



Харківський національний медичний університет  
Ректор - проф. В.А. Капустник  
Кафедра педіатрії №1 та неонатології  
Зав. кафедри – проф .М.О. Гончарь



**Організація паліативної допомоги дітям з невиліковними захворюваннями. Особливості ведення пацієнтів дитячого віку в термінальній стадії захворювання, догляд, методи паліативного лікування основних симптомів та синдромів.**

Матеріали лекції підготували:  
Проф. О.О. Ріга, доц. М.К. Уриваєва, асп. Н.В. Орлова

**Мета заняття:** знати основні етапи в організації паліативної допомоги дітям з невиліковними захворюваннями, знати особливості ведення пацієнтів дитячого віку в термінальній стадії захворювання, вміти організувати відповідний догляд за дитиною та визначити тактику паліативного лікування основних симптомів та синдромів.

**Перерахування питань, що підлягають вивченню:**

1. Дайте визначення терміну паліативна допомога дітям.
2. Перерахуйте основні групи дітей, які потребують паліативної допомоги.
3. Визначте основні принципи та завдання паліативної допомоги дітям.
4. Які установи надання паліативної допомоги дітям Ви знаєте?
5. Який склад, на Вашу думку, має команда спеціалізованої паліативної допомоги дітям?
6. У чьому різниця, на Вашу думку, між паліативним підходом і спеціалізованою паліативною допомогою?
7. За допомогою чого можливо підвищити бажання дитини до їжі при розвитку анорексії?
8. Які ступені знеболення за рекомендаціями ВООЗ Ви знаєте?
9. Визначте, на Вашу думку, загальні правила щодо лікування нудоти та блювоти у термінальних хворих.

Щороку в Україні, за оціночними даними міжнародних експертів паліативної допомоги потребують близько 500 000 пацієнтів, з них понад 15 000 – діти. У всьому світі паліативна допомога дітям є невід'ємною частиною якісної медичної допомоги, яка включає в себе комплексну медичну, соціальну, психологічну та духовну підтримку тяжкохворих пацієнтів та членів їх родини.


*WHO model formulary for children. Geneva, World Health Organization, 2010.*



**Паліативна допомога дітям - це галузь медицини, що припускає комплексний (фізичний, психологічний, соціальний, духовний) підхід до хворої дитини, яка має обмежений термін життя внаслідок наявності невиліковного захворювання (неонкологічного або онкологічного)**




**Основні групи дітей, які потребують паліативної допомоги**

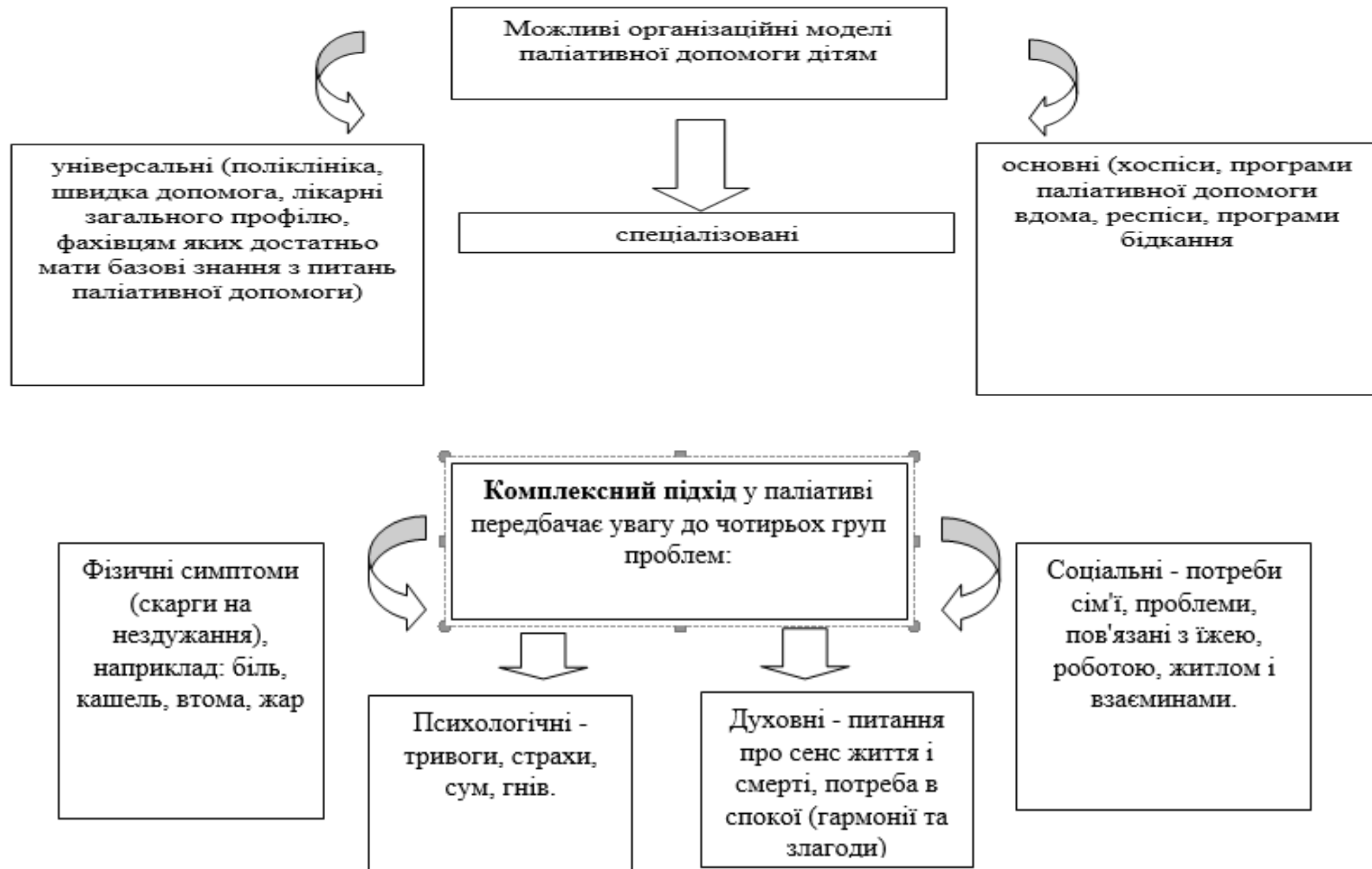


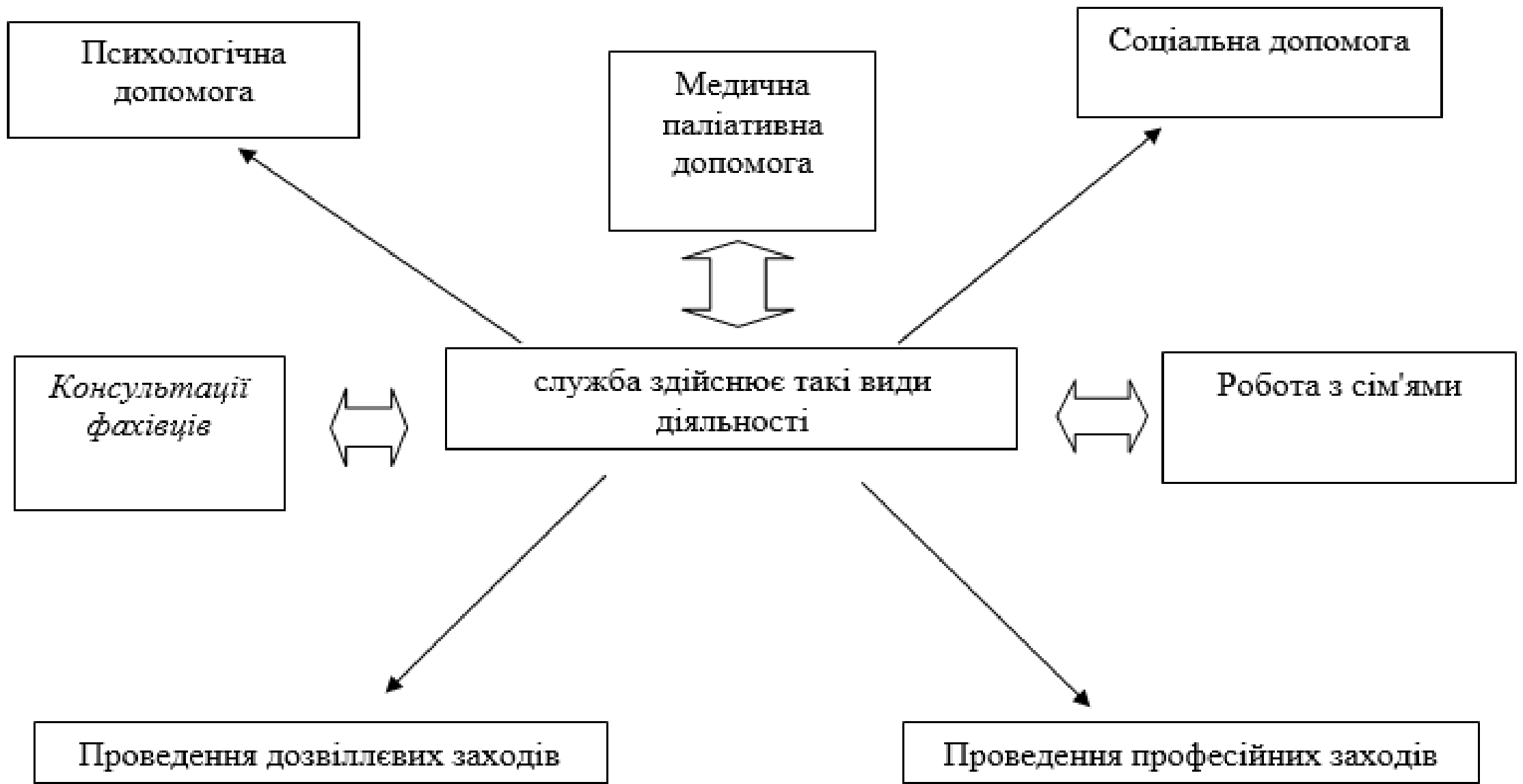
**Діти з важкими обмежувачими життя захворюваннями у термінальній стадії**

**Діти з хронічними прогресуючими і загрозливими для життя захворюваннями, при яких передчасна смерть неминуча, але прогнозується у відносно віддаленому періоді за умови проведення активних паліативних заходів (наприклад, діти, які потребують постійної штучної вентиляції легенів)**



**Діти з загрозливими життям захворюваннями, які мають невизначений прогноз (наприклад, з фатальними наслідками важкої черепно-мозкової травми, вроджених вад розвитку)**





# Термінологія



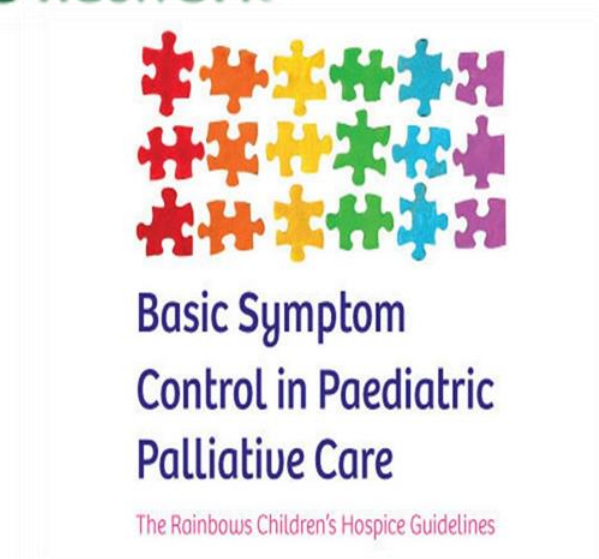
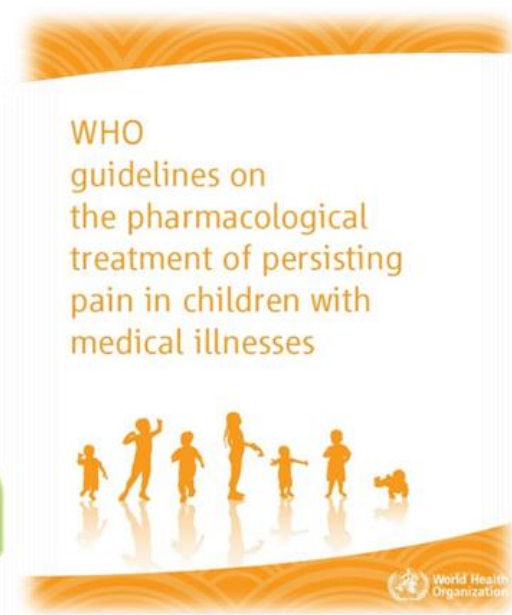
**Паліативна медична допомога** – це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дітей і дорослих) та їх сімей, що зіштовхнулися з проблемами, пов'язаними з небезпечним для життя захворюванням, шляхом запобігання та полегшення страждань за рахунок раннього виявлення, ретельної оцінки та лікування болю та інших фізичних симптомів, а також надання психосоціальної і духовної підтримки.

**Паліативна педіатрична допомога (ППД)** – це активна всеосяжна допомога тілу, розуму, душі хворої дитини, що передбачає також підтримку його родині. Вона починається, коли хвороба діагностована і продовжується незалежно від того, чи отримує, чи не отримує дитина лікування.

Надання паліативної допомоги базується на принципі поваги до рішень пацієнтів і спрямоване на надання практичної підтримки членам їх сімей упродовж хвороби та у випадку смерті пацієнта для подолання горя у зв'язку з втратою близької людини.

# Термінологія

- **Виїзна дитяча паліативна служба** – забезпечує надання паліативної допомоги дітям зі статусом паліативного пацієнта поза межами закладу охорони здоров'я, який надає паліативну допомогу.
- **Реєстр (Єдиний державний реєстр дітей, які потребують паліативної допомоги)** – електронна база даних, до якої заносяться відомості з виписного епікризу дітей, які потребують паліативної допомоги.



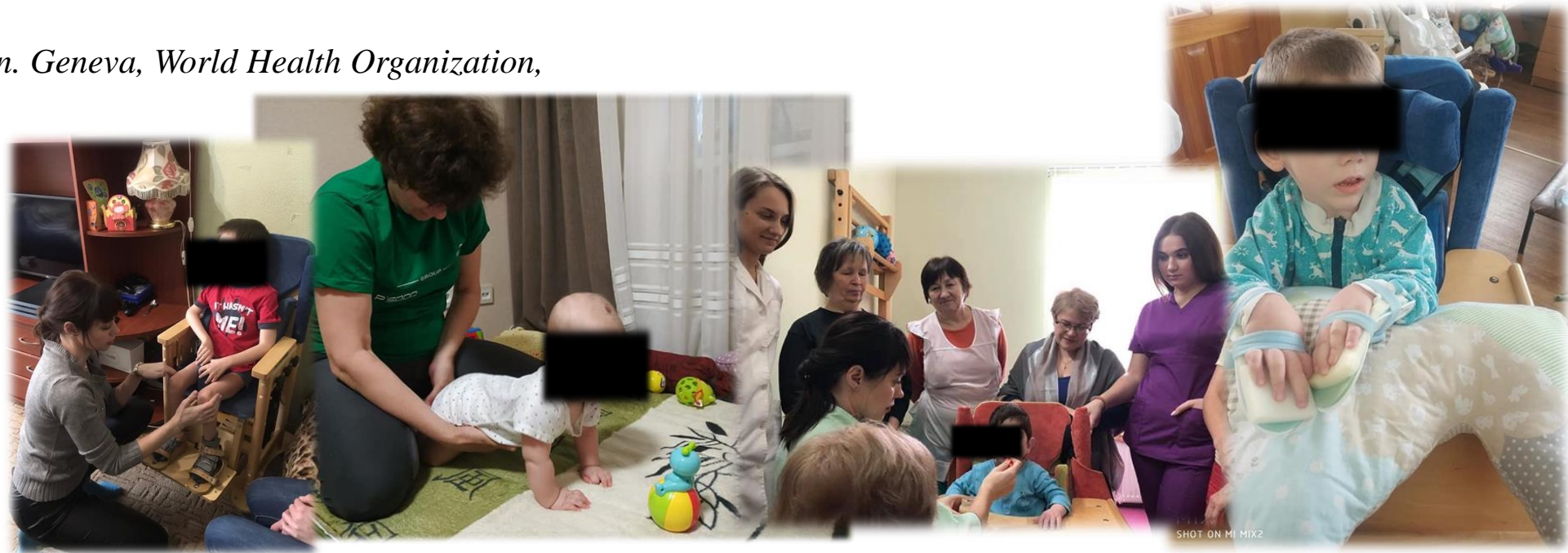
*WHO model formulary for children. Geneva, World Health Organization, 2010.*



## Існують два рівня паліативної допомоги:

- Паліативний підхід - при наданні медичної допомоги реалізується в установах і службах, які лише періодично займаються наданням допомоги «паліативним» пацієнтам.
- Спеціалізована паліативна допомога - здійснюється командою підготовлених фахівців, до складу якої входять лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, служителі церкви, психологи, волонтери та інші, що мають досвід надання допомоги з метою поліпшення якості життя дітей.

*WHO model formulary for children. Geneva, World Health Organization, 2010.*



# В ППД існують два основних визначення станів:

➤ Стани, які обмежують тривалість життя - стани, при яких зазвичай настає передчасна смерть;

Наприклад: м'язова дистрофія Дюшена.

➤ Стани, загрозливі для життя - захворювання, при яких існує велика ймовірність передчасної смерті у зв'язку з тяжкістю захворювання, але при яких є також шанс на виживання і дитина може дожити до дорослого віку.

Наприклад, діти, які отримують протипухлинне лікування або надійшли в палату інтенсивної терапії після гострої травми

## **У загальних рисах паліативну допомогу дітям і підліткам можна розділити на 4 категорії:**

**Група 1:** Загрозливі життю захворювання, при яких радикальне лікування може бути здійснено, але часто не дає результатів. Використання служби паліативної допомоги може знадобитися паралельно зі спробами радикального лікування та/або при його невдачі.

**Група 2:** Стани, при яких передчасна смерть неминуча, але тривале інтенсивне лікування може збільшити тривалість життя дитини і дозволить зберегти якість та фізичну активність (наприклад, муковісцидоз).

**Група 3:** Прогресуючі інкрабельні стани, зазвичай тривають багато років, коли можливе проведення лише паліативної терапії, наприклад, хвороба Баттена (нейронний воскоподібний ліпофусциноз/хвороба Тея-Сакса) або м'язова дистрофія.

**Група 4:** Незворотні/невиліковні, але не прогресуючі стани, що зумовлюють важку інвалідизацію дитини, схильність до частих ускладнень і можливість передчасної смерті

# Моделями ППД визначені такі:

## 1. Амбулаторна дитяча паліативна допомога.

Дуже часто паліативна допомога дітям надається в рамках загальної програми паліативної допомоги (наприклад, фахівцями, які працюють одночасно як з дорослими, так і з дітьми амбулаторно або у складі мобільної бригади).

**Перевага:** оптимальний спосіб максимально наблизити надання паліативної допомоги до мешкання пацієнта, що є вкрай актуальним при наявності малої кількості дитячих 19 програм, що знаходяться на великій відстані від місця проживання дитини.

**Недолік:** кількість персоналу, який пройшов навчання в області паліативної допомоги дітям, може бути недостатнім, або кількості дітей, які потребують цієї допомоги, може бути замало.

## **2. Стаціонарне відділення паліативної допомоги.**

Спеціалізовані відділення паліативної допомоги можуть функціонувати як незалежні організації, хоспіси або як частини лікарні чи інших медичних закладів. Вони пропонують членам родини соціальний перепочинок, а також симптоматичний контроль і програму допомоги «в кінці життя» (в термінальній стадії захворювання).

**Перевага:** діти, які перебувають у важкому стані, можуть бути госпіталізовані для корегування симптоматичної терапії.

**Недолік:** стаціонарна допомога є досить дорогим сервісом і, до того ж, може знаходитися далеко від місця проживання дитини.



### ***3. Програми денного перебування***

Денні центри, денні стаціонари можуть надавати допомогу тільки тим дітям, які проживають недалеко від даного сервісу.

**Перевага:** в денних центрах є можливість надавати дітям деякі додаткові види допомоги крім тих, що вони отримують на дому. У цей час батьки/опікуни хворої дитини мають можливість відпочити.

**Недолік:** такі центри можуть знаходитися далеко від місця проживання дітей, тому ускладнювати надання паліативної допомоги. Таким чином виділено служби та установи для ППД.

# Управління

1. Потреби дитини повинні бути оцінені і розроблений план догляду за дитиною та оговорено з батьками або особами, які здійснюють догляд.
2. Інформація пояснювана дітям, братам, сестрам і батькам має відповідати віку та розумінню.
3. Слід урахувати релігійні та духовні потреби дітей, сім'ї та осіб, які здійснюють догляд.
4. Включати побажання і думки дитини та сім'ї в план дій наприкінці життя.
5. Переконайтеся в тому, що батьки мають всю важливу контактну інформацію про персонал та організації, з якими вони повинні бути на зв'язку.
6. Медикаментозне лікування дитини повинно переглядатися. Якщо необхідно, розглянути питання про припинення застосування небоб'язкових ліків.



# Управління

7. Важливість передбачення та лікування цілох низки можливих симптомів.
8. Розглянути, обговорити і вирішити, чи слід припинити недоречні втручання, такі як аналізи крові, внутрішньовенне введення рідини та регулярне спостереження за життєво важливими функціями.
9. Переконати сім'ю і піклувальників надати відповідну письмову інформацію для обговорення та створення планів.
10. Про стан дитини наприкінці життя мають бути інформовані фахівці первинної ланки медичної допомоги, соціальні працівники, фахівці лікарні, служби швидкої допомоги та цілодобової служби.
11. Сім'ї повинна бути надана можливість обговорити план її дій під час помирання дитини.
12. Допомогти родині продумати про систему підтримки після смерті їхньої дитини і кого б вони бажали вибрати для підтримки.

# Симптоми в педіатричній паліативній допомозі.

## Аногехія (Анорексія)

Одним з первинних інстинктів у батьків є бажання нагодувати своїх дітей. Коли діти припиняють їсти, батьки дуже занепокоєні, особливо, якщо йдеться про дітей із злоякісними новоутвореннями.

- Біль
- Страх
- Нудота або блювання
- Кандидоз порожнини рота або стравоходу
- Ліки
- Депресія
- Диспепсія
- Закреп
- Променева терапія
- Деякі запахи
- Збочення смаку
- Синдром анорексії/кахексії

Як правило, дуже складно визначити та лікувати ці стани, а також залучити дієтолога. Дуже важливим є переконати батьків у тому, що неактивна дитина може потребувати меншій кількості їжі і не відчувати почуття голоду. Існують інші підходи, а саме, запропонувати годувати дітей висококалорійною їжею маленькими порціями на маленьких тарілочках, також презентувати батькам те, що більшість дітей люблять їжу з МакДональдса, яка є висококалорійною. У плані лікування, у разі тяжких випадків, призначають малі дози стероїдів курсами по 5-7 днів, при цьому необхідно пам'ятати про можливі побічні ефекти.

# Симптоми в педіатричній паліативній допомозі.

## Bladder (Сечовий міхур)

Хоча не слід турбуватися внаслідок затримки сечовипускання у дітей у термінальній стадії захворювання, але необхідно запам'ятати дві важливі речі:

1. Діти з нейродегенеративними захворюваннями можуть мати проблеми з випорожненням сечового міхура.
2. Діти, які приймають опіоїди, можуть мати затримку сечовипускання.

Затримка сечовипускання внаслідок вживання опіоїдів може бути скорегована призначенням Vethaneshol. Фентаніл менше викликає затримку сечі на відміну від інших опіоїдів. Перехід на фентаніл може бути корисним. У таких дітей може бути застосовано легкий масаж сечового міхура, його катетеризацію, теплі ванни, які можуть поліпшити обструкцію сечового міхура. Катетеризація дітей виконується так само, як і в дорослих з урахуванням розмірів катетерів та глибини їх введення. Втрата функції сечового міхура у дитини, яка не мала цих симптомів, може бути часто внаслідок дистресу батьків – ще одна «втрата», яка призводить до горя, та ще одна причина страждань дитини. Використання підгузків та пелюшок є легкою процедурою, але має бути запропоновано дитині обережно та з повагою.

# Симптоми в педіатричній паліативній допомозі.

## Constipation (Закріп)

- Виявлення закрепу в педіатрії може бути ускладнене. Новонароджена дитина може не випорожнитися до трьох діб. Малюк на грудному вигодовуванні може не випорожнитися до семи діб. Однак це не є закрепом. У педіатричній практиці краще думати про формування навичок дефекації, ніж про закреп.
- При лікуванні закрепу необхідно враховувати не тільки особливості фармакологічної дії препарату, але і його смаку. Коли смак препарату поганий, батьки вимушені «боротися» з дитиною щоб дати ліки, та знову звернутися до лікаря через тиждень такої «боротьби».
- Зазвичай прийому препарату через рот слід віддавати перевагу перед ректальним застосуванням. Деякі медсестри і батьки часто прагнуть перейти на використання ректального препарату занадто рано. Слід пам'ятати про негативне ставлення дитини до цього, та це може бути не в інтересах дитини.
- Дуже важливим у педіатрії є визначення чутливих боків дитини. Ректальне дослідження у дорослих виконати досить просто. У дітей це слід проводити тільки в разі крайньої необхідності і, до того ж, тільки досвідченими лікарями або медичними сестрами. У більшості випадків слід використовувати мізинець. У дитини з анальною тріщиною можуть виникати анальні спазми різного ступеня тяжкості, які роблять неможливим введення пальця без того, щоб завдати сильного болю. Діти, які пройшли не один ректальний огляд, можуть впасти в стан дистресу, якщо знадобитися повторити дослідження. Через це огляд може стати технічно тяжкимі емоційно травмуючим як для дитини, так і для лікаря. Важливо пояснювати необхідність ректального дослідження батькам, особливо з точки зору медичних показань до цього.
- Хоча для профілактики й лікування закрепу велике значення має дієта, у багатьох дітей, яким надається паліативна допомога, є особливі потреби. Діти можуть мати порушення жування і ковтання. У цьому випадку їжа повинна бути протертою та один прийом їжі може забирати близько години. Багато дітей можуть потребувати гастростоми з обов'язковим складанням дієти і режиму харчування.

# Симптоми в педіатричній паліативній допомозі.

## Cough (Кашель)

Для керування кашлем необхідно правильно розібратися в причинах його виникнення. Часто основне захворювання є причиною кашлю, але необхідно пам'ятати, що може мати місце подвійна патологія.

### Причини

- Муковісцидоз
- Серцева недостатність
- Метастази в легені
- Інфекція
- Нейродегенеративні хвороби
- Гастро-езофагальний рефлюкс
- Судомна активність

До базової терапії входить лікування основного захворювання

Часто існує необхідність призначення симптоматичного лікування кашлю.

Фізіотерапія з відсмоктуванням слизу або без нього часто влаштовує дитину.

# Симптоми в педіатричній паліативній допомозі.

## Diarrhoea (Діарея)

### Причини

- Гастроентерит
- Переповнення каловими масами з витіканням
- Мальабсорбція/дієта
- Медикаментозна терапія, наприклад, антибіотики
- Опромінення/хіміотерапія
- Супутні захворювання, наприклад, коліт

Найпростішим вирішенням даної проблеми є часте пиття. Оральні регідратуючі розчини можуть допомогти за короткий час віновити втрати цукру й солей. Затримка діареї потребує відповідного лікування. Щоб запобігти появі висипу, у дітей, що використовують підгузки, необхідно якомога раніше розпочати користуватися захисними кремами. У подальшому висип можна лікувати, залишаючи шкіру відкритою і використовуючи крем дактакорт (гідрокортизон). Іноді для діагностики необхідно взяти кал на посів. При синдромі мальабсорбції доцільним є використання живого йогурту і соєвого молока.

Якщо прості методи не працюють, необхідним є фармакологічне лікування, наприклад, імодіум або лomotил при персистуючій діареї.

# Кризові ситуації в педіатричній паліативній допомозі

## Типи кризових ситуацій:

- Сильний біль
- Порушення дихання й прохідності дихальних шляхів
- Синдром верхньої порожнистої вени
- Компресія спинного мозку
- Збудження
- Кровотеча
- Судоми
- Затримка сечі

# У кризових ситуаціях проактивне планування і підготовка алгоритму дій є визначальними:

- обговоріть можливі ситуації з родиною;
- обговоріть, як можна впоратися з даними ситуаціями вдома, у лікарні або хоспісі (іноді дії будуть відрізнятися в залежності від місця знаходження дитини, наприклад, грудний дренаж при пневмотораксі не буде поставлений у домашніх умовах, але може бути зроблений у стаціонарі);
- з'ясуйте, де дитина і її сім'я хотіли б перебувати в екстреній ситуації, наприклад, у хоспісі або вдома;
- складіть план дій, які можуть виконувати батьки;
- необхідні ліки повинні бути доступні і придатні до вживання;
- переконайтеся в тому, що у батьків є можливість екстреного зв'язку з медпрацівниками;
- переконайтеся в тому, що в цих медпрацівників є чіткий план дій;



# Обстеження та лікування кризових ситуацій у дитячій паліативній допомозі

У будь-якій з кризових ситуацій потрібно подумати:

- Чи потрібно мені знати причину або я зможу ефективно впоратися із симптомами без підтвердження причини?
- Причина піддається лікуванню?
- Чи є придатними для даної дитини заходи щодо з'ясування причини (наприклад, чи є вони інвазивними, їх можна проводити тільки в лікарні і т.ін.)?
- Чи поліпшить лікування основної причини прогноз або якість життя дитини?
- Наскільки ефективним може бути потенційне лікування?
- Наскільки токсичним може бути потенційне лікування?
- Чи доведеться дитині переїжджати на інше місце для обстеження та/або лікування? Якщо це необхідно, чи згодна вона і її батьки на це?
- Побажання дитини і її сім'ї.

# Показники несприятливого прогнозу й погіршення стану включають в себе

- погіршення життєвоважливих функцій;
- утрата інтересу до оточення;
- зменшення взаємодії з іншими;
- утрата апетиту;
- зниження сечовиділення та кало виділення;
- збільшення періодів сну і/або відчуженості;
- погіршення лабораторних показників (якщо проводиться моніторинг).

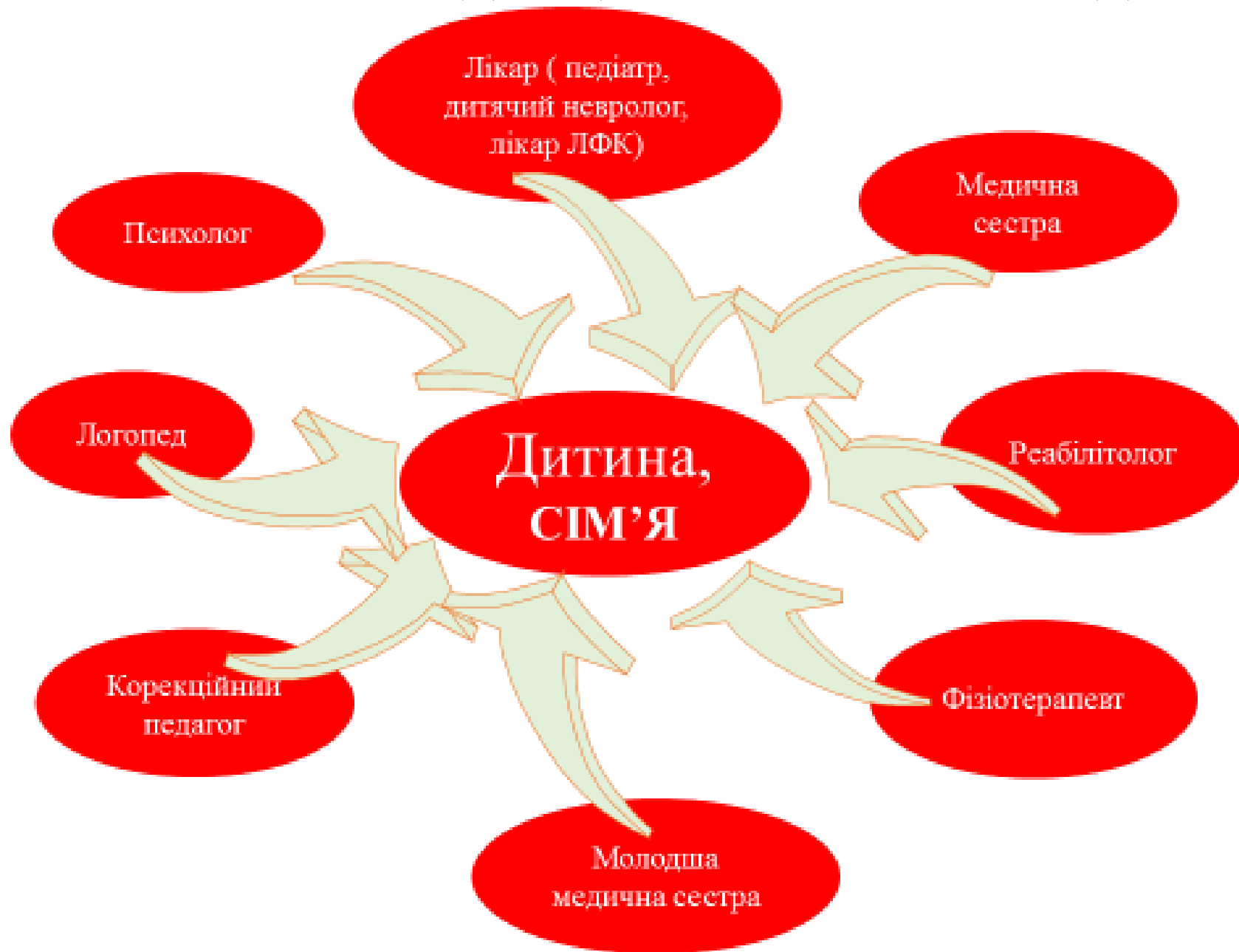
# «Холістичний підхід» у ППД

**ПСИХОТЕРАПІЯ, ІГРОТЕРАПІЯ, ФІЗИЧНА ТА ОКУПАЦІЙНА ТЕРАПІЯ, МУЗИКОТЕРАПІЯ, АРОМОТЕРАПІЯ** - інтегративна медицина, використовує всі терапевтичні підходи, які впливають на дитину в цілому, та доповнює стандартну медичну допомогу, використовуючи холістичний підхід до лікуванню болю.

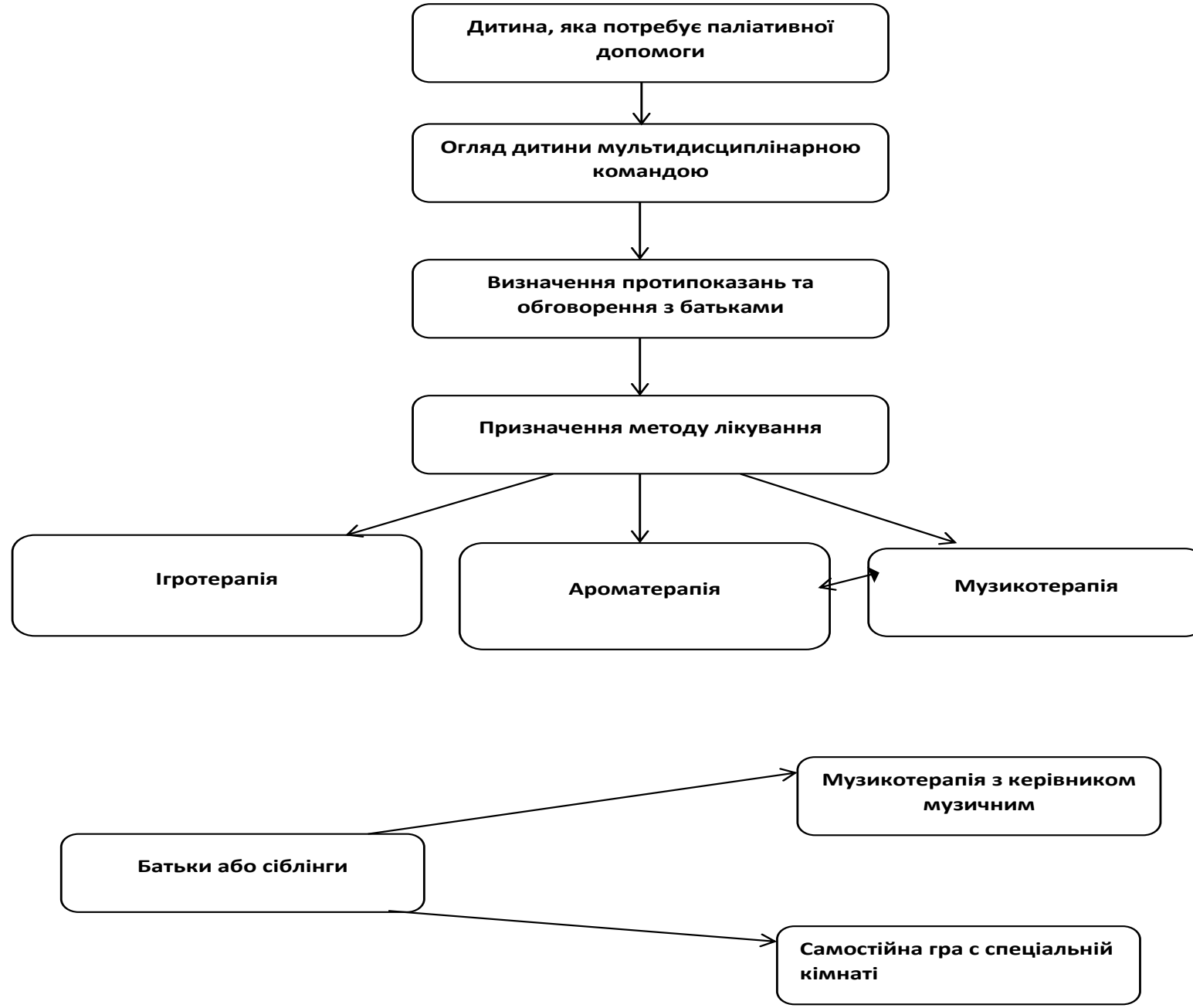
- Запобігання **фізичних** страждань (освіта та створення посібника з переліком симптомів, можливих інтервенцій, довідника лікарських препаратів, пакета документів, визначення функціональні обов'язків лікарів, медсестер та молодших м / с).
- **Емоційних** страждань (визначити роль і функціональні обов'язки психолога (методологія)).
- **Соціальних** страждань (визначити роль і функціональних обов'язків соціального працівника).
- **Духовних** страждань (визначити механізм, при якому буде забезпечено доступ до конфесійних потреб).

*Pediatric pain management in palliative care. Julia Downing, Satbir Singh Jassal, Lulu Mathews, Hanneke Brits & Stefan J Friedrichsdorf. Pain Manag. (2015) 5(1), 23–35*

# МУЛЬТИ-ДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА

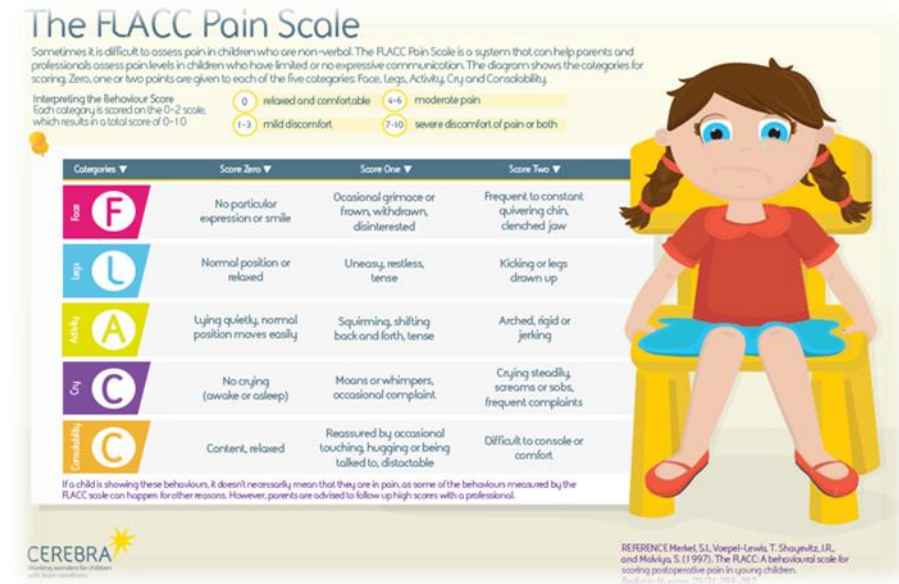


# Клінічний маршрут пацієнта з комплементарного лікування



# КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

- ✓ Дівчинка Ж., 3 р. 1 міс.
- ✓ Від 2 вагітності, 2 пологів, СГ 38 тижнів.
- ✓ Росла та розвивалася відповідно віку.
- ✓ Утоплення в прісній воді 10.08.2017 року.



**ДІАГНОЗ:** *Аноксичне ураження головного мозку в результаті утоплення в прісній воді, вегетативний стан, спастичний тетрапарез, симптоматична епілепсія, гіпоталамічний синдром, когнітивні порушення.*

# АНАМНЕЗ ХВОРОБИ

10.08.2017 року о 14 год. 30 хв. дівчинка знайдена під водою надувного басейну, де знаходилась протягом 3 хв., було зафіксовано відсутність дихання та ціаноз шкірних покривів.

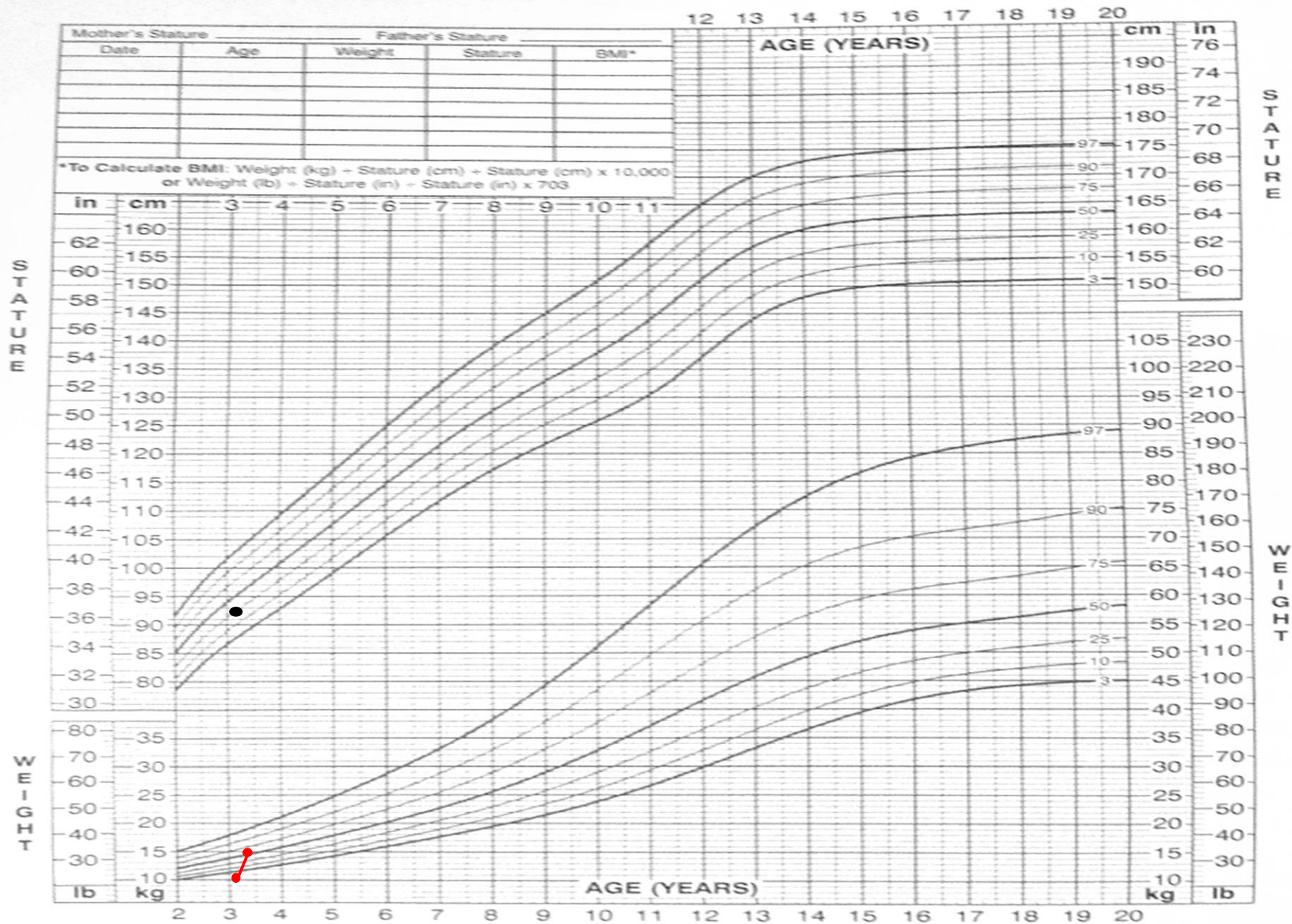
Першу медичну допомогу надав батько. Після відновлення самостійного дихання та зменшення ціанозу, батьки доставили дитину до реанімаційного відділення лікарні м. Слов'янська, де знаходилася на лікуванні до 14.10.2017 р.

ШВЛ не проводилася. Рівень свідомості – сопор. В зв'язку з тяжкістю стану дівчинка переведена для подальшого лікування в реанімаційне відділення лікарні м. Харкова (14.10.17-31.10.17), далі до паліативного відділення м. Харкова (31.10.17 – 24.11.17).

# 2 to 20 years: Girls Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_

RECORD # \_\_\_\_\_



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00)

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™



# ОБ'ЄКТИВНО

Загальний стан дитини важкий. Контакт не доступна, на огляд реагує моторним плачем та наростанням м'язового тону.

Оцінювання за шкалою FLACC дало 7 балів (сильний біль).

Грубий спастичний тетрапарез, множинні контрактури суглобів верхніх та нижніх кінцівок.

Сухожильні рефлекси торпідні. Патологічні ступневі знаки с-м Бабінського.

Вигодовується через зонд.





- ✓ Дівчинка консультована педіатром, неврологом, психологом, лікарем ЛФК, дитячим ортопедом.
- ✓ Було призначено індивідуальну програму реабілітації.
- ✓ **Через 7 днів прийому знеболюючого препарату в дозі 20 мг x 2 р/д та холістичного підходу - в динаміці зменшення *больового синдрому (5 балів - помірний біль), тризму жувальної мускулатури та зменшення спастичності м'язів.***

# Запитання для самостійного опрацювання:

1. Коли починають надавати паліативну допомогу дітям?

- A. Коли припиняється куративне лікування
- B. Коли потребує родина дитини
- C. Після встановлення діагнозу**
- D. Наприкінці життя
- E. У хоспісах.

2. Якій віковий період охоплює дитяча паліативна допомога?

- A. 0-15 років
- B. 7-18 років
- C. 0-18 років**
- D. 1-16 років
- E. 5-15 років.

3. Які питання слід брати до уваги при надання дитячої паліативної допомоги, окрім діагнозу?

- A. Тяжкість захворювання
- B. Ускладнення
- C. Вплив на дитину і родину
- D. Жодне
- E. пункти А-С**

4. Яка група захворювань найчастіше потребує паліативної допомоги в дитячому віці?

А. Інфекційні захворювання

**В. Перинатальні захворювання**

С. Онкологічні захворювання

Д. ВІЛ/СНІД

Е. захворювання органів дихання

5. Яким чином слід визначати біль у дітей?

А. Опитування дитини

В. Опитування батьків

С. Оцінювання стану після протибольової терапії

**Д. За допомогою шкал оцінювання болю**

Е. Діагностика болю у дітей складна

6. Концепція «легкої» смерті передбачає

А. «Зробити нічого не можна»

В. Вмирання у хоспісах

С. Повага пацієнта і його сім'ї

Д. Бути без болю і негативних симптомів

**Е. Лише пункти С і Д**

7. Планування паліативної допомоги дитині і сім'ї наприкінці життя має відбуватися:

- А. В термінальній фазі хвороби
- В. Під час вмирання
- С. Безпосередньо після смерті дитини
- Д. Вперіод бідкання

**Е. Пункти А-Д**

8. Хто може надавати паліативну допомогу дітям

- А. Медсестри і доглядальниці
- В. Волонтери
- С. Соцпрацівники
- Д. Психологі

**Е. Пункти А-Д**

9. В якому віковому періоді дитина має поняття про смерть

- А. 0-3 роки
- В. 3-6 років
- С. 3-18 років**
- Д. 10-18 років
- Е. 6-18 років

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 41 від 21.01.2013 «Про організацію паліативної допомоги в Україні».
2. Наказ Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України № 317/353 від 23.05.2014 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим».
3. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. —М.: Р.Валент, 2014.—180с.
4. Основные клинические состояния в детской паллиативной помощи. Учебно-методическое пособие./ С.Сингх Джассал// Минск: БелМАПО, 2012. – 55с.
5. Чи є локальні протоколи паліативної допомоги для дітей в установах?/ Ріга О., Марабян Р., Гавриш Т., Коновалова Н., Кизенко О., Пеньков А.// Реабілітація та паліативна медицина, №1(1) -2015 – С.88-89.
6. Паллиативная помощь детям — комплексный подход. Организационная модель мобильной службы паллиативной помощи детям. — М.: Р.Валент, 2014. — 128 с.
7. WHO model formulary for children. Geneva, World Health Organization, 2010.
8. Хартія прав дитини, яка помирає. Médaille d'Or du Mérite Pour Services Rendus à la Santé Publique 2013. Електронний ресур: [www.fondazionemaruzza.org](http://www.fondazionemaruzza.org) CARTA\_TRIESTE\_UKR\_30\_GIU\_2017\_01
9. Особенности паллиативной помощи различным возрастным категориям: новорожденным, детям и подросткам. Учебно-практическое пособие./ Пролесковская И.В., Савва Н.Н., Вайнилович Е.Г., Пономаренко Н.В., Воронко Е.А.// Минск: ФУАинформю – 2013. – 76с.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

10. Принципи надання паліативної допомоги дітям. Посібник для тренерів з дитячої паліативної допомоги./ Ріга О. О., Пеньков А. Ю., Коновалова Н.М. // Харків:2017. – 97 с.
11. Оцінювання та лікування хронічного болю у дітей : метод. вказ. для студентів 5-го та 6-го курсу вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів, лікарів сімейної практики/ упоряд. М. О. Гончарь, О. О. Ріга, М. К. Уриваєва, Н.В. Орлова, М.І. Приходько// Харків : ХНМУ, 2019. – 24 с.
12. Настанови ВООЗ щодо фармакологічного лікування стійкого болю в дітей із медичними захворюваннями / за заг. ред. Л. Андріішин, О. Брацюнь ; пер. з англ. С. Дьоми. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2016. – 168 с.
13. Pain assessment and intensity in hospitalized children in canada./Stevens B.J., Harrison D., Rashotte J., Yamada J., Abbott L.K., Coburn G., Stinson J., Le May S. // J. Pain. 2012;13:857–865. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.010.
14. ICPCN. Children’s Palliative Care: A Maternal and Child Health Issue. An ICPCN briefing paper. ICPCN 2012; 8p.
15. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review./King S., Chambers C.T., Huguet A., MacNevin R.C., McGrath P.J., Parker L., MacDonald A.J. // Pain. 2011;152:2729–2738. doi: 10.1016/j.pain.
16. Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints./ Stefan J. Friedrichsdorf, James Giordano, Kavita Desai Dakoji, Andrew Warmuth, Cyndee Daughtry, and Craig A. Schulz. // Children (Basel). 2016 Dec; 3(4): 42.
17. Assessment and management of chronic pain. Guideline Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).— 2011.