

## ОТ РЕДАКЦИИ



В этом номере «Российского журнала детской гематологии и онкологии» мы представляем вам лекцию по важной теме – терапии хронического болевого синдрома у детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями, требующих паллиативной помощи. Данная лекция была прочитана во Владимире 19 ноября 2015 г. в рамках семинаров по программе «Дальние регионы».

## Особенности хронического болевого синдрома в паллиативной педиатрии

**А.В. Пшонкин**

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева»  
Минздрава России; Россия, 117997, Москва, ул. Саморы Машела, 1

**Контактные данные:** Алексей Вадимович Пшонкин alexey.pshonkin@gmail.com

*В настоящее время паллиативная педиатрия в Российской Федерации находится на этапе становления. Только в прошлом году в апреле был издан приказ Министерства здравоохранения о порядке оказания паллиативной помощи детям, в котором обосновано существование паллиативной педиатрии как отдельной службы. Онкологические терминальные пациенты составляют около 20–30 % всех курируемых детей в паллиативной педиатрии, однако именно они попадают под опеку сразу в тяжелом состоянии, с множеством медицинских проблем после выписки из онкологических отделений, где получали лечение по основному заболеванию. Одной из ведущих проблем, которая в основном определяет качество жизни ребенка за чертой консилиума о некурабельности, является болевой синдром.*

**Ключевые слова:** хроническая боль, паллиативная помощь, дети, качество жизни, болевой синдром

DOI: 10.17650/2311-1267-2016-3-2-38-45

### Features of chronic pain in pediatric palliative

**A.V. Pshonkin**

Federal Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology named after Dmitriy Rogachev, Ministry of Health of Russia;  
1 Samory Mashela St., Moscow, 117997, Russia

*Palliative therapy for pediatric patients in Russian Federation is at stage of formation nowadays. Only in the April of previous year the Ministry of Health order on palliative care for children was issued. The separate existence of palliative care for children is indicated in this order. Oncological patients in terminal condition is about 20–30 % of all children require palliative care. But they always enter the palliative care program in severe situation after the treatment in oncological departments with a lot of medical problems. One of the main problems that determine quality of life of child after the decision on incurability is pain syndrome.*

**Key words:** chronic pain, palliative care, children, quality of life, pain syndrome

Для каждого клинициста, врача-педиатра пациент, пришедший с жалобами на боль, является особым. С таким больным следует тщательно разбираться, необходимо назначать обследования, с ним нужно поговорить. И в итоге решить проблему, избавив пациента от возникшего болевого синдрома в зависимости от причины, которая его вызвала.

Почему этот нехитрый алгоритм диагностики и лечения практически не работает, когда мы говорим о пациенте, который находится на этапе паллиативной помощи в педиатрии? Несмотря на то, что практически каждый ребенок, который умирает от онкологического заболевания, страдает от хронического болевого синдрома. При этом его распространенность в терминальной стадии неонкологических заболеваний также является значимой проблемой – и при муковисцидозе, и при тяжелых врожденных пороках развития, и при детском церебральном параличе, и при синдроме приобретенной иммунной недостаточности, и при нейродегенеративных заболеваниях встречается болевой синдром.

Данные статистики по Российской Федерации (РФ) подтверждаются коллегами из различных стран, в частности из Польши, Австралии, Великобритании, Японии, США, Германии, где оценивали распространенность болевого синдрома у паллиативных пациентов в возрасте до 18 лет. Мы видим, что 75 % больных страдали от болевого синдрома. В 2008 г. был проведен интересный опрос, в котором участвовали родители 50 детей, умерших от онкологических заболеваний. Было задано 3 вопроса:

1. Что беспокоило ребенка в последние 7 дней его жизни?
2. Что беспокоило ребенка в последний день его жизни?
3. Какая терапия, по мнению родителей, является наиболее эффективной для ребенка в этот период?

Около 70 % родителей отметили, что ведущим симптомом, который определял качество жизни ребенка в эти дни, была боль, а наиболее эффективной терапией, с их точки зрения, было адекватное анальгетическое сопровождение.

За несколько лет до этого был проведен похожий опрос родителей 123 пациентов с незлокачественными заболеваниями, которые курировались паллиативной службой. Опрос показал, что 60 % родителей отметили, что их ребенку знаком болевой синдром. И из этих 60 % подавляющее большинство сказали, что ведение болевого синдрома было неадекватным и недостаточным.

А что происходит в РФ? Показателен пример семьи, которая в 2014 г. попыталась получить наркотические препараты для своего ребенка, выписанного из федерального центра в связи с решением консилиума о некурабельности. Семья проживала в маленьком поселке вдали от районного центра, наблюдался ребенок

педиатром согласно рекомендациям федерального центра и при прогрессировании заболевания у него возник неконтролируемый болевой синдром. Врач-педиатр обратил на это внимание и согласился с необходимостью назначения наркотического препарата для адекватного ведения ребенка. При этом у данного специалиста не было допуска к выписке наркотических обезболивающих, и требовалась поездка в детскую районную поликлинику, где работает детский онколог, который мог выписать рецепт на наркотический анальгетик. Маме пришлось ехать за несколько десятков километров на прием к детскому онкологу в поликлинике, который согласился с необходимостью выписки препарата, но в поликлинике не оказалось лицензии на наркотические препараты, поэтому маме необходимо было ехать во взрослую поликлинику, где «взрослый» онколог должен был выписать лекарство. И родители едут за несколько сотен километров от места проживания ребенка к «взрослому» онкологу, который на самом деле имеет право согласиться или не согласиться с назначением детского онколога или педиатра, но в данной ситуации он согласился. Теперь он должен получить подтверждение от сотрудника Госнарконтроля, что «взрослый» онколог имеет право выписать рецепт ребенку, получает это разрешение, сообщает в детскую районную поликлинику детскому онкологу, родители едут туда и получают рецепт на препарат. Затем они едут снова во взрослую поликлинику для получения препарата, так как аптечный пункт, где выдаются наркотики, находится во взрослой поликлинике. Но в рецепте выписано такое количество ампул, которого нет в аптечном пункте, и им предложили приехать через несколько дней. Естественно они приехали и наконец получили этот наркотический препарат. Никто не отказал ребенку в наркотическом обезболивании – ни педиатр, ни детский онколог, ни «взрослый» онколог – лишь процесс выдачи занял практически 7 дней. Для нас это всего 7 дней, а для ребенка – это 7 дней мучений.

Еще есть проблема, с которой мы сталкиваемся каждый день, и связана она с преемственностью. То есть, если болевой синдром появился в пятницу вечером, возникает вопрос, кто будет выдавать наркотический препарат? Как правило, родителям в этом случае советуют использовать те средства, которые уже есть в наличии и ждать понедельника, когда проблема может быть решена. Но опять же, для нас это просто выходные, а для ребенка это 2 дня наедине с тяжелым болевым синдромом. И помимо явных причин, когда нельзя выписать препарат в выходные и праздничные дни, есть и нарушение преемственности внутри самой поликлиники, когда, например, заведующая поликлиникой обеспечивает выдачу наркотических препаратов ребенку. Но она уходит в отпуск, на ее место садится исполняющий обязанности, который не очень пони-

мает, каким образом необходимо выписывать наркотические препараты, и у ребенка возникает перерыв в выдаче анальгетиков. Это все реальные случаи, которых на самом деле можно было бы избежать и это в наших руках.

На примере работы нашей выездной региональной программы по ведению паллиативных онкологических пациентов, которая была создана при активной поддержке благотворительного фонда «Подари жизнь», мы видим, что только у одного из трех детей удается беспрепятственно, вовремя и грамотно назначить обезболивающую терапию. Зачастую требуется вмешательство полномочных представителей по правам ребенка в регионе, министров здравоохранения и многих других.

Для пациентов, которые страдают неонкологическими заболеваниями и находятся на курации паллиативной службы, получение наркотических препаратов еще большее «приключение». Хотя в Москве существует благотворительный фонд «Вера», который курирует около 300 пациентов с неонкологическими заболеваниями, требующими паллиативной помощи, часто требуется вмешательство Департамента здравоохранения г. Москвы, чтобы доказать, что ребенку оно необходимо.

Однако ведение хронического болевого синдрома у детей не является эксклюзивной проблемой в РФ. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2012 г. признала тот факт, что боль у детей не распознается, игнорируется и часто отрицается. Проблема хронической боли — это проблема всего медицинского сообщества. В каждой стране свои трудности. У нас — это дефицит форм наркотических анальгетиков, которые мы можем предложить ребенку. Как правило, это инъекционный морфин или ампулы трамадола и, реже, капсульный вариант данного препарата.

Другая проблема заключается в том, что регионы закупают недостаточное количество анальгетиков. К сожалению, есть недостаток знаний у врачей по обезболиванию. Становится понятно — что толку, если есть морфин, но доктор не знает, как его назначить. Кроме того, существует определенный страх у врачей перед работой с наркотическими препаратами и это является одним из фактов неадекватного ведения болевого синдрома у детей.

Так, в 2014 г. было проведено анкетирование 123 врачей-онкологов, которым задали 15 вопросов по ведению хронического болевого синдрома. На вопрос, сколько существует ступеней лестницы обезбоживания в детской практике, правильный ответ дали только треть опрошиваемых. На вопрос, как перейти с морфина инъекционного на фентаниловый пластырь, правильно ответили 9 % респондентов. Таким образом, проблема образования сейчас стоит достаточно остро. Однако проведение паллиативной химиотерапии, которую должен осуществлять детский онколог, а не педиатр, — это профессиональный навык и прямая обя-

занность, а проблема обезбоживания — это общемедицинский вопрос и неважно, какая у тебя специальность, важно знать и понимать, как обеспечить пациента обезбоживанием. В настоящее время Министерство здравоохранения РФ пытается включить в программу обучения студентов в медицинских вузах блоки по обезболиванию и ведению хронического болевого синдрома, включают этот вопрос в программу сертификационных циклов по онкологии и гематологии.

Еще одной проблемой является то, что врач не всегда знает, где можно получить информацию. При этом полностью переведенные «Международные рекомендации по медикаментозному лечению хронического болевого синдрома у детей» легкодоступны (<http://www.rcpcf.ru/news/122.html>). Также специалисты ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева издали Методическое пособие по фармакотерапии персистирующей боли у детей и подростков, ее можно найти в разделе клинических рекомендации на сайте [www.podgo.org](http://www.podgo.org). Эти рекомендации были приняты на V Межрегиональном совещании НОДГО. Данные стандарты паллиативной помощи в полном объеме были учтены при принятии Порядка оказания паллиативной помощи, который вступил в силу 14 апреля 2015 г.

Каковы же причины хронического болевого синдрома в онкологии? Их можно разделить на несколько групп. Это причины, обусловленные непосредственно опухолью (инфильтрация костей, мягких тканей и нервов); причины, ассоциированные с опухолевым процессом (боль как проявление паранеопластических синдромов, инвазивные грибковые инфекции, вирусные инфекции, возникающие в связи с изменением иммунного статуса). Несомненно, причиной болевого синдрома является и назначаемая ребенку специфическая терапия. Это боли после оперативного лечения (например, фантомные), боли, ассоциированные с лучевой терапией и боли, связанные с осложнением химиотерапии (например, мукозиты, энтероколиты).

Основное же отличие болевого синдрома у ребенка с онкологическим заболеванием заключается в том, что этот болевой синдром не является временным или преходящим, от него нет никакой биологической защиты в организме. Это патологический синдром, который истощает, забирает все силы. Он является основным из тех, которые определяют качество жизни ребенка в терминальном периоде.

При незлокачественном заболевании, требующем паллиативной помощи, спектр причин возникновения боли весьма разнообразен. Это может быть болевой синдром в животе, обусловленный проблемами желудочно-кишечного тракта, цистит (при применении мочевого катетера), мышечная боль (связанная с некомфортной позой лежачих пациентов и использованием неправильных кроватей), боли во рту (связанные

с трудностью поддержания гигиены), кожные боли, цефалгия или боли от проведения медицинских процедур.

Вне зависимости от характера причины описаны основные принципы ведения болевого синдрома, которые заключаются в том, что мы должны предотвращать и контролировать боль, и здесь следует работать мультидисциплинарной команде, которая состоит из нескольких специалистов.

Несомненно, важным является и то, что выраженный болевой синдром должен расцениваться медицинским персоналом как неотложная проблема, которая требует быстрого решения. Понимаю, что лечение первопричины боли достаточно сложно, особенно, когда мы понимаем инкурабельный статус заболевания. Мы должны прогнозировать и оперативно реагировать на болевой синдром от побочных эффектов терапии. Не менее важны и побочные действия от обезболивающих препаратов. Какая разница, как купирован болевой синдром, если ребенка тошнит от приема анальгетика? При назначении препарата мы должны понимать, какие побочные действия получим и как их можно предотвратить.

Мы должны применять «лестницу» детского обезболивания, которая была принята ВОЗ в 2012 г.

Важно отметить, что анальгетики не должны применяться по схеме «заболело—дал». Мы должны вводить препарат согласно его фармакологическим характеристикам. Если трамадол действует в течение 8 ч, значит ребенок должен получать препарат 1 раз в 8 ч. Очень важно избегать инвазивных болезненных способов введения анальгетических препаратов. Мы должны использовать опиоидные анальгетики в тех дозах, которые ребенка обезболивают. Не существует при терапии хронического болевого синдрома онкологического паллиативного ребенка верхней дозы наркотического препарата. Существует только та доза, которая его обезболивает и это прописано в паллиативном порядке, который принят Минздравом в России и соответствует международными рекомендациями. Кроме того, один из принципов — это комбинирование нефармакологических методов обезболивания, что требует консультации невролога, реабилитолога, которые могут назначить иглорефлексотерапию, массаж и другие варианты немедикаментозной терапии.

На рисунке представлена та самая «лестница» обезболивания ВОЗ в модификации 2015 г. Она была модифицирована следующим образом. До 2012 г. мы назначали на слабую боль нестероидные противовоспалительные препараты, при прогрессировании болевого синдрома мы имели право перейти на слабые опиоидные анальгетики и только потом на сильные. ВОЗ в 2015 г. исключила вторую ступень у детей, хотя у нас в стране и странах Восточной Европы мостиком между слабым и сильным обезболиванием является

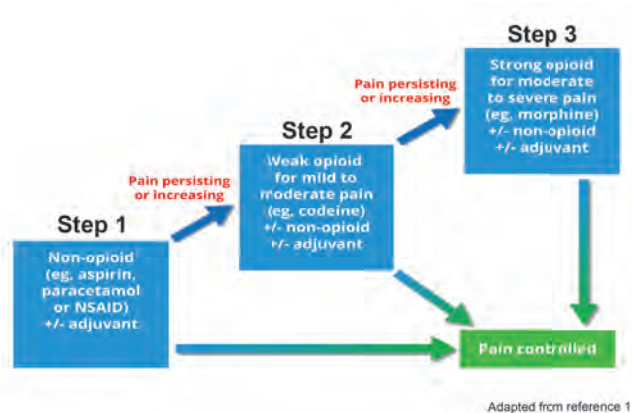


Рис. 1. «Лестница» обезболивания ВОЗ, модификация 2015 г.

трамадол, который относится к слабым наркотическим обезболивающим препаратам. ВОЗ решила, что это неправильно, так как нет доказательной базы, что трамадол безопасен и эффективен у детей при длительной обезболивающей терапии.

«Золотым стандартом» сильного опиоидного анальгетика признан морфин — это тот препарат, который является стартовым при переходе со слабых обезболивающих на сильные. Мы всегда должны начинать с морфина и с его инъекционной, короткой формы.

В табл. 1 представлены зарегистрированные в РФ наркотические анальгетики. К слабым препаратам относятся кодеин, нитрокодеин и трамадол. Комментируя таблицу, необходимо отметить, что пролонгированные формы морфина могут быть назначены только после подобранной суточной дозы короткого инъекционного морфина. Например, если ребенок получает 40 мг морфина инъекционного в сутки, разделенного на 4 введения по 10 мг каждые 6 ч, и эта доза является обезболивающей для него, мы имеем право пересчитать дозу для таблетированной формы в соотношении 1:3, т. е. 40 мг инъекционного морфина соответствует 120 мг пролонгированного морфина на 2 приема.

Также у нас зарегистрирован морфина гидрохлорид, который является той самой инъекционной формой, которую мы должны назначать при переходе со слабых обезболивающих препаратов на сильные.

И особенно хотелось бы остановиться на зарегистрированном наркотическом анальгетике промедоле. Он категорически не рекомендован для терапии хронического болевого синдрома у детей. Он может применяться для терапии острого болевого синдрома не более 72 ч, что влечет за собой формирование нейротоксичных метаболитов, которые могут усилить болевой синдром, с которым мы боремся. Также из сильных наркотических анальгетиков зарегистрирован препарат фентанил, но, к сожалению, только с 18-летнего возраста, хотя это один из самых удобных вариантов, так как возможно его трансдермальное введение. За рube-

Таблица 1. Зарегистрированные в РФ наркотические анальгетики (начало)

| №  | Действующее вещество   | Торговое название                    | Лекарственная форма  | Возраст назначения                           | Действие         | Комментарии  |  |
|--|--|--------------------------------------|--|--|------------------|--|--|
| <i>Слабые наркотические анальгетики</i>  |  |                                      |  |  |                  |  |  |
| 1  | Кодеин (Codeine)   | Кодеин                               | Субстанция   | —  | —                | Не рекомендованы (с 2012 г.) ВОЗ для обезболивания у детей   |  |
|  |  | Комбинированные препараты с кодеином | Таблетки   | —  | Короткое         |  |  |
| 2  | Дигидрокодеин* (Dihydrocodeine*)   | ДГК Континус                         | Таблетка, дигидрокодеина 60 мг, 90 мг, 120 мг                                    | С 12 лет                                     | Пролонгированное |  |  |
| 3  | Трамадол   | Трамадол                             | Суппозитории 100 мг  | С 12 лет<br>С 14 лет<br>С 1 года<br>С 1 года | Короткое         |  |  |
|  |  |                                      | Таблетки 100 мг<br>Раствор внутрь 100 мг = 1 мл<br>Раствор инъекции 50 мг = 1 мл |  |                  |  |  |
| <i>Сильные наркотические анальгетики</i> |  |                                      |  |  |                  |  |  |
| 4  | Бупренорфин* (Buprenorphine*)  | Бупренорфина гидрохлорид             | Субстанция   | —  | —                |  |  |
|  |  | Нопан                                | Сублингвальная таблетка, бупренорфина 0,2 мг в 1 таб                             | С 12 лет                                     | Короткое         |  |  |
|  |  | Транстек                             | Трансдермальный пластырь, бупренорфина 20 мг в 1 шт                              | С 18 лет                                     | Пролонгированное |  |  |
|  |  | Бупранал®                            | Раствор для инъекций, бупренорфина 0,3 мг в 1 мл                                 | С 16 лет                                     | Короткое         |  |  |
| 5  | Морфина сульфат  | М-Эслон                              | Капсула, морфина 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг                                     | С 15 лет                                     | Пролонгированное |  |  |
|  |  | Морфина сульфат                      | Капсула, морфина 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг                                     | С 15 лет                                     | Пролонгированное |  |  |
|  |  | Скенап®                              | Капсула, морфина 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг                                     | С 2,5 лет                                    | Пролонгированное | Только для поддержания обезболивания, нужен подбор дозы морфина короткого действия, не подходит для купирования «прорывной» боли |  |
|  |  | МСТ Континус                         | Капсула, морфина 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг                                     | С 7 лет                                      | Пролонгированное |  |  |
| 6  | Морфина гидрохлорид (Morphine)   | Морфина гидрохлорид                  | Субстанция   | —  | —                |  |  |
|  |  | Морфина гидрохлорид                  | Раствор для инъекций, морфина 0,01 г в 1 мл                                      | С 2 лет                                      | Короткое         | 4–6 инъекций в день  |  |
| 7  | Пропионилфенилэтер фтоксиэтилпиперидин (Propionylphenyleto xethylpiperidine) | Просидол                             | Буккальная таблетка, просидола 0,02 г  | С 18 лет                                     | Короткое         |  |  |
| 8  | Пиритрамид* (Piritramide*)   | Дипидолор                            | Раствор для инъекций, пиритрамида 15 мг в 2 мл                                   | С 18 лет                                     | Короткое         |  |  |
| 9  | Ремифентанил* (Remifentanil*)  | Ултива®                              | Порошок для инъекций, ремифентанила 1 мг, 2 мг или 5 мг во флаконе               | —  | Короткое         |  |  |
| 10                                       | Морфин + кодеин + наркотин + папаверин + тебаин                              | Омнопон                              | Раствор для инъекций, 10 мг в 1 мл и 20 мг в 1 мл                                | С 18 лет                                     | Короткое         |  |  |

Таблица 1. Зарегистрированные в РФ наркотические анальгетики (окончание)

| №  | Действующее вещество           | Торговое название              | Лекарственная форма  | Возраст назначения | Действие         | Комментарии                      |
|----|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------|------------------|----------------------------------|
| 11 | Тримеперидин* (Trimeperidine*) | Промедол                       | Таблетка, промедола 0,025 г  | С 2 лет            | Короткое         | У детей – только при острой боли |
|    |                                | Промедол                       | Раствор для инъекций, промедола 0,01 г в 1 мл, 0,02 г в 1 мл                             | –                  | Короткое         |                                  |
| 12 | Фентанил* (Fentanyl*)          | Луналдин®                      | Таблетки подъязычные, фентанила 100 мкг, 200 мкг, 300 мкг, 400 мкг, 600 мкг, 800 мкг     | С 18 лет           | Короткое         |                                  |
|    |                                | Дюрогезик®/ Дюрогезик® Матрикс | Трансдермальный пластырь, фентанила (12,5 мкг/ч), 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч 100 мкг/ч | С 18 лет           | Пролонгированное |                                  |
|    |                                | Фендивия                       | Трансдермальный пластырь, фентанила (12,5 мкг/ч), 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч 100 мкг/ч | С 18 лет           | Пролонгированное |                                  |
|    |                                | Фентадол® Матрикс/Резервуар    | Трансдермальный пластырь   | С 18 лет           | Пролонгированное |                                  |
|    |                                | Фентанил (Phentanyl)           | Раствор для инъекций, фентанила 0,05 мг в 1 мл   | –                  | Короткое         | Премедикация, вводный наркоз     |
|    |                                | Фентанила цитрат               | Субстанция   | –                  | –                |                                  |

жом для терапии хронического болевого синдрома фентанил разрешен к применению с 1 года. На выездной службе региональной программы по ведению паллиативных пациентов с благотворительным фондом «Подари жизнь» мы обосновывали назначение Дюрогезика (т. е. фентанила в трансдермальных формах) для ребенка. Потому что иногда это бывает одним из наиболее удобных способов контроля болевого синдрома.

Также ВОЗ в «лестнице» обезболивания указывает на то, что сильный опиоидный анальгетик – это базовое обезболивание, но сильные опиоиды плохо контролируют так называемую нейропатическую боль, – боль, обусловленную непосредственным воздействием опухоли на нервные окончания. Для того чтобы контролировать этот тип боли, мы должны применять адьюванты.

Все препараты, которые рекомендует ВОЗ для терапии нейропатической боли, зарегистрированы в РФ (табл. 2). Я бы хотел остановиться на дексаметазоне, который представлен в таблице адьювантов и ВОЗ его расценивает как адьювант для сильных опиоидов. Но он разрешен к терапии болевого синдрома только в том случае, если боль ассоциирована с повышенным внутричерепным давлением или есть непосредственное сдавление спинного мозга опухолью. Но мы дексаметазон назначаем не только как адьювант для терапии болевого синдрома, но также для купирования симптомов опухолевой интоксикации (повышенной потливости, температуры). Практически в 99 % случаев декса-

метазон идет в качестве сопроводительной терапии у ребенка с онкологическим заболеванием, требующего паллиативной помощи.

Однако существуют и альтернативные варианты обезболивания. Например, когда ребенок с саркомой бедренной кости находился дома под контролем педиатра и в связи с болевым синдромом получал комбинацию опиоидных анальгетиков без хорошего эффекта. В отделении ранней реабилитации ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева нам подсказали, что в этой ситуации можно применить так называемые тейпы – это специальный пластырь, который клеится по линии натяжения мышцы и при правильном наклеивании снимает локальное напряжение и тем самым убирает болевой синдром. Эта методика часто применяется в спортивной медицине. И вот приклеивание такого пластыря помогает избавить ребенка от болевого синдрома. Есть и другие варианты – например, применяемая в госпиталях Америки виртуальная реальность, которая, по данным коллег, позволяет снизить болевые ощущения на 30–50 %, что сопоставимо с действием сильных опиоидных анальгетиков.

Если мы не всегда понимаем, как тот или иной способ обезболивания работает, это не значит, что мы не можем его применять. Мы должны пробовать любой способ, если есть такая возможность.

Одним из самых современных подходов к терапии хронического болевого синдрома является так называемая контролируемая пациентом анальгезия. Когда

Таблица 2. Зарегистрированные в РФ адъюванты

| №   | Действующее вещество                                | Торговое название  | Лекарственная форма  | Возраст назначения            | Действие                                  | Комментарии   |
|---|---|--|--|-------------------------------|---|---|
| <i>Трициклические антидепрессанты (психоаналептики)</i> |   |  |  |                               |   |   |
| 1   | Амитриптилин  | Амитриптилин<br>Никомед  | Таблетки 25 мг   | С 6 лет                       | —   | Для лечения энуреза, есть дозы и до 6 лет   |
|   |   | Амизол, триптизол  | Таблетки 10 и 25 мг  | С 12 лет                      | Противосудорожное                         |   |
| <i>Габапентиноиды</i>                                   |   |  |  |                               |   |   |
| 2   | Габапентин  | Габагамма, Габапентин, Гапентек, Конвалис, Катэна, Нейронтин, Тебантин | Капсулы 300 мг, 400 мг<br>Капсулы 100 мг<br>Капсулы 100 мг               | С 12 лет<br>С 3 лет           | Противосудорожное                         | Зарегистрирован как противоэпилептический препарат  |
| 3   | Прегабалин  | Прегабалин-Рихтер, Лирика  | Капсулы 25, 50, 75 мг<br>Капсулы 300 мг                                  | С 17 лет                      | Противосудорожное                         | В связи с отсутствием данных не рекомендуется   |
| <i>Блокаторы натриевых каналов/местные анестетики</i>   |   |  |  |                               |   |   |
| 4   | Лидокаин  | ЭМЛА (лидокаин + прилокаин)  | Крем 5 г, пластырь   | С 2 лет                       | Местная анестезия                         |   |
|   |   | Версатис   | Пластырь   | С 18 лет                      |   |   |
|   |   | Лидокаина гидрохлорид  | Раствор для инъекций   | Ограничение – детский возраст | Местная анестезия, антиаритмик            |   |
|   |   | Луан   | Гель   | Младший возраст               |   |   |
| 5   | Глюкокортикоиды                                     | Дексаметазон (таблетки)  | Таблетки 0,5 мг<br>Раствор для инъекций 4 мг = 1 мл                      | —                             |   | Не рекомендуется ВОЗ (2012 г.), только при повышении ВЧД и сдавлении спинного мозга   |
| 6   | Антагонист N-methyl-D-aspartat-рецепторов – кетамин | Кеталар, Калипсол  | Раствор для инъекций 10 мг = 1 мл<br>Раствор для инъекций 500 мг = 10 мл | —                             | Наркотическое, анальгезирующее снотворное | ВОЗ (2012 г.): в субанестетической дозе эффективен в качестве адъюванта при лечении опиоидами рефрактерной нейропатической боли |

назначена базовая обезболивающая терапия, при появлении прорывных болей помимо базового ребенок или его родители имеют возможность сделать болюс, т. е. короткое введение препарата, чтобы купировать прорывную боль. На выездной региональной программе мы часто применяем такой способ обезболивания, используя подкожные помпы, которые имеют кнопку болюса. Мы программируем суточную дозу морфина, проводится контроль, с какой кратностью и сколько раз можно сделать дополнительное введение препарата. У нас это воспринимается как что-то новое, хотя за границей это самый обычный способ обезболивания.

Кроме того, в зарубежных клиниках для контроля прорывных болей применяется короткодействующий фентанил. У нас, к сожалению, он не зарегистрирован. Но очень часто детям, которые приезжают из-за границы в паллиативной ситуации, рекомендуются щечные таблетки фентанила. Например, сами подростки принимают таблетку, когда понимают, что возникает болевой синдром, и нет необходимости ждать медицинского работника, который назначит ему коррекцию.

У нас единственной подвижкой вперед стало то, что Московский эндокринный завод пытается наладить производство пероральной формы морфина в ви-

де капель. Если у них получится это сделать, то детям будет намного проще, уйдут в прошлое подкожные введения препарата.

Завершая небольшой экскурс по терапии хронического болевого синдрома, хочется процитировать одного из ведущих специалистов по обезболиванию в паллиативной педиатрии Сатбир Сингх Джассала: «Единственное правило контроля над болью состоит в том, что нет никаких правил. Мы должны сделать все, чтоб этого болевого синдрома не было».

Также хочется сказать пару слов о региональной программе благотворительного фонда «Подари жизнь» по ведению паллиативных онкологических пациентов, поскольку мы все прекрасно понимаем, что у нас есть огромный пробел в паллиативной помощи детям. Как правило, вся ноша ведения такого пациента ложится на педиатра, а не онколога, который может быть очень далеко от ребенка. При создании данной программы были учтены основные проблемы, с которыми мы сталкиваемся в процессе помощи подобным пациентам. Мы осуществляем консультирование по методикам обезболивания, сопроводительной терапии, чтению образовательных лекций.

В идеале ребенок с онкологией на паллиативном этапе помощи должен быть вне стационара, никакие стены больницы не заменят ребенку дом, но для того чтобы он там находился, ему требуется специальное оборудование. Это может быть кислородный концентратор, кровать с противопролежневым матрасом и помпы для введения наркотических препаратов. Все это обеспечивается программой. И ко всему прочему должна быть связь родителей с врачом 24 ч в сутки, 7 дней в неделю. Также в рамках этой программы родители могут связаться с врачом и проконсультироваться по любому вопросу. Если мы не можем связаться с врачом по телефону, мы можем выехать по месту жительства ребенка и вместе с врачом оценить, что происходит и скорректировать проводимую терапию. Данная программа работает для всех пациентов и неважно, из какого они региона. Ограничением является только возраст — от 0 до 25 лет.

Также мы консультируем пациентов и докторов, которые ведут больных, получающих паллиативную химиотерапию. Сейчас у нас на курации находится более 80 детей из 54 регионов и с апреля 2015 г. по настоящее время мы осуществили около 60 выездов в регионы. В этой программе работает 2 координатора и 2 врача. Я являюсь одним из врачей этой программы.