



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



Консультування в контексті невиліковного захворювання. Поняття консультування та його етичні принципи. Навички консультування.

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

Мета заняття: знати особливості консультиування в контексті невиліковного захворювання, основні поняття консультиування та його етичні принципи, оволодіти навичками консультиування.

Перерахування питань, що підлягають вивченню:

1. Що таке хоспіс та його значення для дітей з невиліковними хворобами.
2. Назвіть основні принципи паліативної допомоги дітям, які помирають.
3. Дайте визначення станів, які обмежують тривалість життя.
4. Дайте визначення станів, загрозливих для життя
5. Яка філософія паліативної допомоги має бути застосовна при консультиуванні хворого на невиліковне захворювання
6. Який філософський підхід паліативної допомоги при взаємини між пацієнтом дитячого віку і медичним персоналом має бути використано?
7. Чому на Вашу думку може сприяти підвищення інформованості населення?
8. Чим Ви поясните ефективність щодо надання паліативній допомозі дітям мультипрофесійною та міждисциплінарною командою?
9. Чи ефективною є амбулаторна командна консултативна робота?
10. Які недоліки при амбулаторному консультиуванні та наданні паліативної допомоги можна передбачати?
11. Які переваги стаціонарної паліативної допомоги (спеціалізованих відділень, хоспісів)? (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).
12. В яких неспеціалізованих установах паліативної допомоги можна надавати консултативну паліативну допомогу?

Педіатрична паліативна допомога запобігає, визначає та лікує страждання дітей з важкими захворюваннями, їхні родини та команди, які піклуються про них.

Є доцільною на будь-якій стадії захворювання та може забезпечуватися разом з лікуванням, спрямованим на захворювання.

- ❖ 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).

Принципи ППД

- для дітей зі станами загрозливими і/або обмежують життя, з моменту постановки діагнозу;
- доступність у будь-якому місці, не залежно від моделі, де знаходиться дитина (надання правильної послуги в правильному місці в потрібний для пацієнта час, стільки скільки потрібно) - орієнтована на пацієнта і сім'ю;
- мульти - дисциплінарна команда, яка працює в партнерстві з сім'єю з метою досягнення кращого результату;
- усі заходи спрямовані на підвищення якості життя пацієнта і сім'ї, паліатив — це не відмова від боротьби.

Принципи паліативної допомоги полягають у тому, щоб:

- 1) поліпшити якість життя дитини та її сім'ї;
- 2) залучити дитину та її сім'ю до виявлення їхніх потреб;
- 3) забезпечити наявність усіх потрібних медичних, психологічних, пізнавальних, просвітницьких, розважальних та навчальних ресурсів;
- 4) гарантувати цілодобовий догляд силами кваліфікованих фахівців системи охорони здоров'я, що доповнюють функції одне одного. Для цього потрібні належне навчання, час, терпіння та самовідданість.

Запровадження паліативної допомоги на ранньому етапі:

- Допомогу слід вводити після встановлення діагнозу.
- Забезпечує фокусування на хворобі та стражданні на всіх етапах.
- Надає необхідну підтримку аби допомогти родинам пристосуватись.
- Запобігає усвідомленню змін у допомозі або її припиненні.
- Вузькоспеціалізована допомога інтегрується з первинною командою — контролювати первинного лікаря або фахівця первинної допомоги.

Міфи про ППД:

1. Паліативна допомога = хоспіс = втрачання надії
2. Дитина має бути невиліковно хворою або при смерті
3. Дитина повинна мати наказ “Не реанімувати”, щоб отримувати хоспісну допомогу
4. Тільки для дітей хворих на рак
5. Мають зупинити все лікування спрямоване на подолання хвороби
6. Мають відмовитися від команди, що надавала первинне лікування
7. Дитину слід перевести до іншого відділу/локації
8. Дитина помре скоріше/втратить надію в разі, якщо буде отримувати паліативну допомогу
9. Усі родини бажають, щоб “кінець життя” настав вдома
10. Призначення опіоїдів викликає пригнічення дихання та прискорює смерть

Група 1

Загрозливі життю захворювання, при яких радикальне лікування може бути здійснено, але часто не дає результатів.

Злоякісні новоутворення

**Незворотні органічні ураження
серця, нирок, печінки**

Група 2

Стани, при яких передчасна смерть неминуча, але тривале інтенсивне лікування може збільшити тривалість життя дитини і дозволить зберегти його активність, **НО МОЖЛИВА передчасна смерть.**

• муковісцидоз

• М'язові дистрофії

• ВІЛ/СНІД

Група 3

Прогресуючі інкрабельні стани, зазвичай тривають багато років, коли можливе проведення лише паліативної терапії

- хвороба Баттена
- мукополісахаридоз
- Нейром'язові або нейродегенеративні зазворювання

Група 4

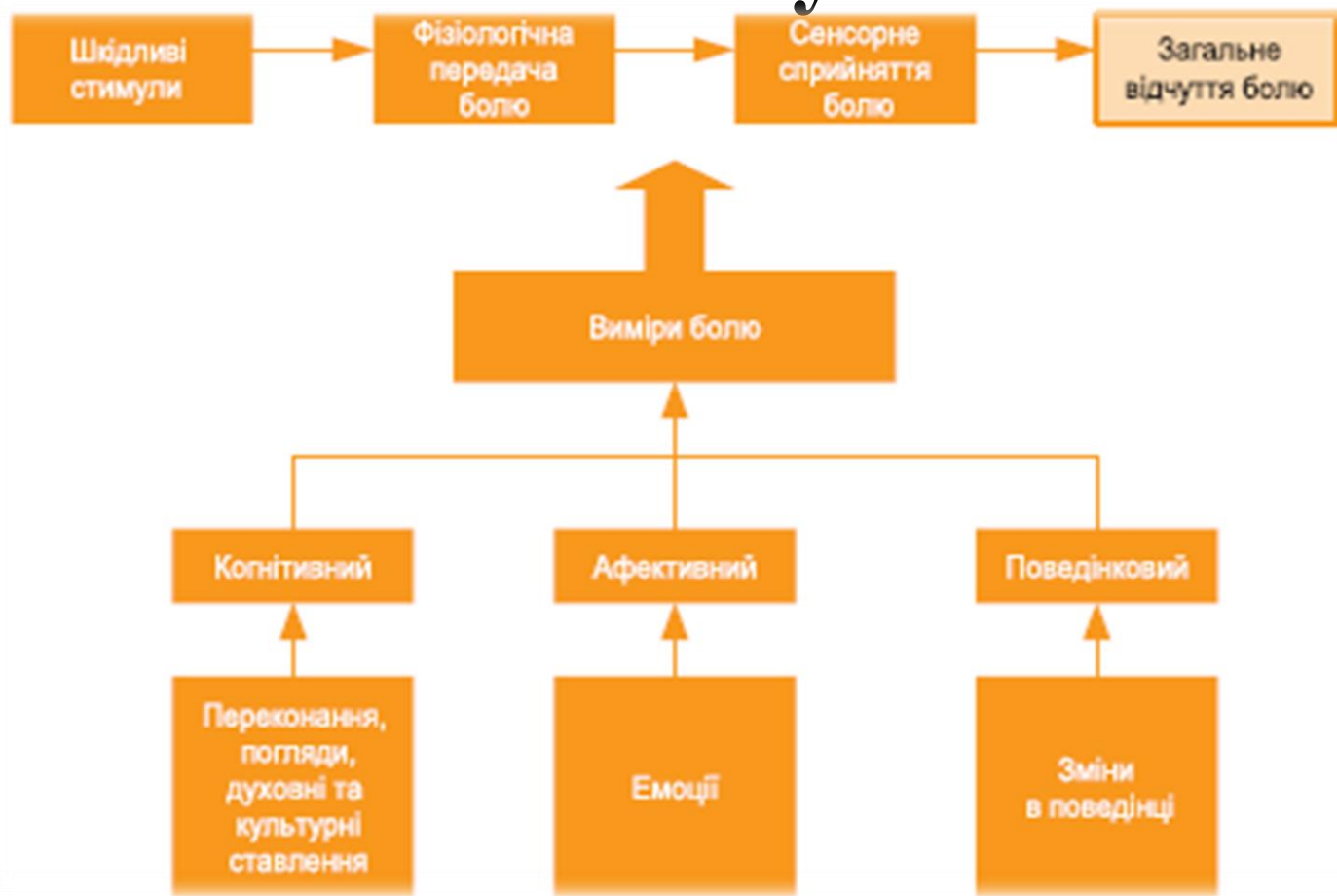
Незворотні/невиліковні, але не прогресуючі стани, що зумовлюють важку інвалідизацію дитини, схильність до частих ускладнень і можливість **передчасної смерті**.

- Дитячий церебральний параліч
- Стани після ушкодження спинного та головного мозку

Визначення болю. Міжнародна асоціація вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP) визначає біль як «неприємний чуттєвий та емоційний досвід, пов'язаний з ренальним чи потенційним пошкодженням тканин або сприйманим пошкодженням тканин.

- ✓ Біль є суб'єктивним неприємним відчуттям та емоційним переживанням, що виникає як реакція організму на дію шкідливих, руйнівних подразнень.
- ✓ Довготривалий та сильний біль формує складний багатокаскадний патофізіологічний та патопсихологічний процес, утворюючи багато нових клінічних та психологічних синдромів.
- ✓ Біль несе невимовні страждання, деформуючи психіку людини, та спроможний повністю знищити людину як особистість.

Діаграма багатьох вимірів болю, які модифікують передачу больових стимулів до мозку



Настанови ВООЗ щодо фармакологічного лікування стійкого болю в дітей із медичними захворюваннями / за заг. ред. Л. Андрійшин, О. Брацюнь ; пер. з англ. С. Дьоми. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2016. – 168 с.

Класифікація болю:

1. Патофізіологічний механізм (ноцицептивний або невропатичний біль, змішаний біль);
2. Тривалість (хронічний або гострий, проривний біль);
3. Етіологічний чинник (злоякісний, незлоякісний, ідіопатичний);
4. Анатомічне розташування.

Причинами деяких факторів стійкого болю в дітей можуть бути:

1. хронічні захворювання, такі як артрит, серповидноклітинна хвороба та ревматологічні порушення, є важливими причинами скелетно-м'язового болю, а хронічні стани, такі як запальна хвороба кишечника, можуть спричинити рецидивуючий біль у животі.
2. травми – фізичні, термальні, електричні та хімічні ураження (наприклад, опіки), що призводять до, наприклад, фантомного болю в ампутованій кінцівці або болю в нижній частині спини.
3. хвороби, що загрожують життю, та їхнє лікування, наприклад, одночасний гострий та хронічний біль при онкологічних захворюваннях та ВІЛ/СНІД.

Ідеопатичний біль не має етіології, яку можна було б визначити. Прикладами такого болю є більшість головних болів та рецидивуючий біль у животі. Біль при конкретних хворобливих станах, таких як рак, ВІЛ/СНІД та серповидноклітинна хвороба, може класифікуватися як змішаний гострий та/або хронічний біль, і може виникати через багато причин.

Сенсорні характеристики, що вказують на невропатичний біль

Сенсорна дисфункція	Визначення
Алодинія	Біль через подразник, який зазвичай не провокує біль. Наприклад, легкий дотик може викликати сильний біль
Гіпералгезія	Підвищена больова реакція на подразник, що зазвичай викликає біль (тактильна або термальна, обидва типи є рідкісними). Гіпералгезія до холоду виникає частіше, ніж до тепла
Гіпоалгезія	Знижена больова реакція на подразник, що зазвичай провокує біль (тактильна або термальна, обидва типи є частими)
Парестезія	Аномальне відчуття подразника, який зазвичай не є неприємним, такий як поколювання, пощипування або затерплість. Може бути спонтанним або спровокованим
Дизестезія	Неприємне відчуття. Може бути спонтанним або спровокованим
Гіперестезія	Підвищена чутливість до стимуляції (тактильна або термальна, обидва типи є рідкісними)
Гіпестезія	Знижена чутливість до стимуляції (тактильна або термальна, обидва типи є рідкісними)

Відмінність характеристик ноцицептивного й невропатичного болю

Тип болю	Походження подразника	Локалізація	Характер	Реперкусивність та іррадіація болю/сенсорна дисфункція	Приклади
Ноцицептивний: – поверхневий – соматичний	Виникає з ноцицепторів у шкірі, слизовій оболонці рота, носі, уретрі, анусі та ін.	Добре локалізований	Зазвичай гострий, може мати характер печіння або поколювання	Немає	Абсцеси, пост операцій-ний біль, поверхнева травма, поверхневий опік
Ноцицептивний: – глибокий соматичний	Виникає з ноцицепторів у кістковій, суглобовій, м'язовій і сполучній тканині	Добре локалізований з болочістю при пальпації	Зазвичай тупий або ниючий, або пульсуючий за характером	У деяких випадках біль відбивається у шкірі над ураженою ділянкою. Немає пов'язаної сенсорної дисфункції	Кістковий біль через метастази, переломи, м'язові судоми, серпоподібноклітинні судиннооклюзивні епізоди
Ноцицептивний: – вісцеральний	Виникає з ноцицепторів у внутрішніх органах (печінка, підшлункова залоза, плевра, очеревина)	Погано локалізований, розсіяний. Пальпація місця може викликати соматичний біль	Зазвичай нечіткий, тупий, ниючий, судоми або стискання, глибокий тиск, переймоподібний, має характер здавлювання або колювання, супроводжується нудотою, потовиділенням, блюванням	У деяких випадках біль, що відбивається у шкірі, проходить через ті ж чутливі корінці нерва, що пов'язані з ураженим органом. Може відбуватися іррадіація вісцерального болю, але не в безпосередньому місці іннервації. Немає пов'язаної сенсорної дисфункції	Біль через кислотний розлад травлення або закріп. Біль через розтягнення капсули печінки, плеври, як при пневмонії або туберкульозі
Невропатичний	Виникає в різних місцях і не завжди є залежним від подразника	Погано локалізований, розсіяний біль у ділянці сенсорної дисфункції в місці анатомічного поширення іннервації	Важко описати: печіння, поколювання або голчастий біль; гострий або прострілюючий, стійкий або періодичний	Невропатичний біль відчувається зсередини місця іннервації ушкодженого нерва. Може бути аномальна іррадіація. Біль пов'язаний з сенсорною дисфункцією (дизестезія, гіпестезія, гіперестезія та алодинія)	Центральний невропатичний біль через пошкодження спинного мозку через травму або пухлину. Болісні периферичні невропатії через ВІЛ/СНІД, рак або протиракову терапію (наприклад, хіміотерапію з вінкристином). Фантомні болі кінцівок

Основні принципи фармакологічного ведення болю:

- використання двоступеневої стратегії;
- дозування через регулярні проміжки часу;
- використання належного шляху введення;
- пристосування лікування до конкретної дитини.

Необхідні дії:

1. Оцінити:

- важкість загального стану дитини, діагноз, супутні захворювання та ускладнення, які можуть викликати біль;
- наявність ознак болю, його ймовірних причин та механізмів розвитку, джерела, локалізації.

2. Класифікувати біль та вимірювати його.

3. Задokumentувати наявність та характеристики болю в медичну документацію.

Питання, на які необхідно отримати відповідь під час клінічного обстеження та визначення характеристики болю:

- Які слова дитина або родина вживають для позначення болю?
- Які вербальні та поведінкові сигнали використовує дитина для вираження болю?
- Що роблять батьки та/або доглядальники, коли в дитини є біль?
- Чого не роблять батьки та/або доглядальники, коли в дитини є біль?
- Що краще за все полегшує біль?
- Де наявний біль і які його характеристики (місце, тяжкість, характер болю в описі дитини/батьків, наприклад, різкий, пекучий, ниючий, колючий, стріляючий, пульсуючий)?
- Як почався біль, що наявний зараз (чи був він раптовим/поступовим)?
- Як довго біль наявний (тривалість з початку виникнення)?
- Де відчувається біль (одне/кілька розташувань)?
- Чи турбує біль сон/емоційний стан дитини?
- Чи обмежує біль здатність дитини виконувати нормальні фізичні дії (сидіти, стояти, ходити, бігати)?
- Чи обмежує біль здатність/готовність дитини взаємодіяти з іншими та здатність гратися?

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. Різа, М. К. Уриваєва та ін. – Харків : ХНМУ, 2019. – 24 с.

Інструменти для оцінювання болю (шкали оцінювання болю)

Шкала оцінки болю в новонароджених/дітей до 1 року (Neonatal Infant Pain Scale, NIPS)

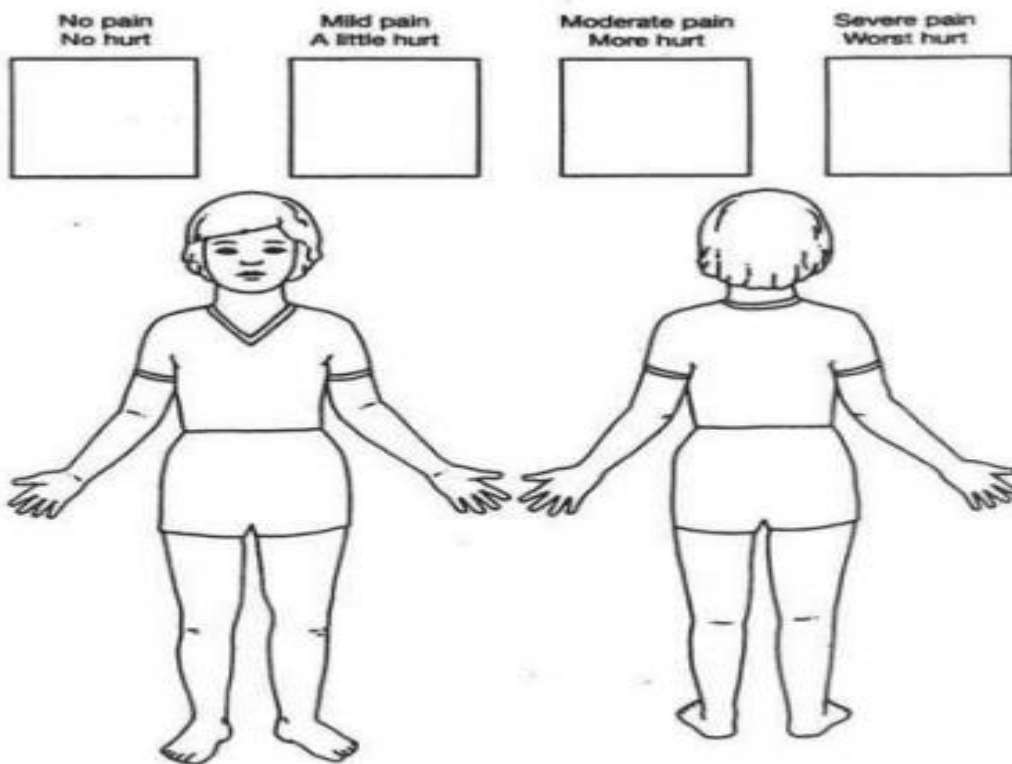
	Оцінювання болю	Бали
Вираз обличчя		
0-м'язи розслаблені	Спокійне обличчя, нейтральний вираз обличчя	
1-grimаса	Стислі м'язи обличчя, поорані брови, підборіддя та щелепи (негативний вираз обличчя - ніс, рот, брови)	
Плач		
0-відсутність плачу	Спокійний	
1-скиглить	Помірний переривчастий стогін	
2- сильний плач	Сильний крик (Якщо дитина інкубована – безмовний плач у вигляді рухів рота та обличчя)	
Дихання		
0 – звичайне, спокійне	Звичайне для даної дитини	
1-візуальні зміни дихання	Нерегулярне вдихання повітря, швидке або з затримкою	
Руки		
0 - розслаблені	М'язи не напружені, спонтанна рухова активність	
1-зогнуті або витягнуті	Напружені, випрямлені або зогнуті	
Ноги		
0 - розслаблені	М'язи не напружені, спонтанна рухова активність	
1-зогнуті або витягнуті	Напружені, випрямлені або зогнуті	
Стан неспанння		
1-сон/ пробудження	Спокійний/спокійне	
2-метушливий стан	Тривога, неспокій, нервові рухи	

Примітка. Сума балів понад «3» визначає наявність болю

(From Lawrence J, Alcock D, McGrath P, et al: The development of a tool to assess neonatal pain, Neonatal Network 12:59-65, 1993.)

Шкала кольору Еланда/Eland color tool (1989)

Mark each box with the color the child selects.



Примітка. No pain, no hurt – немає болю, Mild pain, a little hurt – слабкий біль, Moderate pain, more hurt – помірний біль; Severe pain, worst hurt – сильний біль.
Дитина кольором визначає бокси залежно від інтенсивності болю 4-бальна шкала, допомагає визначати біль різної локалізації і різної інтенсивності за кольором: наприклад, зелений – нема болю, жовтий – слабкий біль, оранжевий – помірний біль, червоний – сильний біль. Попросіть дитину визначити колір її болю, а потім запропонуйте розмалювати картинку тіла людини, використовуючи вибрані кольори у відповідних місцях.

Поведінкова шкала болю FLACC від англ. Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale)

Показник	Бальна оцінка		
	0	1	2
Обличчя	Відсутність будь-якої особливої гримаси або посмішка	Періодична гримаса або несхвальний погляд, усамітнення, відсутність інтересу	Частий або постійний несхвальний вид, стислі щелепи, тремтіння
Ноги	Нормальне положення або розслабленість	Скутість, неспокій, напрута	Пинання ногами або їх витягування
Активність	Спокійне положення лежачи, нормальне положення, легке переміщення	Вигинання, переміщення вперед / назад, напруженість	Вигнутість, ригідність або різкі поштовхоподібні рухи
Крик	Відсутність крику (при неспанні і під час сну)	Стогін або ниття, періодична незадоволеність	Постійний крик, пронизливий крик або схлипування
Здатність до зовнішнього заспокоєння	Здатність, розслабленість	Здатність при періодичному контакті, обніманні або спілкуванні, можливість відвернутися	Складність заспокоєння
Кожна з категорій оцінюється балом від 0 до 2, при підсумовуванні отримують сумарний показник болю від 0 до 10			

Примітка. Шкала для дітей віком від 0 до 3-х років.

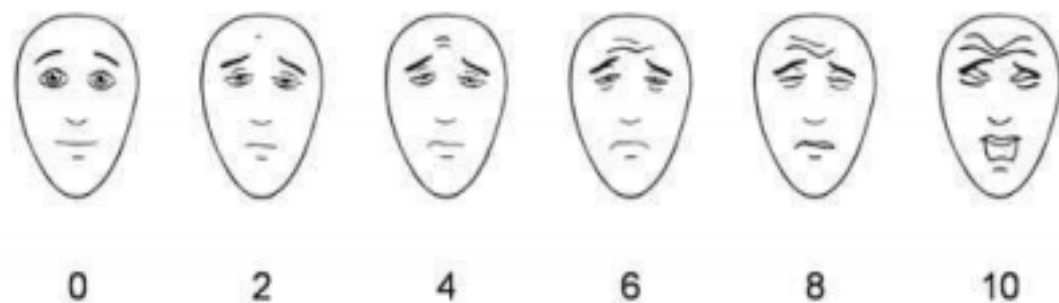
Оцінювання та лікування хронічного болю у дітей : метод. вказ. для студентів 5-го та 6-го курсу вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів, лікарів сімейної практики/упоряд. М. О. Гончарь, О. О. Ріга, М. К. Уриваєва та ін. – Харків : ХНМУ, 2019. – 24 с.

Faces Pain Scale – Revised, ©2001, International Association for the Study of Pain

Для дітей від 4 до 16 років, мімічна шкала, включає 6 намальованих облич із різними вираженнями, де є стандартне схематичне зображення змін міміки залежно від інтенсивності болю, проте в різних частинах світу вони можуть бути замінені на фотографії або малюнки місцевих дітей.

Проблемна особливість цієї шкали – діти можуть визначати більше свої емоції, ніж біль.

<http://www.iasp-pain.org/fpstr/>



Примітка. Вживайте слова "болить" або "біль" залежно від того, що конкретна дитина сприймає як правильне. Ці особи показують, наскільки сильно щось може боліти. Ця особа [вказіть на обличчя, яке показує, що болю немає - крайня особа зліва від дитини] показує, що нічого не болить. Особи показують все більш сильний біль [вказіть на кожне з них в напрямку зліва направо] до цього [вказіть на обличчя, яке показує найсильнішу біль, крайня особа праворуч від дитини] - воно показує дуже сильний біль.

Укажи, які з цих осіб, показують, як сильно тобі боляче [зараз]".

Визначте бальну оцінку болю за обраною особою 0, 2, 4, 6, 8 або 10, рахуючи зліва направо, при цьому "0" = "болю ні", а "10" = "дуже сильний біль". Не використовуйте слів на кшталт "радісний" і "сумний". Ця шкала призначена для кількісної оцінки того, що діти відчувають всередині, а не того, що виражають їхні обличчя.



http://www.oucher.org/the_scales.html, ©The Caucasian version of the OUCHER was developed and copyrighted by Judith E. Beyer, PhD, RN, USA, 1983.

ШКАЛА ОЦІНКИ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ



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. Різа, М. К. Уриваєва та ін. – Харків : ХНМУ, 2019. – 24 с.

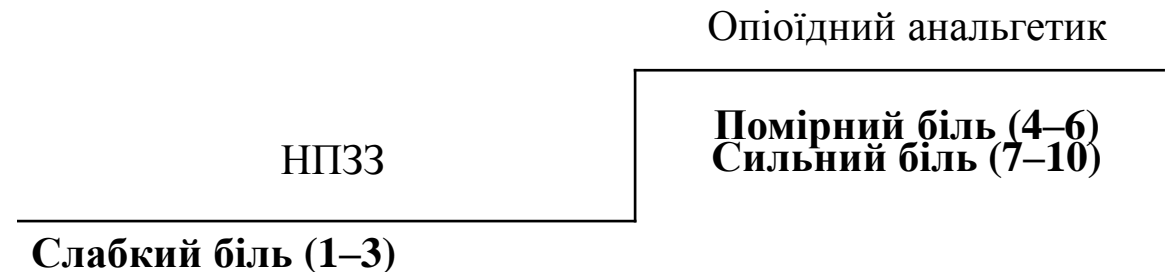
Лікування ХБ у дітей

Існують *немедикаментозні* (застосовуються додатково до медикаментозного методу) та *медикаментозні* (фармакологічні) методи контролю ХБ при паліативній допомозі дітям.

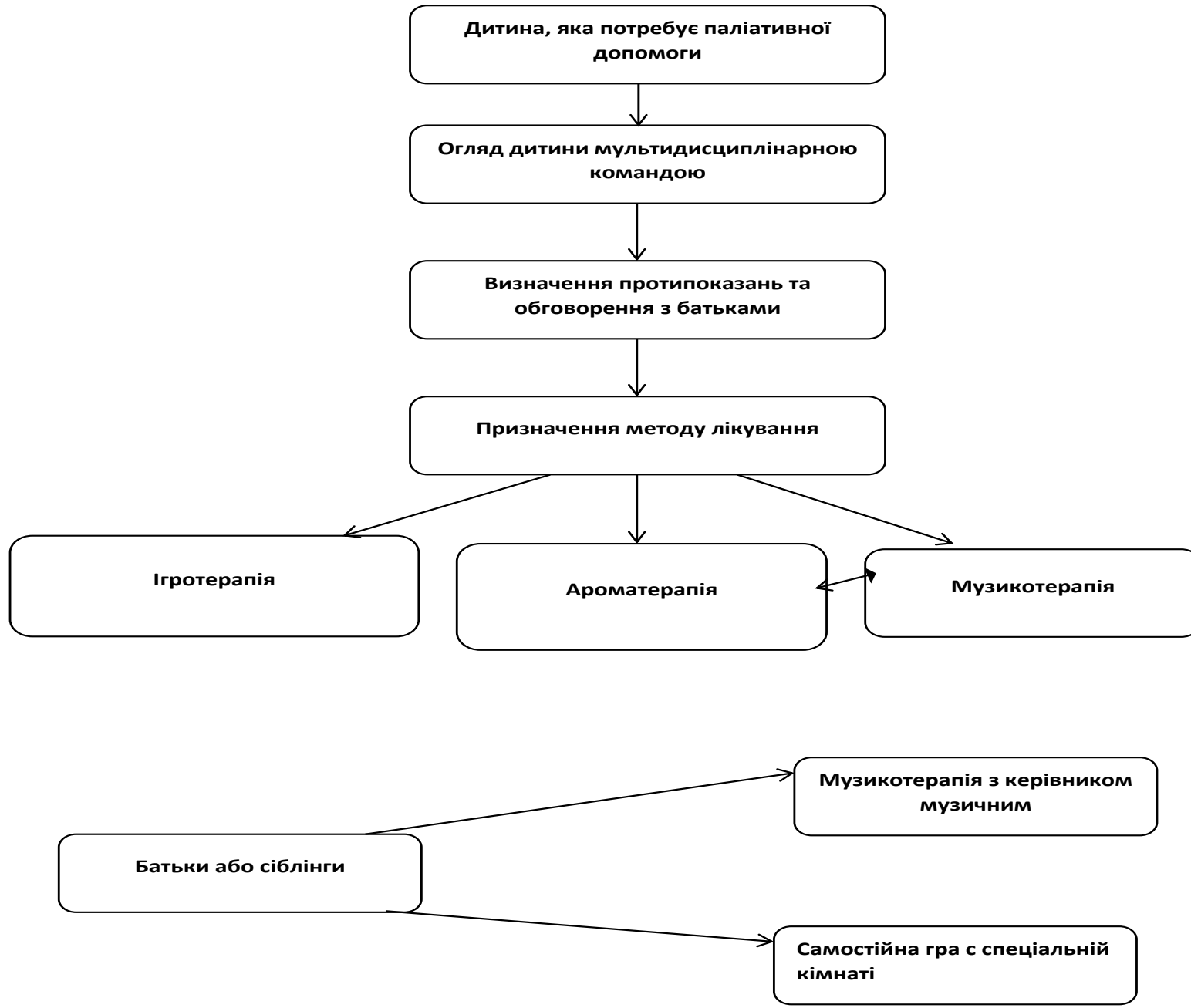
Фармакологічне протибольове лікування побудоване на застосуванні таких класів лікарських засобів (ЛЗ):

1. Нестероїдні протизапальні лікарські засоби (НПЗЛЗ).
2. Наркотичні (опіюїдні) анальгетики.
3. Допоміжні (ад'ювантні) ЛЗ, дія яких спрямована на оптимізацію дії анальгетиків.

Разом з тим висновки експертів ВООЗ свідчать про те, що ефективно зарадити сильному болю можна лише при застосуванні опіюїдних анальгетиків. ВООЗ рекомендує двоступеневу стратегію знеболювання (рис. 1):



Клінічний маршрут пацієнта з комплементарного лікування



Протибольове лікування з використанням двоступеневої стратегії

Двоступенева стратегія складається з вибору категорії знеболювальних лікарських засобів відповідно до рівня тяжкості болю дитини: якщо біль дітей оцінюється як слабкий, препаратами першого вибору слід розглядати парацетамол та ібупрофен; якщо біль дітей оцінюється як помірний або сильний, має розглядатися призначення опіоїду.

- 1. Перший ступінь:** парацетамол та ібупрофен – бажані лікарські засоби на першому ступені (слабкий біль).
- 2. Другий ступінь:** від помірного до сильного болю.

Морфін – це бажаний лікарський засіб для другого ступеня, хоча інші опіоїди теж слід взяти до уваги, і до них має бути наданий доступ для забезпечення альтернативи морфіну в разі появи побічних ефектів, які неможливо усунути.

Протибольове лікування з регулярними інтервалами.

Для лікування стійкого болю лікарські засоби мають застосовуватися на регулярній основі, а не за принципом «на вимогу», за винятком випадків, коли епізоди болю є дійсно періодичними й непередбачуваними.

Вибір шляху введення знеболювального.

Спосіб застосування лікарських препаратів дітьми має бути найпростішим, найбільш ефективним і найменш болючим, отже, пероральні лікарські форми є найзручнішими і найдешевшими.

Вибір альтернативних шляхів введення, таких як внутрішньовенний (в/в), підшкірний (п/ш), ректальний або трансдермальний, коли пероральний спосіб не доступний, має ґрунтуватися на клінічній оцінці, доступності та побажаннях дитини *незалежно від рівня надання медичної допомоги*. Внутрішньом'язовий (в/м) шлях введення є болючим і його слід уникати. Ректальний спосіб має ненадійну біодоступність як для парацетамолу, так і для морфіну, що обмежує доцільність його застосування.

Мультимодальна модель анальгезії

Не опіоїди

- Парацетамол
- НЗПС

Опіоїди

- Морфін (WHO II)
- ВОЗ «по годинам»

Ад'юванти

- Антikonвульсанти
- Антидепресанти
- Спазмолітики
- Бензодіазепіни
- Біфосфонати
- ГКС
- Міорелаксанти

Психологія і реабілітація

- Ігротерапія
- Оккупаційна терапія
- Психотерапія

Інтегративна терапія

- Масаж
- Ароматерапія
- Дихальна гімнастика
- Гіпноз
- др.

Інші підходи

- Регіонарна анестезія
- Епідуральна анестезія
- Блокада
- Черезшкірна кордотомія

Кроки для використання інтегративної медицини:

- пошук інформації і готовність обговорити з батьками;
- оцінка наукових доказів конкретних терапевтичних підходів;
- виявлення ризиків або потенційних шкідливих наслідків;
- забезпечити сім'ям інформацію з цілого ряду варіантів лікування;
- навчати сім'ї оцінювати інформацію про всі підходи до лікування;
- уникати використання інтегративної медицини при занепокоєнні батьків;
- активно прислухатись до побажань батьків і дітей з хронічними захворюваннями;
- сильними рекомендаціями володіють психотерапія, ігротерапія, фізична та окупаційна терапія, музикотерапія, аромотерапія (1С).

Ігротерапія

- Ігротерапія з дитиною, яка потребує паліативної допомоги, проводиться щоденно. Тривалість занять: індивідуальна за бажанням дитини, при спеціальних заняттях - від 15 до 45 хвилин.
- Виконавці: медичні та педагогічні працівники закладу, волонтери.
- Місце проведення: кімната, в якій перебуває пацієнт, ігрова кімната, кабінети спеціалістів.

Мартинюк В.Ю. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / В.Ю. Мартинюк // Навчально – методичний посібник (за ред. В.Ю. Мартинюка, С.М. Зінченко. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.

Форми ігротерапії:

- індивідуальна;
- групова;
- з сім'єю.

Функції ігротерапевта:

- стимуляція розвитку;
- адаптація діяльності;
- підтримка сиблінгів;
- спеціальна терапевтична активність;
- емоційна підтримка;
- навчання батьків.

Рекомендації по іграм при наданні паліативної допомоги:

- підтримка з боку всього персоналу, який є поряд з дитиною, з метою реалізації права дитини на участь в іграх;
- надання дитині необхідного часу та інструментів для забезпечення комфортного ігрового простору;
- обізнаність і правильне сприйняття персоналом, соціальними робітниками і фахівцями суміжних професій важливості гри в процесі надання паліативної допомоги, потенційної ролі персоналу в спрощенні ігрового процесу і необхідності вислуховувати дитину через гру;
- персоналу може виявитися корисним спеціальне навчання тому, як вислуховувати дітей через гру;
- доступ до спеціалізованої ігрової терапії для тих дітей, яким вона може бути корисною.

Ефекти ігротерапії:

- підвищення упевненості в собі;
- вдосконалення процесу ухвалення рішень ;
- поліпшення почуття контролю над середовищем, що оточує дитину
- подолання емоційних бар'єрів;
- зниження почуття тривоги, депресії і гніву;
- розвиток рішення проблем;
- підвищення автономії;
- збільшення релаксації;
- збільшення навчання;
- поліпшення самовираження;
- послаблення відчуття відособленості.

Мартинюк В.Ю. Основи медико–соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / В.Ю. Мартинюк // Навчально – методичний посібник (за ред. В.Ю. Мартинюка, С.М. Зінченко. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.

Музична терапія

Музична терапія - це встановлена медична професія, яка використовує музику і терапевтичні стосунки для вирішення фізичного, психологічного, когнітивного і/або соціального функціонування пацієнтів різного віку і з різними порушеннями в стані здоров'я.

Музикотерапія активно використовується в корекції емоційних відхилень, страхів, рухових і мовних розладів, психосоматичних захворювань, відхилень у поведінці, при комунікативних труднощах тощо.

Музика використовується як докільця і допоміжний спосіб під час процедур, в передопераційній період і/або для використання в лікуванні хронічного болю.

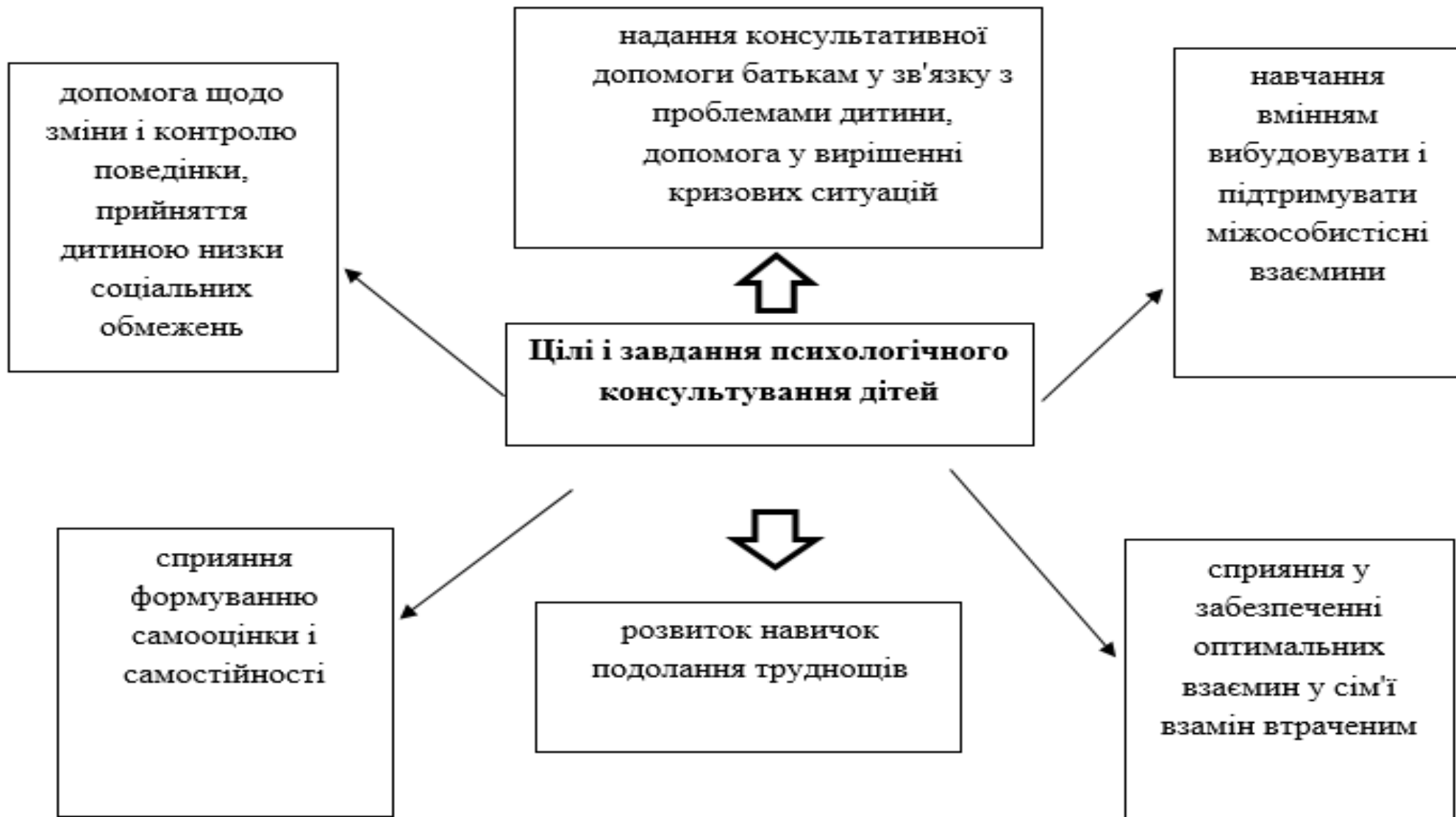
Форми музикотерапії:

- індивідуальна
- групова
- з членами родини
- з сіблінгами

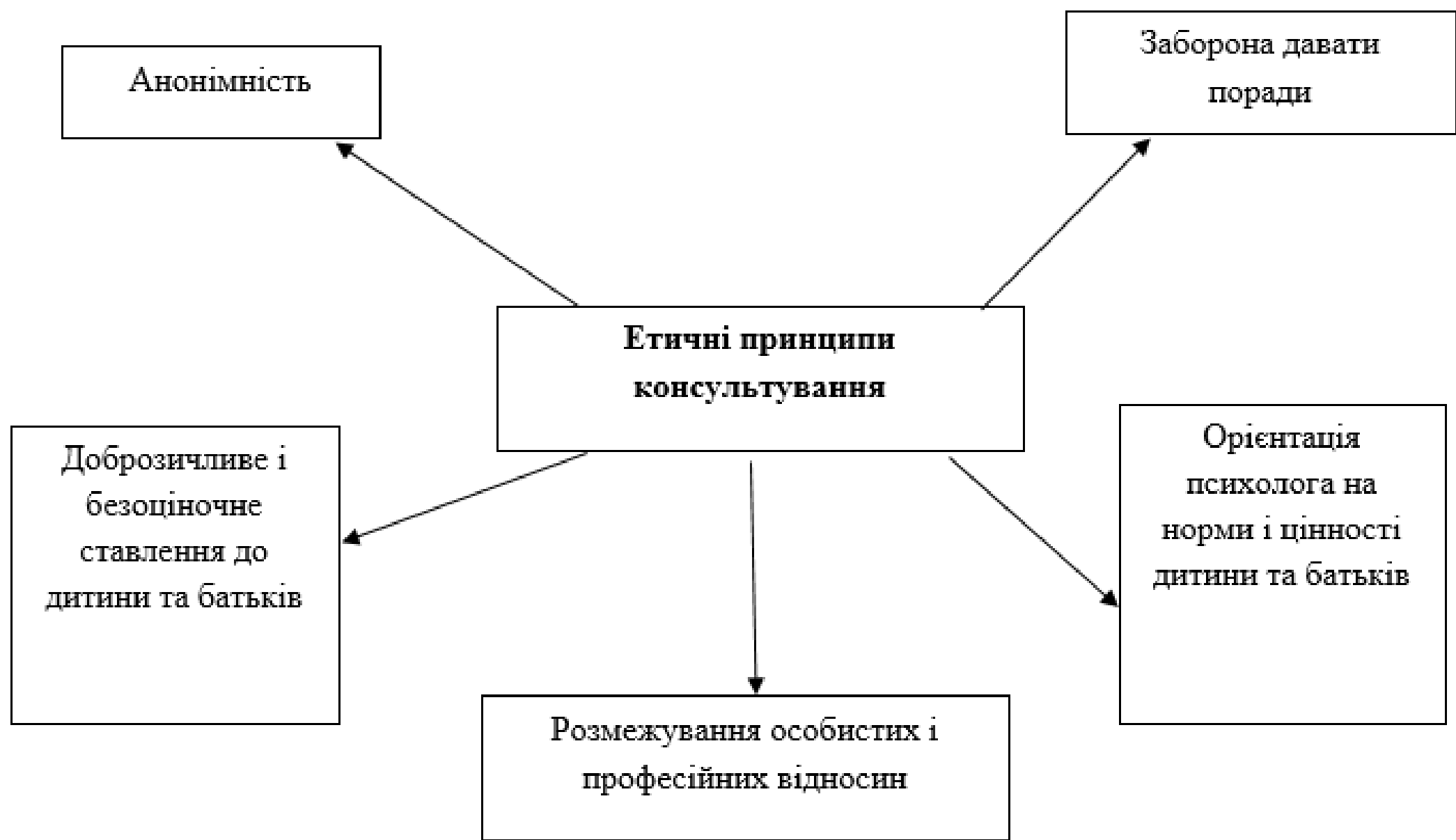
Ефекти музикотерапії:

- відвертає увагу слухача від болю або занепокоєння (допомагає знизити дозу та частоту прийому знеболюючих препаратів, знижує відчуття процедурного болю);
- забезпечує ритмічне дихання згідно музичного стимулу;
- обумовлює глибоку релаксацію;
- змінює настрій і емоційні реакції;
- зосереджує на позитивних думках і почуттях, допомагає радіти життю;
- покращує запам'ятовування і розуміння;
- поліпшує увагу і пам'ять;
- поліпшує навички подолання труднощів;
- поліпшує взаємодію;
- допомагає вираженню потреб і почуттів;
- підвищує мотивацію.

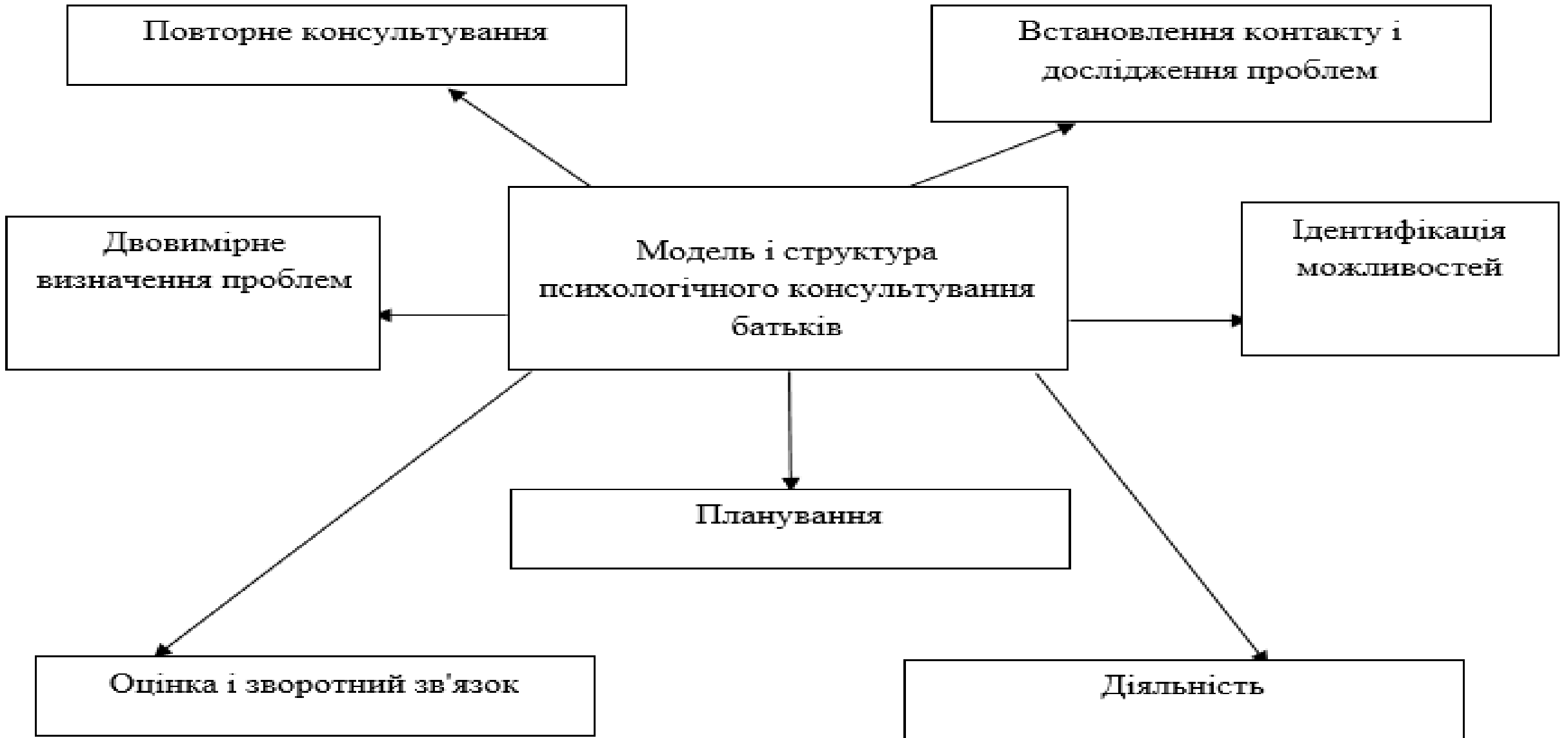
Мартинюк В.Ю. Основи медико–соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / В.Ю. Мартинюк // Навчально – методичний посібник (за ред. В.Ю. Мартинюка, С.М. Зінченко. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.



Noyes J., Tudor R., Hastings R, 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.



Noyes J., Tudor R., Hastings R, 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.



Noyes J., Tudor R., Hastings R, 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.



Noyes J., Tudor R., Hastings R, 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.

Хлопчик 5 років, маса тіла 20 кг. Скарги на біль у животі, порушення толерантності до їжі, нудота, діарея. Діагноз СНІД комплекс *Mycobacterium avium* (МАК-комплекс). Дитину госпіталізовано для лікування, підтримки харчування, контролю болю (біль протягом 2-х місяців, лікується морфіном в/в 1,4 мг на добу. МАК викликає спазматичні коліки, біль. Додатково у дитини діагностовано псевдокісти підшлункової залози, які були також джерелом болю (вісцерального болю з іррадіацією в спину) і виразкова хвороба, яка викликала біль при прийомі їжі + різке здуття живота, яке викликало стиснення нервів. Дитина також скаржилася на болі в ногах, але хлопчик був не в змозі описати їх характер (імовірність того, що біль у ногах носить невропатичний характер висока, тому що цей тип болю відзначений у 15 % до 50 %. Біль у животі його була описана матір'ю як постійна з переривчастими загостреннями. Дитина продемонструвала біль на 8 балів. Медичний персонал документально підтвердив аналогічну картину. Дитина демонструвала занепокоєння, особливо протягом перших кількох місяців її госпіталізації, Особливо, коли позбавлявся матері. Під час госпіталізації виконувалися часто болючі діагностичні процедури: ендоскопія, колоноскопія, бронхоскопія, часто аналізи крові, магнітно-резонансна томографія хребта, голови, живота і, УЗД нирок і різних кінцівок, ехокардіографія, і біопсія кісткового мозку.

Завдання:

1. Визначте групу пацієнта.
2. Дайте характеристику больового синдрому.
3. Які шкали використовувалися для суб'єктивної оцінки, для об'єктивної оцінки?
4. Заповніть (відзначте) необхідні шкали на 8 балів відповідно до скарг.
5. Визначте кратність використання шкал.
6. Проведіть розрахунок дози морфіну і його корекцію
7. Які додатково препарати і методи лікування можна додати для лікування болю?

Запитання для самостійного опрацювання:

1. Скільки ступенів знеболювання використовують при лікуванні больового синдрому у дітей?
 - A. Один.
 - B. Два.**
 - C. Три.
 - D. Чотири.
2. На якому ступені можна використовувати парацетамол?
 - A. Тільки на першому.**
 - B. Тільки на другому.
 - C. Тільки на третьому.
 - D. На будь-якому рівні.
3. Чи можна використовувати нестероїдні протизапальні засоби типу ібупрофен з морфіном?
 - A. Так**
 - B. Ні.
4. У дитини з ВІЛ має місце пекучий біль і оніміння в ногах. Чим це викликано?
 - A. М'язовий спазм.
 - B. Нейропатичний біль.**
 - C. Шкірна інфекція.
5. У яких випадках використовується гіосцину бутилбромід?
 - A. При нейропатичному болю.
 - B. При кишкових коліках.**
 - C. Тільки на другому ступені знеболювання.

6. Карбамазепін призначається для лікування судом у дітей. У яких випадках він також може ви- користовуватися?

A. Сплутаність свідомості.

B. Запор.

C. Нейропатичний біль.

7. Яка доза карбамазепіну при використанні в якості аналгетичної аналгезії у дітей?

A. 5–20 мг/кг на добу за 2–3 прийоми.

B. 10–40 мг/кг на добу за 2–3 прийоми.

C. 5–10 мг/кг на добу раз на день.

D. 10–40 мг/кг на добу раз на день.

8. Яка стартова доза перорального морфіну для 10-місячної дитини, що раніше не отримувала морфін?

A. 0,1 мг/кг кожні 4 год

B. 0,2 мг/кг кожні 4 год

C. 0,3 мг/кг кожні 4 год

D. 0,4 мг/кг кожні 4 год.

9. Який найменший фенталіновий пластир для дітей?

A. 8 мкг, що еквівалентно 35 мг морфіну на добу перорально.

B. 10 мкг, що еквівалентно 40 мг морфіну на добу перорально.

C. 12 мкг, що еквівалентно 45 мг морфіну на добу перорально.

D. 15 мкг, що еквівалентно 50 мг морфіну на добу перорально.

10. **Гострий біль:**
- A. Зазвичай викликаний певним гострим пошкодженням або хворобою.**
 - B. Не має яскраво вираженого початку, його тривалість обмежена і передбачувана.
 - C. Є результатом тривалого патологічного процесу.
11. **Що з наведеного нижче НЕ є типом ноцицептивного болю?**
- A. Вісцелярний.
 - B. Невралгія.**
 - C. Соматичний.
12. **Що Ви будете використовувати в першу чергу для лікування нейропатичного болю?**
- A. Трициклічні антидепресанти або протисудомні препарати.**
 - B. Кетамін, місцевий анальгетик системно.
 - C. Наркотичні анальгетик + НПЗЛЗ + кортикостероїди або наркотичні анальгетики.
13. **Яка з перелічених шкал оцінки болю НЕ може використовуватися у дітей віком до 3 років?**
- A. Шкала облич.**
 - B. Візуально-аналогова.
 - C. Шкала тактильної і візуальної оцінки болю.
 - D. Шкала оцінки обличчя, ніг, активності, плачу, спокою.
14. **Разом з яким препаратом ніколи не повинен назначатися морфін?**
- A. Амітриптилін.
 - B. Кодеїн.**
 - C. Ібупрофен.
15. **Хронічний біль:**
- A. Зазвичай викликаний певним гострим пошкодженням або хворобою.
 - B. Не має яскраво вираженого початку, його тривалість обмежена і передбачувана.
 - C. Є результатом тривалого патологічного процесу.**

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 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.