр (л/у, первичный очаг);

– при нефробластоме СОД 14-16 Гр (л/у, первичный очаг).

Разовая доза облучения (РОД)

Поскольку ожидаемая продолжительность жизни больных может быть короткой, длительность курса паллиативной лучевой терапии должна быть небольшой. Типичным режимом является облучение в дозе 30 Гр за 10 фракций РОД 3 Гр, 28 Гр за 7 фракций РОД 4 Гр, 25 Гр за 5 фракций РОД 5 Гр, 8-10 Гр за одну фракцию (в зависимости от размеров поля).

В случаях КСО, краниального облучения, ЛТ у детей раннего возраста целесообразнее использовать обычное, фракционирование 1,8-2,0 Гр.

Симптоматическая лучевая терапия

Показания: снятие или уменьшение клинических симптомов злокачественного поражения, способных привести к быстрой гибели больного или существенно ухудшающих качество его жизни.

Облучение с симптоматической целью проводится по жизненным показаниям при поражении средостения с синдромом верхней полой вены, компрессионном синдроме, обусловлен-

ным быстро растущей опухолью головного мозга, острой асфиксии, связанной с быстро растущей опухолью трахеи, первичных и метастатических опухолях, вызывающих сдавление спинного мозга, что влечет за собой нарушение функции жизненно важных органов.

Она может применяться для снятия болевого синдрома, лимфореи.

Суммарная поглощенная доза излучения устанавливается индивидуально в зависимости от достигнутого эффекта.

Наиболее часто симптоматическая лучевая терапия применяется с целью купирования болевого синдрома РОД 4 Гр в течении 5-7 дней СОД 20-28 Гр (эквивалент 36-40 Гр), РОД 8-10 Гр (эквивалент 18-24 Гр). При лимфореи РОД 0,5 Гр СОД 3-5 Гр.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 1986 году ВОЗ выделила ПП в самостоятельную дисциплину. Однако, до сих пор ПП (в т.ч. ПП детям) не включена в базовые учебные программы университетов и колледжей Беларуси при подготовке врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников. Единственным курсом по ПП является 2-х недельный курс повышения квалификации для врачей и м/с, существующий в БелМАПО с 2000 года. Однако, ввиду отсутствия базовой подготовки, за две недели сложно сформировать необходимый уровень профессиональных знаний для оказания ПП на хорошем уровне.

В настоящее время в мире формируются 3 уровня оказания ПП детям, которые требуют соответствующей подготовки:

Уровень 1 – первичная детская ПП: оказывается на базовом уровне специалистами участковых/территориальных служб детям, переведенным под паллиативное наблюдение, с относительно частыми и наименее тяжелыми заболеваниями (требует базового уровня подготовки по ПП детям в университете/колледже и регулярного краткосрочного повышения квалификации по ПП);

Уровень 2 – специализированная детская ПП: оказывается в рамках команд ПП, кабинетов ПП, отделений ПП, центров ПП и хосписов специалистами, прошедшими специализацию в области ПП детям (требует базового уровня подготовки по ПП детям в университете/колледже, специализации по ПП детям и регулярного краткосрочного повышения квалификации по ПП).

Уровень 3 – консультативно-специализированный уровень ПП детям: оказывается консультантами, имеющими диплом о переподготовке в области ПП (это, как правило, 2-летний заочный курс с выдачей диплома о переподготовке) и стаж работы в ПП не менее 5 лет.

Мы надеемся, что данное пособие станет полезным инструментом для специалистов, оказывающих паллиативную помощь на разных уровнях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. В.В. Курек, А.Е. Кулагин, А.П. Васильцева, С.К. Слинько. Избранные лекции по анестезиологии и интенсивной терапии детского возраста. – Мн.: БелМАПО, 2002 – 335 с.
2. «Основные клинические состояния в детской паллиативной помощи» С. Сингх Джассал пер. с англ. Под редакцией Н.Н. Саввы, Е.А. Воронко. – Минск: БелМАПО, 2012. – 55 с.
3. Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Под редакцией И. Ерамов , С. Матич, М. Мюнз. 2006 г. – 47 с.
4. Сопроводительная терапия и контроль инфекций при гематологических и онкологических заболеваниях. А.Г. Румянцев, А.А. Масчан, Е.В. Самочатова. – Руководство для врачей. – М.: «Медпрактика-М», – 2006. – 504 с.
5. Bergstraesser E. Pediatric palliative care–when quality of life becomes the main focus of treatment. Eur J Pediatr. – 2013. – 172 : 139 –150.
6. Davies B, Sehring SA, Partridge JC, et al. Barriers to Palliative Care for Children: Perceptions of Pediatric Health Care Providers. Pediatrics. – 2008; 121. – 282-8.
7. Goldman A. ABC of palliative care: special problems of children. BMJ 1998; 316: 49-52.
8. Feudtner C, Hexem K, Rourke MT (2011) Epidemiology and the care of children with complex conditions. In: Wolfe J, Hinds PS, Sourkes BM (eds) Textbook of interdisciplinary pediatric palliative care, 1st edn. Elsevier Saunders, Philadelphia, pp 7–17.
9. Feudtner C, Hexem KR, Shabbout M, Feinstein JA, Sochalski J, Silber JH (2009) Prediction of pediatric death in the year after hospitalization: a population-level retrospective cohort study. J Palliat Med 12(2) : 160–169.
10. Freyer DR. Care of the Dying Adolescent: Special Considerations. Pediatrics 2004; 113 : 381-8.
11. Heron M, et al. Annual summary of vital statistics: 2007. Pediatrics 2010; 125(1): 4–15.

12. Himelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D: Pediatric palliative care. N Engl J Med 2004; 350: 1752–1762.

13. Himelstein BP. Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. Journal of Palliative Medicine 2006; 9: 163-81.

14. Hynson JL, Sawyer SM. Paediatric palliative care: distinctive needs and emerging issues. Journal Of Paediatrics And Child Health 2001; 37: 323-5.

15. Hynson JL, Gillis J, Collins JJ, Irving H, Trethewie SJ. The dying child: how is care different? MJA 2003; 179: S20-S2.

16. Hutchinson F, King N, Hain RDW. Terminal care in paediatrics: where we are now. Postgrad Med J 2003; 79: 566-8.

17. Karen Moody, Linda Siegel, Kathryn Scharbach, Leslie Cunningham, Rabbi Mollie Cantor. Pediatric Palliative Care. Prim Care Clin Office Pract 38 (2011) 327–361.

18. Meier DE, Beresford L. Pediatric palliative care offers opportunities for collaboration. Journal of Palliative Medicine 2007; 10 : 284-9.

19. Noyes et al. Evidence-based planning and costing palliative care services for children: novel multi-method epidemiological and economic exemplar.BMC Palliative Care 2013, 12 : 18.

20. Stacey L Peterson-Carmichael, Ira M Cheifetz.The Chronically Critically Ill Patient: Pediatric Considerations. Respiratory care. 2012 V. 57 №. 6.

21. The Association of Paediatric Palliative Medicine Master Formulary. – 2012. – 90 p.

22. The WA Cancer and Palliative Care Network. Paediatric and Adolescent Palliative Care Model of Care. Department of Health, State of Western Australia. – 2009. – 39 p.

23. Together for Short Lives. Standards framework for children's palliative care. – 2011. – 44 p.

24. Ullrich C., Morrison R. S. Pediatric Palliative Care Research Comes of Age:What We Stand To Learn from Children with Life-Threatening Illness. Journal of palliative medicine. Volume 16, Number 4, 2013.

25. WHO. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. – 2012. 172 p.

Производственно-практическое издание

ПРОЛЕСКОВСКАЯ *Инна Витальевна*
САВВА Наталья Николаевна
ВАЙНИЛОВИЧ Елена Геннадьевна
и др.

ОСОБЕННОСТИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ РАЗЛИЧНЫМ ВОЗРАСТНЫМ КАТЕГОРИЯМ:
новорожденным, детям и подросткам

Редактор Н. Ю. Долженкова
Корректор Н. Ф. Кананович
Ответственный за выпуск С. А. Бойков
Компьютерная верстка А. В. Маркиянчик

Подписано в печать 23.09.2013. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 4,41. Уч.-изд. л. 4,18.
Тираж 1000. Заказ 2728.

ООО «ФУАинформ».
ЛИ № 02330/0549453 от 08.01.2009.
Ул. Кульман, 2, оф. 220, 220013, г. Минск.

Отпечатано в типографии УП «УСЛУГА».
ЛП № 02330/0150474 от 25.02.2009.
Ул. Кульман, 2, оф. 306, 220013, г. Минск