
Рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей

Рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей

УДК 616-08-039.75:616-053.2(083.1)
ББК 51.1(2Рос),4
Р36

Guidelines on the management of chronic pain in children

Перевод с англ. — А.В. Бугайский

Рецензент — Э.В. Кумирова, д-р мед. наук, зав. кафедрой паллиативной педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, зам. гл. врача по онкологии Морозовской ДГКБ ДЗМ, медицинский директор БФ "Детский паллиатив"

Р36 **Рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей.** — М. : «Издательство «Проспект», 2022. — 64 с.

ISBN 978-5-98597-501-7

Этот перевод не был сделан Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за содержание и за точность этого перевода. Оригинальное английское издание.

Guidelines on the management of chronic pain in children / Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>. В случае любого расхождения между английской и русской версией оригинальная версия на английском языке должна приниматься в качестве обязательной и аутентичной. Перевод доступен по лицензии CC BY-NC-SA 3.0.

Перевод и издание на русском языке осуществлены Благотворительным фондом развития паллиативной помощи «Детский паллиатив»

УДК 616-08-039.75:616-053.2(083.1)
ББК 51.1(2Рос),4

ISBN 978-5-98597-501-7

© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	iv
Сокращения и акронимы	vi
Термины и определения (гlossарий)	vii
Резюме	x
1. Введение	1
1.1 Цели	4
1.2 Охват и целевая аудитория	5
2. Методы	6
3. Обзор доказательной базы	9
3.1. Преимущества и риски	9
3.2. Приемлемость и осуществимость	13
3.3. Экономический обзор	14
4. Руководящие принципы	16
5. Передовые принципы клинического ведения хронического болевого синдрома у детей	18
6. Рекомендации	20
6.1. Рекомендация 1	20
6.2. Рекомендация 2	21
6.3. Рекомендация 3	22
6.4. Рекомендация 4	23
7. Пробелы в исследованиях	26
7.1. Пробелы в разработке и в проведении исследований	26
7.2. Пробелы в исследованиях, относящихся к нескольким типам вмешательств	27
7.3. Группы лиц, для которых необходимо дальнейшее изучение	27
7.4. Пробелы в исследованиях отдельных вмешательств	28
8. Принятие и выполнение рекомендаций	30
8.1. Политика национальных органов здравоохранения по обеспечению доступности различных вариантов лечения	30
8.2. Укрепление потенциала	31
8.3. Оптимизация методов лечения хронического болевого синдрома	32
9. Распространение и обновление	34
10. Ссылки	35
Приложение. Участники разработки руководства	39
Сетевые приложения	45
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337644/9789240017894-eng.pdf	

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей были подготовлены Департаментом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и вопросам старения под руководством д-ра Аншу Банерджи. В их подготовке также участвовали департаменты Управления по вопросам доступа к лекарственным средствам и медицинской продукции, департаменты по вопросам руководства и финансирования систем здравоохранения, по вопросам комплексной медико-санитарной помощи, по психическому здоровью и злоупотреблению психоактивными веществами и по неинфекционным заболеваниям. Представители этих департаментов входили в состав руководящей группы ВОЗ по подготовке данных рекомендаций.

Ответственные технические специалисты: Пура Райко Солон и Айеша де Коста, Департамент ВОЗ по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и вопросам старения.

Члены руководящей группы ВОЗ: Мари-Шарлот Буассо (UHL/IHS), Бернадет Дельман (MCA/CHD), Тарун Дуа (MSD/BRH), Тесса Эдейер (HGF/EEA), Жиль Бернар Форт (MHP/MHA), Зеа Хан (MCA/AAN), Нима Русибамбила Кимамбо (AFR/CAH), Дилкуши Пувендран (MHP/HPS), Владимир Позняк (MSD/ADA), Юка Суми (MCA/AAN), Чириан Варгиз (NCD/ODN).

Группа по разработке руководящих принципов. ВОЗ выражает признательность членам Группы по разработке руководящих принципов (ГРП) за их поддержку, энтузиазм и экспертный опыт. В состав ГРП входят:

Маха Атут, Ву Тек Чуань, Леонила Данс, Меган Элизабет Догерти, Обумнеме Бенайя Эзеаносике, Джейн Эмили Хэрроп, Сатбир Сингх Джассал, Рианнон Джослин, Шакилу Юманне Каюнго, Дидерик де Саворнен Ломан, Сюзан Лорд, Жюстина Марианаягам, Си Меган Мак-Мертри, Винифрида Вильфред Мвашала, Еву Намисанго, Хиба Осман, Гаятри Палат, М. Р. Раджагопал, Линда Марисоль Бустаманте Тучес, Бен Гал Яэль и Нобиюки Йотани.

Совещания ГРП проходили под совместным председательством Леонилы Данс и Эмили Хэрроп.

Группа внешнего рецензирования. ВОЗ выражает благодарность следующим лицам, которые участвовали в проведении внешней экспертизы проекта рекомендаций: Рашми Бхандари, Хелен Фостер, Трейси Хагеманн, Джейн Накавеси, Джошуа Пейт и Рикард Виксель.

Выражаем признательность за неизменную техническую поддержку Ребеке Томас из секретариата Комитета ВОЗ по обзору руководящих принципов, а также Натану Форду и Олуфеме Оладапо — председателям Комитета по обзору руководящих принципов. Благодарим также Алму Алик из Департамента по обеспечению соблюдения требований, управлению рисками и этике за помощь при анализе деклараций интересов. Работа осуществлялась при организационной поддержке

со стороны Лор Картилье из Департамента по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и вопросам старения.

ВОЗ выражает признательность лицам, перенесшим болевой синдром, за их мнения, высказанные в ходе консультации в процессе подготовки настоящих рекомендаций.

Выражаем также благодарность перечисленным ниже лицам и коллективам, которые содействовали проработке различных технических аспектов настоящих рекомендаций: д-ру Нанди Зигфрид, методисту по вопросам составления рекомендаций, и д-ру Сьюзан Норрис, составителю текстов. Систематические обзоры литературы выполнялись группой Кокрейновского сотрудничества по вопросам обезболивания, паллиативной помощи и поддерживающего ухода, группой по качественным имплементационным методам и группой реагирования. Анализ эффективности рекомендаций осуществлялся под руководством д-ра Эммы Фишер, а качественные обзоры — под руководством д-ра Эммы Франс. Обзор экономических оценок был выполнен д-ром Джеймсом Хокинсом.

Финансирование: подготовка *рекомендаций по лечению хронического болевого синдрома у детей* финансировалась из средств Всемирной организации здравоохранения. Внешние источники финансовой поддержки не привлекались.

СОКРАЩЕНИЯ И АКРОНИМЫ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГВР	Группа внешнего рецензирования
ГРП	Группа по разработке руководящих принципов
КПТ	когнитивно-поведенческая терапия
КРП	Комитет ВОЗ по обзору руководящих принципов
НПВП	нестероидные противовоспалительные препараты
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
СНСД	страны с низким и средним уровнем дохода
ТПО	терапия принятия и ответственности
ФР	физическая реабилитация
CERQual	степень доверия к фактическим данным, полученным по итогам обзоров качественных исследований
GRADE	классификация, оценка, разработка и экспертиза рекомендаций
QALY	годы, скорректированные по качеству жизни

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ (ГЛОССАРИЙ)

Адъювантные анальгетики — лекарственные препараты, за исключением парацетамола, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и опиоидов, которые способны уменьшать боль сами по себе или в сочетании с парацетамолом, НПВП или опиоидами. Такие адъювантные препараты обычно используются для обезболивания при неэффективности применения парацетамола, НПВП или опиоидов либо при наличии противопоказаний к опиоидной терапии.

Биопсихосоциальная концепция боли — концепция, согласно которой боль является сложным, многоаспектным ощущением, являющимся результатом взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Данная концепция служит основой для понимания характера боли и ее лечения с учетом личности пациента, его социального окружения и социальных последствий воздействия заболевания на индивидуума. В связи с этим она требует многостороннего, междисциплинарного и комплексного подхода к лечению болевого синдрома (по материалам^{1,2,3}).

Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или предполагаемым повреждением тканей⁴.

Дети — лица в возрасте 0–19 лет.

Жизнеограничивающие состояния — заболевания, не поддающиеся лечению и дающие основания прогнозировать преждевременную смерть пациента, с которыми, однако, пациент может прожить еще несколько лет.

Методы принятия решений на основе фактических данных — способ табличного отображения значимых соображений, исходя из которых субъекты принятия решений выбирают решение или формулируют рекомендацию.

Опиоиды — вещества, вырабатываемые в организме (эндогенные опиоиды), получаемые из опийного мака (полусинтетические опиоиды) или синтезируемые химическими методами (синтетические опиоиды) и способные связываться с опиоидными рецепторами центральной или периферической нервной системы и оказывать болеутоляющее действие, а в больших дозах – вызывать эйфорию и угнетение дыхания.

Острая боль — боль, продолжающаяся менее 3 месяцев⁴.

Ответственное применение опиоидов — комплекс стратегий и мероприятий, обеспечивающих правильную закупку, хранение, назначение и применение опиоидов, а также утилизацию неиспользованных опиоидов при надлежащем назначении опиоидов для лечения и контроля определенных заболеваний. Цель ответственного применения опиоидов заключается в защите и оптимизации состояния

здоровья пациентов и населения. В частности, оно направлено на обеспечение рационального использования опиоидов: удовлетворение потребностей пациентов, нуждающихся в обезболивании, при сведении к минимуму вредных воздействий на пациента, а также на других лиц и группы населения. Такие вредные воздействия включают воздействия, обусловленные избыточным или неправильным использованием либо незаконным сбытом опиоидов.

Ответственное применение опиоидов при оказании помощи детям базируется на четырех основных принципах.

- i. Опиоиды должны использоваться только по надлежащим показаниям и назначаться квалифицированными специалистами на основании тщательной оценки пользы и рисков.
- ii. Получение опиоидов пациентами, их воздействие на боль и вызываемые ими неблагоприятные реакции должны непрерывно отслеживаться и оцениваться квалифицированными специалистами.
- iii. Назначающий опиоиды специалист должен руководствоваться четким планом в отношении продолжения терапии, постепенного снижения дозы и отмены опиоидов в зависимости от состояния ребенка. Этот план и его обоснование должны доводиться до сведения ребенка и его семьи.
- iv. Необходимо уделять должное внимание закупке и хранению опиоидов и утилизации неизрасходованных доз.

Паллиативная помощь — подход к оказанию помощи пациентам, членам их семей и ухаживающим лицам при наличии жизнеограничивающего заболевания или на этапе приближения смерти пациента. Цель паллиативной помощи заключается в повышении качества жизни пациентов и членов их семей. Данный подход ориентирован на предупреждение и облегчение страданий путем своевременного выявления, оценки и устранения боли, а также удовлетворения физических, психосоциальных и духовных потребностей пациента, членов его семьи и ухаживающих лиц.

Подростки — молодые люди в возрасте от 10 до 19 лет.

Помощь на терминальном этапе — разновидность паллиативной помощи, оказываемой пациентам в последние недели или месяцы жизни. Оказание помощи на терминальном этапе позволяет обеспечить пациенту максимально приемлемое качество жизни перед смертью и достойное окончание жизни. Такая помощь включает предоставление социальной, психологической и духовной поддержки пациенту, членам его семьи и ухаживающим лицам.

Таблицы или профили фактических данных GRADE — способы табличного представления интегральных показателей оценки эффекта и достоверности (качества) набора доказательств по системе GRADE в отношении определенного вопроса (обычно определяемого в формате «население — вмешательство — сравнение — исход» (PICO)).

Хроническая боль — боль, которая сохраняется или возобновляется в течение более 3 месяцев. Хроническая боль имеет многофакторный характер: болевой

синдром обусловлен биологическими, психологическими и социальными механизмами. В пересмотренном 11-м издании Международной классификации болезней (МКБ-11) выделяются следующие виды хронической боли: (1) хроническая первичная боль; (2) хроническая онкологическая боль; (3) хроническая послеоперационная или посттравматическая боль; (4) хроническая вторичная мышечно-скелетная боль; (5) хроническая вторичная висцеральная боль; (6) хроническая нейропатическая боль; (7) хроническая вторичная головная или орофациальная боль; (8) хроническая боль, неуточненная⁴.

Хроническая первичная боль — хроническая боль в одной или в нескольких анатомических областях, характеризующаяся значительным эмоциональным стрессом (тревогой, раздражением/фрустрацией или подавленным состоянием) либо ограничением функциональных возможностей (нарушением повседневной деятельности и выполнения социальных функций). Хроническая первичная боль имеет многофакторный характер: болевой синдром обусловлен биологическими, психологическими и социальными механизмами. Данный диагноз считается верным в отсутствие другого диагноза, лучше объясняющего первичные симптомы, независимо от способствующих им установленных биологических и психологических факторов⁴.

GRADE — система классификации, оценки, разработки и экспертизы рекомендаций, применяемая для оценки достоверности (качества) набора доказательств и структурированного анализа критериев в процессе формулирования рекомендаций, включаемых в руководства по клиническим вопросам или по вопросам общественного здравоохранения.

РЕЗЮМЕ

Хронический болевой синдром у детей является серьезной проблемой общественного здравоохранения в мире и одним из ведущих факторов заболеваемости детей, который одновременно негативно влияет на их эмоциональное, физическое и социальное развитие и функционирование. Эта проблема также в значительной степени затрагивает жизнь членов семей пациентов и ухаживающих за пациентами лиц. Хроническая боль, определяемая как боль, которая сохраняется или возобновляется в течение более трех месяцев, может иметь первичный характер (независимо от любого выявленного сопутствующего биологического или психологического фактора) или быть вторичной по отношению к установленной первичной этиологии. По ряду причин, обусловленных физиологическими и социальными особенностями детей и особенностями их развития, болевой синдром у детей отличается от болевых ощущений у взрослых, в связи с чем к детям не всегда напрямую применимы данные, результаты исследований и клинический опыт, накопленный в отношении взрослых.

Лечение хронического болевого синдрома у детей является комплексной и сложной задачей, и в этой области ощущается недостаток качественных научных исследований в отношении методов лечения и стратегий ведения пациентов. Лечение болевого синдрома требует индивидуального подхода к каждому пациенту и к каждой ситуации и имеет многоаспектный и междисциплинарный характер, при котором действия квалифицированного медицинского персонала должны осуществляться в рамках всеобъемлющего комплекса согласованных мероприятий.

В настоящем документе Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) представляет рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей, выработанные с учетом имеющихся фактических данных. Рекомендации сформулированы на основе самых последних и наиболее качественных научных данных с использованием процессов и методов, отвечающих строжайшим международным стандартам разработки рекомендаций. В приведенных в настоящем документе рекомендациях учтены данные систематических обзоров фактических данных о балансе преимуществ и наносимого вреда, о приемлемости и практической осуществимости лечения, а также о критериях справедливого оказания помощи и управления ресурсами. Рекомендации были подготовлены Группой по разработке руководящих принципов, в которую входят специалисты из разных стран мира, обладающие разнообразными экспертными знаниями и опытом.

Цель настоящих рекомендаций заключается в том, чтобы содействовать государствам-членам и их партнерам в разработке и внедрении национальных и местных стратегий, правил и протоколов, а также передовых практических принципов лечения болевого синдрома. Они помогут странам найти баланс между насущной необходимостью обеспечения доступа к надлежащим обезболивающим препаратам и негативными последствиями, обусловленными злоупотреблением лекарственными средствами, и другими потенциальными неблагоприятными явлениями, связанными с применением средств обезболивания.

Основное внимание в настоящих рекомендациях уделяется физическим, психологическим и фармакологическим вмешательствам для лечения первичного и вторичного болевого синдрома у детей в возрасте от рождения до 19 лет.

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Группа по разработке руководящих принципов пришла к выводу, что существует несколько ключевых принципов, которые лежат в основе изложенных в данном документе рекомендаций и передовых практических принципов и, что еще более важно, определяют все аспекты оказания помощи детям с хроническим болевым синдромом.

1. Доступ к обезболиванию является одним из основных прав человека.
2. Дети имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья.
3. Государства-члены и лечебно-профилактические учреждения должны обеспечивать знание детьми, членами их семей и ухаживающими лицами своих прав на свободное волеизъявление, свободу от дискриминации, пользование доступными и надлежащими услугами здравоохранения и конфиденциальность.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Детям с хроническим болевым синдромом может назначаться физическая реабилитация как отдельно, так и в сочетании с другими видами лечения (условная рекомендация, крайне низкая достоверность доказательств).
2. (а) Детям с хроническим болевым синдромом может оказываться психологическая помощь посредством проведения когнитивно-поведенческой терапии и связанных с нею вмешательств (терапия принятия и ответственности, поведенческая терапия и релаксационная терапия) (условная рекомендация, умеренная достоверность доказательств).
3. (b) Психологическая терапия может проводиться очно или дистанционно либо в смешанном режиме (условная рекомендация, умеренная достоверность доказательств).
4. Детям с хроническим болевым синдромом может назначаться надлежащее фармакологическое лечение при его адаптации с учетом конкретных показаний и особенностей состояния ребенка (условная рекомендация, низкая достоверность доказательств).
5. (а) Надлежащее фармакологическое лечение с учетом конкретных показаний может включать назначение морфина для оказания помощи на терминальном этапе с соблюдением принципов ответственного применения опиоидов (условная рекомендация, крайне низкая достоверность доказательств).
6. (b) Назначение морфина детям с хроническим болевым синдромом, связанным с жизнеограничивающими состояниями, может производиться надлежащим образом подготовленными медицинскими специалистами в соответствии с принципами ответственного применения опиоидов (условная рекомендация, крайне низкая достоверность доказательств).

ПЕРЕДОВЫЕ ПРИНЦИПЫ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Группа по разработке руководящих принципов также сформулировала несколько принципов, отражающих передовой опыт в области клинического ведения хронического болевого синдрома у детей. Эти принципы применимы ко всем аспектам клинической помощи ребенку с хроническим болевым синдромом, включая планирование, подготовку и проведение реабилитационной, психологической и фармакологической терапии.

1. Помощь детям с хроническим болевым синдромом, членам их семей и ухаживающим лицам должна оказываться на основе биопсихосоциального подхода; боль не должна рассматриваться как исключительно биомедицинская проблема.
2. Важнейшее значение для выбора тактики и планирования лечения боли имеет комплексная биопсихосоциальная оценка. В рамках такой оценки медицинские специалисты должны использовать надлежащие с точки зрения возраста пациента, его условий и культурных особенностей методы определения и контроля уровня боли и ее влияния на качество жизни ребенка и его семьи.
3. Наряду с принятием надлежащих мер по лечению боли дети с хроническим болевым синдромом должны проходить тщательное обследование на предмет любых фоновых заболеваний и иметь доступ к надлежащему лечению таких заболеваний. Нередко хронический болевой синдром в детском возрасте сопровождается коморбидными состояниями, негативно влияющими на здоровье, социальное и эмоциональное благополучие ребенка и требующими одновременного лечения.
4. Дети, у которых наблюдается хронический болевой синдром, должны обследоваться медицинскими специалистами, имеющими навыки и опыт оценки, диагностики и лечения хронической боли.
5. Лечение, проводимое путем реабилитационной, психологической или фармакологической терапии либо их сочетания, должно выбираться с учетом особенностей состояния здоровья ребенка; фонового заболевания; возрастного развития; физических, языковых и когнитивных возможностей; социальных и эмоциональных потребностей.
6. Помощь детям с хроническим болевым синдромом должна оказываться с ориентацией на нужды ребенка и его семьи. В частности, помощь ребенку должна:
 - i) соответствовать по своим целям и организационным формам медицинским потребностям, предпочтениям и ожиданиям ребенка, его семьи и местного сообщества;
 - ii) быть адаптирована к ценностям, культурным особенностям, предпочтениям и ресурсам семьи; и
 - iii) способствовать вовлечению пациента и помогать ребенку и его семье играть активную роль в лечении за счет совместного принятия обоснованных решений.

7. Семьям и ухаживающим за пациентами лицам должна своевременно предоставляться достоверная информация. Совместное принятие решений и четкая коммуникация являются важнейшими условиями надлежащего оказания медицинской помощи. Взаимодействие с пациентами должно осуществляться с учетом их когнитивных способностей, особенностей развития и языковых навыков. Следует выделять достаточно времени для обсуждения плана и хода лечения и ответов на возникающие вопросы в комфортной обстановке.
8. Ребенок, его семья и ухаживающие лица должны получать всестороннюю и согласованную поддержку: следует уделять должное внимание всем аспектам развития и благополучия ребенка, включая его когнитивное, эмоциональное и физическое здоровье. Кроме того, план лечения должен охватывать образовательные, культурные и социальные потребности и устремления ребенка.
9. При оказании помощи детям с хроническим болевым синдромом следует руководствоваться междисциплинарным и многосторонним подходом, учитывающим потребности и желания ребенка, семьи и ухаживающих лиц, а также имеющиеся ресурсы. Биопсихосоциальная концепция боли предусматривает использование многообразных механизмов для решения задач, связанных с лечением хронической боли.
10. Директивные органы, руководители программ и медицинские специалисты, а также семьи и ухаживающие за пациентами лица должны обеспечивать ответственное применение опиоидов, позволяющее использовать их рационально и с осторожностью. Важнейшие принципы ответственного применения опиоидов указаны ниже.
 - i. Опиоиды должны использоваться только по надлежащим показаниям и назначаться квалифицированным специалистом на основе тщательной оценки пользы и рисков. Получение опиоидов пациентами, их воздействие на боль и вызываемые ими неблагоприятные реакции должны непрерывно отслеживаться и оцениваться квалифицированными специалистами.
 - ii. Назначающий опиоиды специалист должен руководствоваться четким планом в отношении продолжения терапии, постепенного снижения дозы и отмены опиоидов в зависимости от состояния ребенка. Этот план и его обоснование должны доводиться до сведения ребенка и его семьи.
 - iii. Необходимо уделять должное внимание закупке и хранению опиоидов и утилизации неизрасходованных доз.

ПРИНЯТИЕ И ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В процессе подготовки к внедрению рекомендаций, изложенных в настоящем документе, государства-члены и другие конечные исполнители должны обеспечить наличие необходимых мер политики, правил, инфраструктуры и кадровых ресурсов, позволяющих оказывать доступную и качественную медицинскую помощь детям с хроническим болевым синдромом. Помимо этого, конечные исполнители данных рекомендаций должны учитывать ряд других важных соображений.

ПОЛИТИКА НАЦИОНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Национальная политика и правила государств-членов должны обеспечивать широкий и равноправный доступ детей с хроническим болевым синдромом к надлежащим и качественным услугам. Стоимость лечения и бюрократические процедуры не должны препятствовать равноправному доступу к надлежащей терапии или ограничивать обращаемость за ней. Медицинская помощь при хроническом болевом синдроме является важным компонентом всеобщего охвата детей услугами здравоохранения (ВОУЗ). Национальные перечни основных видов медицинской помощи должны подкрепляться соответствующими бюджетными ассигнованиями и включать рекомендованные в настоящем документе виды терапии, а также предусматривать возможность направления пациента для получения специализированной помощи при наличии соответствующих показаний. Недостаточно включить в перечень услуг в рамках ВОУЗ только отдельные виды лечения, например фармакологическую терапию, поскольку это может привести к непреднамеренным последствиям, в частности в виде ориентации исключительно на медикаментозное лечение, создающей риск чрезмерного и неправильного применения лекарственных препаратов детьми и членами их семей. Кроме того, фармакологическая терапия с большой вероятностью будет менее эффективна без надлежащего внимания к реабилитационной и психологической терапии в соответствии с биопсихосоциальной концепцией помощи. Наконец, это может побудить семьи искать другие, научно не обоснованные методы лечения, применение которых будет иметь экономические последствия для семьи и может вызывать неблагоприятные реакции.

Выпускаемые ВОЗ примерные перечни основных лекарственных средств и примерный перечень основных лекарственных средств для детей содержат достаточный спектр лекарственных средств для лечения болевого синдрома у детей. По мнению Комитета Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам, для осуществления права на здоровье страны должны обеспечивать доступность лекарственных средств, внесенных в примерный перечень ВОЗ⁵. Примерные перечни ВОЗ как центральный элемент национальной политики в отношении лекарственных препаратов могут адаптироваться странами и использоваться в качестве ориентира при выработке национальных перечней⁶ для обеспечения доступности и рационального использования качественных лекарственных средств. Основным направлением стратегии рационального использования лекарственных средств является обучение и профессиональная подготовка меди-

цинских работников по вопросам, касающимся основных мер политики в области контроля качества, поставки, применения и утилизации препаратов. Медицинский персонал должен обеспечиваться надлежащей защитой и поддержкой, позволяющими ему исполнять обязанности, связанные с обращением к контролируемым лекарственным средствам, включая опиоиды.

УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА

Для обеспечения оптимального доступа детей с хроническим болевым синдромом и членов их семей к эффективным и экономически оправданным услугам может потребоваться значительное укрепление существующего потенциала, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Необходимый потенциал включает в себя как медицинский персонал, так и системы здравоохранения, способные предоставлять высококачественные услуги в соответствии с рекомендациями. В некоторых случаях может быть необходимо расширить подготовку медицинских работников по вопросам лечения хронического болевого синдрома у детей. Она включает в себя обучение и повышение квалификации на преддипломной и последипломной ступенях и программы непрерывного образования и имеет значение для широкого круга медицинских специальностей, связанных с оказанием помощи данной категории детей. Такое обучение должно предусматривать ознакомление с широким кругом тем, включая оценку боли, других симптомов и реакций на лечение; методики проведения такой оценки; методы лечения; контроль и лечение неблагоприятных реакций на медицинское вмешательство; стратегии информирования и поддержки детей и членов их семей.

Для эффективного оказания помощи детям при хроническом болевом синдроме медицинские специалисты должны иметь четкое представление о биопсихосоциальной концепции боли на уровне, соответствующем функциям и обязанностям специалиста при работе с детьми. В некоторых обстоятельствах это может потребовать значительного изменения культурных привычек и установок медицинского персонала, а также дополнительного обучения.

С учетом важности обмена четкой, достоверной и полной информацией между различными медицинскими работниками, участвующими в оказании помощи ребенку, у них должны быть сформированы и постоянно совершенствоваться навыки общения с ребенком, членами его семьи и ухаживающими лицами. Медицинские работники должны уверенно владеть навыками совместной выработки решений и методами поддержки и мотивации пациентов и членов их семей. Для полноценного развития таких навыков им может потребоваться дополнительное обучение и сопровождение со стороны других специалистов.

Поскольку для лечения хронического болевого синдрома необходим всесторонний и междисциплинарный подход, медицинский персонал должен быть знаком со всем спектром имеющихся вариантов лечения и обладать знаниями на уровне, соответствующем их конкретным профессиональным обязанностям. Медицинские специалисты должны иметь общие знания по вопросам оказания реабилитационной и психологической терапии, применения оптимальных методов контроля хода лечения и неблагоприятных реакций и критериев коррекции и прекращения

лечения. Наряду с этим они должны иметь представление о лекарственных препаратах, которые используются для лечения болевого синдрома у детей, методиках их правильного назначения, возможных побочных реакциях и методах их контроля, а также о принципах ответственного применения опиоидов, в том числе о критериях и способах прекращения приема таких препаратов. Кроме того, они должны уметь определять необходимость в направлении ребенка для получения специализированных и других услуг.

Для обеспечения возможности проведения лечения на основе междисциплинарного, всестороннего и комплексного подхода в соответствии с имеющимися показаниями может возникнуть необходимость в создании служб и сетевых структур для направления пациентов для получения специализированной помощи. Могут потребоваться новые модели, в частности предусматривающие перераспределение должностных обязанностей и проведение виртуальных консультаций со специалистами и бригадами, оказывающими помощь пациентам.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

В ходе реализации лечебных мероприятий по оказанию помощи детям с хроническим болевым синдромом следует соблюдать ряд важных принципов, позволяющих обеспечить оптимальность лечения, исхода заболевания и использования ресурсов.

На раннем этапе лечения хронического болевого синдрома пациенту, членам его семьи и ухаживающим лицам следует разъяснить биопсихосоциальную природу боли. При этом следует уделить внимание конкретным проблемам и вопросам, возникающим у ребенка и его семьи. Вспомогательные способы и средства информирования, в частности метафорические коммуникативные приемы, брошюры и ссылки на веб-материалы, следует выбирать с учетом особенностей восприятия и предпочтений детей и ухаживающих за ними лиц.

При лечении хронического болевого синдрома следует также определить цели лечения, которые должны устанавливаться совместно и исходя из возможностей ребенка, его семьи, ухаживающих лиц и соответствующих медицинских работников. Постановка целей помогает обеспечить ребенку наивысшее достижимое качество жизни и расширить его возможности для осуществления деятельности и личного развития в соответствии с его ценностными установками и приоритетами.

Практическая осуществимость вмешательств, направленных на лечение хронического болевого синдрома у детей, может быть различной в зависимости от обстоятельств. Обычно она определяется такими факторами, как доступность, способ проведения вмешательства, ресурсы семьи, степень поддержки со стороны родителей и нагрузка (временные затраты, создаваемые неудобства и финансовые расходы). В процессе работы с ребенком и семьей медицинские специалисты должны учитывать все эти факторы, поскольку они влияют на возможность проведения лечения.

В ходе планирования и проведения лечебных мероприятий важнейшее значение имеет социальная и образовательная среда, в которой находится ребенок с хро-

ническим болевым синдромом. Оказание поддержки семье и ребенку может осуществляться на дому или в общинных учреждениях с участием не только медицинских специалистов, но и образовательных учреждений и социальных служб. Лечебные мероприятия следует проводить в местах, расположенных как можно ближе к месту проживания ребенка, исходя из соображений удобства для ребенка и его семьи. Режим лечебных мероприятий должен устанавливаться с учетом распорядка жизни ребенка и членов его семьи и расписания учебных занятий. Это помогает не лишить ребенка привычной физической и социальной обстановки и избежать дополнительной нагрузки на него и членов его семьи.

С учетом хронического характера состояния ребенка следует уделять внимание вопросам поддержания эффективности и обеспечения стабильности лечения, а также его долгосрочным результатам. Несмотря на недостаток научных данных по этому вопросу, медицинские специалисты и другие лица, участвующие в оказании помощи данной категории детей, должны непрерывно искать способы поддержания и повышения качества лечения и его результатов. К ним относится периодическая оценка течения заболевания и степени контроля болевого синдрома установленными методами, соответствующими возрасту, этапу развития, навыкам общения и культурным особенностям ребенка. Для повышения качества долгосрочных результатов могут проводиться мероприятия, «закрепляющие» эффективные меры вмешательства.

По мере взросления ребенка и изменения его возможностей, способности к принятию решений, взглядов, интересов и видов деятельности члены бригады, оказывающей помощь ребенку, должны надлежащим образом корректировать предоставляемые ему услуги в соответствии с его потребностями. При работе с подростками медицинский персонал должен обеспечить благополучный переход ребенка в ведение учреждений, обслуживающих взрослых пациентов.

1. ВВЕДЕНИЕ

Хронический болевой синдром у детей является серьезной проблемой общественного здравоохранения в мире и одним из ведущих факторов заболеваемости детей⁵⁻⁷. Боль — это неприятные сенсорные и эмоциональные переживания, связанные с фактическим или с потенциальным повреждением тканей или описываемые в таких терминах⁴. Хроническая боль — это боль, сохраняющаяся или возвращающаяся на протяжении более трех месяцев. 11-я редакция Международной классификации болезней (ICD-11) подразделяет хроническую боль на следующие категории:

- Первичная хроническая боль
- Вторичная хроническая боль
 - Хроническая боль, связанная с раковыми заболеваниями
 - Хроническая постоперационная или посттравматическая боль
 - Хроническая вторичная скелетно-мышечная боль
 - Хроническая вторичная висцеральная боль
 - Хроническая нейропатическая боль
 - Хроническая вторичная головная или орофациальная боль
 - Хроническая боль, неуточненная

Первичная хроническая боль характеризуется значительными эмоциональными или функциональными нарушениями и диагностируется отдельно от выявленных биологических или психологических причин. С другой стороны, первичная или вторичная боль имеет явную причинную этиологию, такую как заболевание или поражение, или их лечение (хирургия, химиотерапия, радиотерапия). Боль является обычным симптомом многих долговременных состояний, таких как рак, серповидно-клеточная анемия, диабет и артрит.

Трудно определить степень распространенности хронической боли у детей, и оценки широко варьируются в силу различий между изучаемыми группами населения, включающими возраст, размер группы, используемое определение боли и методы измерения боли⁶. Помимо этого, данные по странам с низким и средним уровнем доходов немногочисленны. Имеющиеся исследования предполагают, что хронической болью страдают от четверти до трети детей^{5,9-11}, и примерно 1 из 20 детей испытывает боль от средней до высокой степени в связи с инвалидностью¹⁰. Среди подростков систематическое изучение показало значительные вариации распространенности боли в разных исследованиях, колебания от 8 до 83% для головной боли; от 14 до 24% для болей в спине; от 4 до 53% для болей в животе; от 4 до 40% для скелетно-мышечных болей и от 4 до 49% для множественных болей⁵. Исследование, проведенное в стране с высоким уровнем дохода, показало, что 6% детей страдают от хронической боли, причем эта цифра выше среди старших детей, детей, пользующихся государственной страховой

медициной, и детей, чьи родители не получили высшего образования. Некоторые исследования указывают более высокий процент, в частности среди подростков. Данные международного исследования ВОЗ «Состояние здоровья детей школьного возраста» (HBSC), основанного на страновых репрезентативных выборках подростков, показали, что 44% подростков сообщали о хронических еженедельных болях в течение последних шести месяцев⁶. Исследование велось с учетом возраста и пола, различных демографических паттернов, типов боли и географического положения внутри стран⁶.

Хроническая боль оказывает негативное воздействие на эмоциональное, психологическое, физическое и социальное развитие и функциональные способности детей и подростков¹³. Как правило, у детей со средней и сильной болью отмечаются высокий уровень физических нарушений^{14,15}, эмоциональные расстройства, тревожность и депрессия^{15,16}, проблемы со сном¹³ и низкие показатели успеваемости^{2,17,19} по сравнению со сверстниками, не страдающими хронической болью. В социальном отношении такие дети реже ходят в школу и чаще отмечают высокий уровень изолированности^{19,20}. Таким образом, боль и связанные с ней психологический дистресс и социальные последствия серьезно влияют на качество жизни этих детей^{2,8}.

Подверженность хронической боли на ранних этапах жизни может оказывать влияние на частоту, тяжесть и длительность хронической боли, и может быть связана с долгосрочными, неадекватными неврологическими изменениями. Нейровизуальные исследования детей с острой болью и взрослых с хронической болью позволяют предположить долговременные изменения в структуре, функционировании и химических процессах в нервной системе, которые соответствуют последующим когнитивным, поведенческим и соматосенсорным состояниям²¹. Хроническая боль в детстве связана с развитием боли во взрослом возрасте^{2,22,23} и делает таких детей потенциально предрасположенными к другим хроническим проблемам со здоровьем в последующей жизни²¹. Негативное воздействие хронической боли отмечается и у членов семьи, которые жалуются на нагрузку, связанную с уходом за ребенком^{2,24}, и на пагубное влияние на семейную жизнь²⁴. Таким образом, хроническая боль в детстве имеет весьма существенное негативное воздействие на ребенка на протяжении всей жизни, а также на его семейное окружение в широком смысле, что делает чрезвычайно важным соответствующую диагностику и лечение.

Весьма важными являются и экономические последствия хронической боли у детей и их преодоление. Большая часть данных о стоимости лечения хронической боли поступает от взрослых пациентов: это состояние — одно из наиболее дорогостоящих в западном обществе^{2,26}. Данные по детям весьма ограничены^{27,28}, но доступные сведения предполагают, что для детей эти расходы тоже очень высоки. Оценки экономической нагрузки от хронической боли у подростков в Соединенном Королевстве доходили до 9,5 млрд. долл., а в США — до 19,5 млрд долл. в год (в ценах 2012 года)^{26–28}. Дети с хронической болью часто пользуются услугами системы здравоохранения^{2,28,29}. Дополнительно от значительных финансовых трат страдают родители^{26,27}.

Боль у детей отличается от боли у взрослых по ряду физиологических, когнитивных, возрастных и социальных причин^{18,21}. Процессы развития у детей ведут к

важным и постоянно меняющимся изменением в восприятии, в способности выражать чувства и боль, а также в когнитивном и образовательном уровне²¹. Эти различия в переживании боли по мере взросления ребенка также соотносятся с их окружающей средой и культурно-социальным контекстом, включая, например, их отношения с родителями, с лицами, осуществляющими уход, и с работниками здравоохранения^{21,25}.

Лечение хронического болевого синдрома у детей является сложной и предъявляющей высокие требования задачей по ряду причин. Во-первых, несмотря на важные различия между детьми и взрослыми, существует недостаток высококачественных исследований по лечению хронической боли у детей и подростков²¹. В результате данные по взрослым неоправданно экстраполируют на детей. Хотя в странах с высокими доходами населения³⁰ имеются некоторые данные по психологической терапии боли у детей и подростков, значительно меньше данных имеется по физио-³¹ и фармакологической³² терапии. Во-вторых, учитывая множественную этиологию боли и индивидуальное восприятие со стороны пациентов, их семей и лиц, осуществляющих уход, лечение болевого синдрома требует индивидуального подхода к каждому пациенту и к каждой ситуации. В-третьих, требуется многоаспектный, междисциплинарный подход, при котором действия квалифицированного медицинского персонала должны осуществляться в рамках комплекса согласованных мероприятий. В-четвертых, хроническая боль у детей и подростков воздействует на все аспекты жизни ребенка и его семьи, и вмешательства должны быть направлены на весь этот широкий контекст. В-пятых, на диагностику и оптимальное лечение болевого синдрома могут отрицательно влиять ошибочные общественные представления и дезинформация, касающиеся методов лечения, их преимуществ и рисков.

Проблемы неадекватной полифарматерапии³³ и маркетинга лекарств, злоупотребление обезболивающими препаратами и привыкание, в особенности связанное с опиоидами, создают значительные проблемы. Исследования показывают растущее увеличение применения рецептурных опиоидов и злоупотребление ими среди американских подростков и молодых взрослых^{34,35}, что связано с ростом наркотической зависимости^{36,37}.

Доклад Управления по наркотикам и преступности ООН «Всемирный доклад по наркотикам» 2019 года³⁸ подчеркивает «глобальный парадокс избытка и нехватки» и описывает трудности обеспечения необходимого доступа к контролируемым веществам в научных и медицинских целях при одновременном предотвращении их распространения и злоупотреблений. Каждый год почти 2,5 млн детей умирают в тяжелых страданиях, связанных с необходимостью паллиативного ухода и облегчения боли, и более 98% этих детей живут в развивающихся странах³⁹. По оценкам, у 5,5 млрд человек, что составляет более 75% мирового населения, отсутствует или крайне ограничен доступ к опиоидным анальгетикам⁴⁰. Население Канады, Европы и США составляет примерно 17% от мирового, при этом в этих странах потребляется 89% мирового производства морфина (данные 2013 года)⁴¹.

По данным доклада Комиссии Лансет о паллиативной помощи и облегчении боли³⁹, существует ряд препятствий на пути обеспечения доступа к адекватным стратегиям лечения боли для уязвимых групп населения, таких как дети. Эти препятствия включают повышенное внимание медицинского сообщества и политиков к вопро-

сам продления жизни и продуктивного периода, опиоидофобию (предрассудки и низкая информированность о должном медицинском применении опиоидов), ограниченное внимание во всем мире к неинфекционным заболеваниям, недостаток знаний среди работников здравоохранения и опасения по поводу немедицинского применения контролируемых веществ. Чрезмерно запретительные правила контроля над наркотиками могут вступать в противоречие с необходимым терапевтическим применением этих медикаментов^{39,42,43}. Международные конвенции по контролю над наркотиками имеют своей целью устранение препятствий, которые ограничивают наличие и доступ к контролируемым препаратам для медицинского применения. Эти конвенции основаны на юридических и регулирующих принципах, а также на клинических руководствах по правильному применению препаратов.

Лечение болевого синдрома требует широкого, многоаспектного и междисциплинарного подхода, обращенного к физическим, психосоциальным и социальным составляющим. Дети, включая подростков, имеют право на соответствующее лечение (физическое, психологическое и фармакологическое) болевого синдрома, и политики и медицинские специалисты должны обеспечить необходимый доступ к лечению, одновременно минимизируя потенциальные риски злоупотреблений в обществе. Нормы прав человека требуют включения лечения боли в базовый пакет услуг здравоохранения по универсальным схемам медицинского страхования⁴⁴.

1.1. ЦЕЛИ

В настоящем документе Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) представляет рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей, выработанные с учетом имеющихся фактических данных. Рекомендации сформулированы на основе последних и наиболее качественных научных данных с использованием процессов и методов, отвечающих строжайшим международным стандартам разработки рекомендаций.

Цель настоящих рекомендаций заключается в том, чтобы содействовать государствам-членам и их партнерам в разработке и внедрении национальных и местных стратегий, правил и протоколов, а также передовых практических принципов лечения болевого синдрома. Они помогут странам найти баланс между насущной необходимостью обеспечения доступа к надлежащим обезболивающим препаратам и негативными последствиями, обусловленными злоупотреблением лекарственными средствами, и другими потенциальными неблагоприятными явлениями, связанными с применением средств обезболивания. Эти рекомендации также позволяют семьям и лицам, осуществляющим уход, добиваться предоставления услуг и проведения исследований и выявят основные пробелы в изучении проблемы, что позволит задать направление дальнейшим исследованиям.

1.2. ОХВАТ И ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ

Основное внимание в настоящих рекомендациях уделяется физическим, психологическим и фармакологическим вмешательствам для лечения первичного и вторичного болевого синдрома у детей в возрасте от рождения до 19 лет, где возможно, данные вмешательства рассматривались применительно к подгруппам целевой аудитории.

В данное издание рекомендаций включены не все потенциальные виды терапии хронической боли у детей и подростков. Например, не были включены интервенционные процедуры для лечения боли, поскольку такие вмешательства редко применяются у детей. Кроме того, не включены традиционные и дополнительные медицинские практики, хотя они и могут играть роль в лечении боли. Доказательная база по их эффективности и безопасности, а также подтвержденные данные по качеству вмешательств продолжают формироваться⁴⁶.

Эти рекомендации предназначены для использования разными аудиториями, включая лиц, определяющих национальную и местную политику, и их советников-экспертов, а также технический и служебный персонал организаций, занятых оценкой, управлением, мониторингом и образованием детей с хронической болью и их семей. Эти рекомендации могут быть использованы работниками здравоохранения и их профессиональными сообществами, а также исследователями, заинтересованными в заполнении существующих пробелов в доказательной базе. Важно отметить, что семьи и лица, осуществляющие уход за пациентами с хронической болью, могут использовать эти рекомендации как инструмент лучшего понимания того, как облегчать состояние пациентов с учетом научной доказательной базы, лежащей в основе различных вмешательств.

Рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей ориентированы на все страны мира: они предназначены для широкого круга регионов с различными перспективами и ресурсами. Эти рекомендации имеют отношение ко всем государствам-членам, включая страны с низким, средним и высоким уровнем дохода.

2. МЕТОДЫ

Рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей были подготовлены в соответствии с руководством ВОЗ по разработке руководств, как описано в «Справочнике ВОЗ для разработки руководств» (2-е издание, 2014)⁴⁸, и соответствуют международным стандартам для руководств, основанных на фактических данных. Основные шаги для разработки руководств ВОЗ включают: 1) определение участников процесса разработки руководства; 2) определение общей сферы охвата рекомендаций и ключевых вопросов; 3) систематическую оценку доказательной базы по ключевым вопросам; 4) оценку достоверности (качества) совокупности фактических данных в отношении важных выводов; 5) формулирование рекомендаций; 6) создание черновика документа для оценки и утверждения Группой по разработке руководящих принципов ВОЗ (ГРП) и коллегами; 7) оценку и утверждение органом контроля качества ВОЗ; 8) публикацию и распространение. Краткий обзор используемых процедур и методов дан ниже; более детальная информация содержится в сетевом Приложении А.

В разработке этих рекомендаций принял участие широкий круг лиц, включая людей с разным опытом, экспертными знаниями и взглядами. Каждая категория участников имела строго отведенную роль и действовала в рамках специфической политики и процедур ВОЗ. Такой подход помогает обеспечить эффективность всех участников и прозрачность процесса.

Руководящая группа ВОЗ состояла из сотрудников, представляющих соответствующие технические подразделения штаб-квартиры ВОЗ, кроме того, к участию были приглашены региональные бюро. Эта группа обеспечила техническое руководство и поддержку в процессе разработки, а также управление проектом и административную поддержку. ГРП отвечала за окончательное определение сферы охвата и ключевых вопросов и за разработку рекомендаций. Членами ГРП стали люди из всех регионов, где работает ВОЗ, и из самых разных учреждений. Они обладали широким спектром экспертных знаний, подходов и опыта, связанных с ведением хронической боли у детей, включая законодательство в области прав человека, биоэтику, социальную политику, уход в условиях гуманитарных катастроф и живой опыт работы с больными с хронической болью. Специалист по методологии руководств сопровождал работу Руководящей Группы ВОЗ и ГРП в течение всего процесса разработки. Команды специалистов, систематически проводившие оценку доказательной базы, были отобраны на конкурсной основе. Группа внешнего рецензирования (ГВР) присутствовала на совещаниях по формулированию рекомендаций и внесла вклад в финальное содержание и презентацию руководства. Эта группа состояла из отдельных лиц с различными экспертными знаниями по вопросу и/или с опытом внедрения политики или программ по лечению хронической боли у детей.

ВОЗ требует, чтобы все внутренние и внешние участники разработки рекомендаций Организации проходили тщательную проверку на конфликт интересов, пре-

жде чем они примут участие в процессе разработки. Вся доступная информация по участникам была оценена ответственными техническими сотрудниками ВОЗ и уполномоченным по этике ВОЗ. Только после того, как было установлено отсутствие существенного конфликта интересов, отдельные лица приглашались войти в ГРП или в ГВР. Внешние контракты заключались только с отдельными лицами или с группами, не имеющими конфликта интересов.

Отвечая интересам государств-членов и консультируясь с заинтересованными сторонами, ГРП определила охват Рекомендаций, ключевые вопросы для систематической оценки и приоритетность потенциально актуальных рекомендаций. Затем по заказу ВОЗ был проведен систематический обзор количественной доказательной базы по преимуществам и рискам реабилитационных, психологических и фармакологических вмешательств в случаях хронической боли у детей. В ходе второго обзора изучалась качественная доказательная база, основанная на опыте пациентов, их семей и лиц, осуществляющих уход, а также на их представлении о преимуществах, рисках и социокультурной приемлемости таких вмешательств. Кроме того, изучались данные о препятствиях и факторах, способствующих осуществлению этих вмешательств.

Хотя эти рекомендации предназначены для детей всех возрастов, когнитивные, социальные и функциональные способности детей постоянно меняются по мере их роста и развития. По этой причине преимущества и риски вмешательств и другие сопутствующие обстоятельства, где это было возможно, изучались и в подгруппах. В дополнение, данные свидетельствуют о том, что наиболее подвержены расстройством, связанным со злоупотреблением веществами, включая опиоидную зависимость, подростки в возрасте от 15 до 19 лет^{35,47}, что подчеркивает необходимость стратификации данных и специфического подбора рекомендаций, насколько это возможно.

Систематические обзоры проводились в соответствии с методами и стандартами Кокрейна. Система GRADE (Классификация, оценка, разработка и экспертиза рекомендаций) использовалась для оценки достоверности (качества) совокупности количественных данных по каждому важному результату. Для оценки достоверности качественных доказательств использовалась система GRADE-CERQual (Степень доверия к фактическим данным, полученным по итогам обзоров качественных исследований)⁵⁰. Специфические подходы и методы описаны в сетевом Приложении В в целом и в подробностях в каждом обзоре.

В целях усиления информативности рекомендаций, содержащихся в данном документе, проводился систематический обзор данных о стоимости, эффективности затрат и других экономических мерах. В сетевом Приложении I дано общее описание примененных методов; подробности имеются в полном тексте обзора.

ГРП сформулировала рекомендации в ходе серии виртуальных совещаний, которые проводились 15–19 сентября 2020 года. При содействии методиста по разработке рекомендаций ГРП использовала структурированную схему «от доказательств к принятию решения» для обеспечения прозрачности процесса и всестороннего обсуждения соответствующих соображений. Рекомендации основывались на доказательствах преимуществ, рисков и значения результатов вмешательств, приемлемости, осуществимости, наличии средств и влиянии вмешательств на равный доступ к медицинским услугам во всех группах населения.

Каждая рекомендация могла быть «за» или «против» определенного вмешательства и иметь строгое или условное значение. Строгие рекомендации означают, что большинство пациентов, лиц, осуществляющих уход, или работников здравоохранения выберут вмешательство, или рекомендация будет принята как политика в большинстве ситуаций. С другой стороны, условные рекомендации означают, что большинство отдельных лиц захотят пойти предлагаемым путем, но многие могут не захотеть, и потребуются совместное принятие решений. На уровне политики может возникнуть необходимость обстоятельного обсуждения среди заинтересованных сторон, прежде чем рекомендация будет включена в политику.

ГРП обсуждала и утверждала рекомендации на основе консенсуса, что означает, что все члены группы согласились с окончательными формулировками. В случаях, когда консенсуса достичь не удавалось, проводилось анонимное голосование по электронной почте, организованное и контролируемое сотрудниками ВОЗ. Для утверждения любой рекомендации, требующей голосования, был установлен пороговый уровень в 80% голосов.

В дополнение к рекомендациям по лечению хронического болевого синдрома у детей это руководство представляет ряд ключевых принципов. Эти принципы, разработанные и утвержденные ГРП, касаются всех аспектов лечения хронической боли у детей. Принципы основаны на соблюдении прав человека и на этике и, соответственно, не требуют подтверждения их преимуществ и рисков посредством проведения исследований.

Еще один тип принципов, содержащихся в этом руководстве, основан на передовой практике. Эти принципы применимы ко всем аспектам клинической помощи детям с хронической болью. Как и руководящие принципы, они не требуют систематического изучения преимуществ и рисков вмешательств, скорее, они основаны на передовой практике, на опыте работников здравоохранения и на принципах хорошего клинического ухода (например, совместное информированное принятие решений). Принципы, основанные на передовом опыте, в большинстве случаев не оспариваются, поскольку было бы нелогично не практиковать наилучшим образом.

Данный документ также содержит перечень пробелов в исследованиях, относящихся к лечению хронического болевого синдрома у детей. Список был составлен на основе систематического изучения и дискуссий в ГРП.

После того как ГРП сформулировала рекомендации, авторы документа подготовили черновик текста для рассмотрения и утверждения ГРП, а также для оценки коллегами из ГВР. Когда текст был отредактирован в соответствии с полученными замечаниями, документ прошел процесс рассмотрения в Комитете по обзору руководящих принципов (КРП), в подразделении ВОЗ по контролю качества для руководств. После всего этого руководство было подготовлено для публикации и распространения.

3. ОБЗОР ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ

По заказу ВОЗ было проведено три систематических обзора для сбора доказательств, на основе которых ГРП будет принимать свои решения и рекомендации. Одно из исследований было сфокусировано на количественных данных по эффективности (преимуществах и рисках) реабилитационных, психологических и фармакологических вмешательств при хронической боли у детей. Второе исследование фокусировалось на качественных и смешанных методах сбора доказательств, подтверждающих приемлемость и практическую возможность вмешательств при хронической боли у детей, с точки зрения пациентов, семей, лиц, осуществляющих уход, и работников здравоохранения. Третье исследование изучало экономические параметры и стоимость вмешательств.

Результаты этих исследований вкратце приведены ниже, включая те, которые ГРП сочла ключевыми и важными. Для количественного обзора были выбраны два отрезка времени: период после лечения и период сопровождения. Результаты лечения замерялись немедленно по завершении исследуемого вмешательства. Результаты в период сопровождения измерялись как можно позже после завершения вмешательства, вплоть до 12 месяцев после проведения лечения. Больше подробностей сообщается в сетевых приложениях к этому руководству и в полной публикации исследований.

3.1. ПРЕИМУЩЕСТВА И РИСКИ

3.1.1. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ/ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Систематический обзор количественных результатов⁵¹ включал 25 исследований с соответствующими данными: 24 исследования были опубликованы и одно находилось на этапе проверки. Охват этого исследования наименьший из трех; всего в нем было 1470 участников. 24 исследования были рандомизированными контролируруемыми исследованиями (РКИ) и одно было нерандомизированным сравнительным исследованием. Вмешательства, рассматриваемые в этом обзоре, представляют собой широкий спектр методов физиотерапии/реабилитации (ФР): упражнения, аэробика, йога, растяжка, силовая нагрузка и гидротерапия. 12 из 25 исследований были РКИ, где сравнивались один вид ФР с другим; в 11 ФР сравнивалась со стандартным уходом, с активным (не ФР) вмешательством или с контрольной группой в листе ожидания. В дополнение одно РКИ сравнивало два ФР вмешательства с двумя контрольными. Наконец, одно нерандомизированное исследование сравнивало два ФР вмешательства. Страны с низким уровнем дохода населения в этих исследованиях не представлены. Описание характеристик исследования приведено в Приложении С.

При сравнении со стандартным уходом или с активным (не ФР) контролем состояния ($n = 12$ РКИ) ФР имела положительное воздействие на интенсивность

боли и функциональные нарушения сразу после лечения (оба с крайне низкой достоверностью доказательств), в то же время в период сопровождения никаких преимуществ отмечено не было (крайне низкая достоверность). Никакой разницы не было обнаружено между группами, прошедшими лечение, и контрольными группами в отношении качества жизни, определяемого здоровьем, ролевой или эмоциональной функциональностью (депрессия или тревожность), ни после лечения, ни в период сопровождения (крайне низкая достоверность). Участие в активной деятельности и общее ощущение изменений у пациентов улучшились в группе лечения (крайне низкая достоверность). Ни одно из исследований не приводит данных об ослаблении боли на 30 или на 50%, улучшении сна, общей удовлетворенности лечением или уровне усталости.

Только 4 из этих 12 РКИ содержат данные о побочных эффектах, связанных с лечением (всего 161 участник исследований). Два исследования не отметили никаких побочных эффектов; одно исследование отмечает эффекты, не связанные с вмешательством; одно исследование сообщило об одном побочном эффекте в группе лечения и их отсутствие в контрольной группе. В одном исследовании дети сообщали о мышечных болях, связанных с новыми физическими упражнениями, которые в большинстве случаев через несколько дней проходили.

Эти исследования ФР вмешательств включали небольшое число участников и имели серьезные ограничения (риск предвзятости) по замыслу и исполнению. Совокупность доказательств по всем результатам оценивается поэтому как имеющая крайне низкий уровень достоверности как сразу после вмешательства, так и в процессе более длительного сопровождения (сетевое приложение D; детальные диаграммы и оценки достоверности доказательств приводятся в систематическом обзоре⁵¹).

3.1.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Систематический обзор включал большой объем доказательств по психологическим вмешательствам при хронической боли у детей — 63 РКИ, охватывавших 5025 пациентов (см. сетевое Приложение С). 13 исследований из 63 охватывали множественные вмешательства. Виды вмешательств включали когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) (43 группы), тренировки релаксации (15 групп), поведенческую терапию (7 групп), а также применение гипноза, терапию решения проблем и терапию принятия и ответственности (ТПО). Сравнимые методы включали активное наблюдение (36 групп), стандартный или обычный уход (16 групп) и 17 контрольных групп по списку ожидания. Все исследования, кроме двух, проводились в странах с высоким уровнем дохода, включая 34 в США и Канаде и 25 в Западной Европе. Виды хронической боли включали, помимо прочих, мигрень или головные боли напряжения (23 исследования), первичную висцеральную боль (12 исследований), смешанную боль (15 исследований). Отчет о результатах, полученных в ходе этих исследований, приводится в Приложении E; дополнительные подробности см. систематический обзор⁵¹.

Когда психологические методы терапии исследовались в совокупности, они показали незначительные преимущества в результатах снижения интенсивности боли

(доказательства низкой степени достоверности) по сравнению с любым другим видом ухода, 50% снижения интенсивности боли (низкая степень достоверности) и функциональных нарушений (низкая степень достоверности) по завершении лечения. По данным периода сопровождения, было продемонстрировано небольшое преимущество по результатам ослабления боли на 50% (крайне низкая достоверность) и функциональных нарушений (умеренная достоверность). Общая оценка удовлетворенности после окончания лечения (умеренная достоверность) и в периоде сопровождения (крайне низкая достоверность) и общая уверенность пациента в переменах также улучшились по окончании лечения и по итогам сопровождения (крайне низкая достоверность).

Не отмечено положительных эффектов в процессе и после окончания лечения по таким показателям, как снижение болевого синдрома на 30%, качество жизни, эмоциональная функциональность (депрессия и тревожность), ролевая функциональность и качество сна (диапазон от высокой до крайне низкой степени достоверности).

КПТ, поведенческая терапия, ТПО и обучение способам релаксации являются отдельными подходами, хотя все они тесно связаны и преследуют сходные цели: повышение функциональности и способности эффективно справляться с болью и страданием так, чтобы они не влияли на повседневную жизнь. Был проведен сводный анализ этих четырех методик в сравнении, результаты которого подобны результатам сводного анализа всех видов психологической терапии (см. Приложение Е).

В разделах исследований, изучавших эффекты КПТ, ТПО, поведенческой или релаксационной терапии в сравнении с контрольными группами, сопоставлялись вмешательства, осуществлявшиеся очно и проведенные в удаленном формате (используя Интернет, смартфоны, записи на компакт-дисках или печатные руководства). По данным этих исследований, очная терапия положительно воздействовала на снижение интенсивности боли после окончания лечения; на снижение боли на 50% или более по окончании лечения и в периоде сопровождения; на функциональные расстройства по окончании лечения и в периоде сопровождения; на степень активности по окончании лечения и удовлетворенность в периоде сопровождения. Дистанционная терапия уменьшала интенсивность боли по окончании лечения и имела положительные эффекты в виде ослабления боли, повышения удовлетворенности и ощущении изменений в состоянии на 50% по окончании лечения и в периоде сопровождения. По другим результатам положительного воздействия отмечено не было (см. Приложение Е; полные данные приведены в систематическом обзоре⁵¹).

В нескольких исследованиях отмечались побочные эффекты любого рода. Согласно представленным сведениям участники групп психологической терапии не отмечали побочных эффектов; однако в предыдущих данных о воздействии психологических вмешательств отмечались редкие случаи побочных эффектов⁵⁵.

3.1.3. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Систематический обзор количественных данных об эффективности и безопасности фармакологического лечения боли у 4091 ребенка включил 29 РКИ и 5 сравнительных нерандомизированных исследований. Исследования оценивали воздействие парацетамола (ацетаминофена), противосудорожных препаратов, антидепрессантов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), прогестина и триптана. Не было выявлено заслуживающих доверия исследований, изучавших кетамин, опиоиды и другие типы анальгетиков. 15 из 34 исследований включали компаратор, который представлял собой либо плацебо, либо вмешательство, не связанное с фармацевтическими препаратами (поведенческое вмешательство, точечный массаж или экстракт фенхеля). Восемнадцать исследований сравнивали один фармацевтический агент с другим; еще одно исследование включало как активный препарат, так и плацебо. Большинство исследований было проведено в странах с высоким уровнем дохода населения, только одно исследование проведено в стране с уровнем дохода ниже среднего (Пакистан) и ни одного исследования в странах с низким уровнем дохода. Сводные характеристики исследования приведены в Приложении С, а более подробная информация представлена в систематическом обзоре⁵¹.

В целом для каждого класса препаратов было не очень много исследований (см. Приложение F для итоговых результатов и систематический обзор с подробностями⁵¹).

В одном исследовании сравнивалось действие противосудорожного препарата (прегабалин) с плацебо (то и другое — после окончания лечения) и приводились данные о благоприятном влиянии на интенсивность боли и на общее впечатление пациента об изменениях (оба доказательства очень низкой степени достоверности), но не было выявлено значительного влияния на 30% или 50% на уменьшение боли или улучшение сна после лечения (все доказательства очень низкой степени достоверности).

В шести исследованиях проводилось сравнение антидепрессантов с плацебо. Существенных различий в сводных результатах по интенсивности боли не было ни по окончании лечения (три исследования, низкая достоверность доказательств), ни на этапе сопровождения (два исследования, крайне низкая достоверность). В одном исследовании сообщалось об уменьшении боли по окончании лечения на 30 и 50% (оба результата с крайне низкой достоверностью). Еще одно небольшое исследование сообщает о повышении качества жизни, связанного со здоровьем, по окончании лечения и на этапе сопровождения с применением антидепрессантов (крайне низкая достоверность). Исследования не выявили положительного воздействия на функциональные нарушения по окончании лечения (крайне низкая достоверность), на тревожность и депрессию (оба аспекта — низкая достоверность по окончании лечения и крайне низкая на этапе сопровождения), на физическую активность по окончании лечения (крайне низкая достоверность) и на удовлетворенность пациентов по окончании лечения (низкая достоверность) и на этапе сопровождения (крайне низкая достоверность) по сравнению с плацебо.

Одно исследование сравнивало НПВП с точечным массажем, разницы в интенсивности боли по окончании лечения не выявлено (крайне низкая достоверность доказательств).

РКИ, включенные в этот обзор, сообщают о нескольких случаях побочных эффектов. Исходя из доступных данных, больше таких случаев было в группах лечения, чем в контрольных группах, хотя различия не были статистически значимыми, за исключением сравнения антидепрессанта (дюлоксетина) и плацебо, когда в контрольной группе было намного больше побочных эффектов (крайне низкая достоверность). Однако следует отметить, что включенные в обзор РКИ были в основном небольшими и могли не иметь достаточного охвата для выявления статистически значимых различий в частоте менее распространенных побочных эффектов.

3.2. ПРИЕМЛЕМОСТЬ И ОСУЩЕСТВИМОСТЬ

Критериям включения в обзор соответствовали 74 исследования, из которых 33 были отобраны для подробной оценки, поскольку проводились в странах с низким и средним уровнем доходов населения (см. Приложение G для описания характеристик исследования и подробности в систематическом обзоре⁵²). Из этих исследований 18 были сфокусированы на специфических вмешательствах, включенных в сферу этого Руководства, включая 12, вошедших в систематический обзор эффективности. Все 18 исследований проводились в странах с высокими доходами населения и охватывали физическую терапию ($n = 5$), психологические вмешательства ($n = 9$) и смешанные вмешательства ($n = 4$). Ни одно из исследований не затрагивало фармакологические вмешательства. Исследований, проводившихся среди детей младше 8 лет, оказалось немного. Ввиду недостатка качественных данных по включенным вмешательствам в регионах с низким и средним уровнем дохода населения из 74 исследований было выделено 15, в которых не было исследований специфических вмешательств при боли, а скорее, были представлены данные более общего порядка о подходах и препятствиях в отношении обезболивания у детей. В целом все 33 исследования имели существенные методологические ограничения. Основные результаты этого обзора представлены в Приложении H; подробно результаты изложены в систематическом обзоре⁵².

Анализ выявил спектр ощутимых преимуществ и рисков физической и психологической терапии. Для методов физической терапии преимущества включали увеличившуюся физическую активность, более низкую интенсивность боли и повышение энергии у пациентов. Риски включали усиление боли во время и после упражнений, усиление расстройств разного плана в семье, конфликт и несоблюдение указаний детьми, крайнее утомление детей и время, потраченное на терапию, отнятое родителями от времени взаимодействия с другими детьми и оплачиваемой работы. Для методов психологической терапии ощутимые преимущества включали улучшение сна, настроения, качества жизни и внутрисемейных коммуникаций, а также уменьшение тревожности. Иногда эффективно поддерживал групповой формат вмешательства, помогая «нормализовать» ощущение боли у детей. С другой стороны у групповой формат мог быть не слишком

приемлемым для некоторых детей с хронической болью смешанного характера и требовалась профессиональная фасилитация, чтобы избежать отчуждения со стороны детей.

Осуществимость вмешательств связывалась с простотой доступа к помощи, способом ее получения, ресурсами самой семьи, родительской поддержкой ребенка и обременительностью самого вмешательства. Для этих вмешательств были отмечены препятствия и облегчающие факторы. Среди препятствий отмечены скучное содержание метода, непривлекательный групповой формат, нежелание детей овладевать новыми навыками на глазах сверстников и расхождения между планируемыми результатами метода и желаемыми со стороны детей и родителей. Облегчающими факторами были осязаемое личное участие, индивидуальная подстройка или выбор содержания вмешательства и приобретенный личный опыт ребенка в случаях эффективного вмешательства.

В обзоре также был выделен ряд препятствий более общего характера для оптимального обезболивания у детей. Они включают бедность, трудности доступа к уходу, социокультурные нормы по отношению к выражению боли, нехватку сотрудников здравоохранения с необходимым опытом и подготовкой для оценки и лечения боли в педиатрии, нехватку педиатрических услуг здравоохранения.

3.3. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ОБЗОР

По заказу ВОЗ был проведен систематический обзор экономической оценки реабилитационных, психологических и фармакологических вмешательств, рассматриваемых в этом руководстве⁵³. Этот обзор включает только три исследования⁵⁶⁻⁵⁸, все они проведены в странах с высоким уровнем дохода населения и затрагивают только КПТ различной интенсивности. Одно исследование представляет анализ эффективности затрат, сравнивая затраты на один дополнительный год жизни с поправкой на качество (QALY) между двумя вмешательствами⁵⁷; второе исследование представляет собой анализ эффективности затрат на единицу снижения боли по шкале интенсивности⁵⁶; третье исследование сравнивает только расходы. Анализ эффективности затрат, выполненный Эвансом и коллегами⁵⁶, изучал интенсивную программу междисциплинарной реабилитации боли, состоящую из терапии, групповых упражнений, рекреационной и арт-терапии, а также психологического обучения родителей во время двухнедельного больничного пребывания и однонедельного нахождения в дневном стационаре. Исследование показало уменьшение боли после вмешательства и сокращение расходов (на 27 119 долл.) по сравнению с предыдущим годом, в основном за счет снижения уровня медицинского обслуживания.

Два других исследования изучали КПТ вмешательства, осуществлявшиеся через Интернет. Лалуни и др.⁵⁷ сравнивали этот формат со стандартными способами помощи детям с функциональной абдоминальной болью и отмечают, что его стоимость составила 186 долл., что привело к экономии 974 долл. и дало увеличение в 0,0187 QALY.

Лоу и соавторы⁵⁸ сравнили КПТ через Интернет с интернет-обучением детей с хронической болью различной этиологии. Авторы сообщают о сокращении затрат

для каждой из групп по сравнению с прошлым годом (без значительных различий между группами).

Этот обзор также включал поиск данных сравнительного анализа затрат и исследований об использовании ресурсов, если в них рассматривались по крайней мере два из реабилитационных, психологических или фармакологических вмешательств, представлявшие интерес. Однако таких исследований выявлено не было. В дополнение, обзор включал оценочные расходы на вмешательства или на группы вмешательств, выявленные в обзорах эффективности, а также на те вмешательства, где не было получено доказательств, но где оценка затрат могла помочь ГРП в формулировании рекомендаций. Были включены только расходы на вмешательство или на лекарственные средства и на их доставку и применение; последующие или иные влияния вмешательств, такие как сокращение использования услуг здравоохранения или рабочие отпуска родителей или лиц, осуществляющих уход, не были учтены. Оценки расходов приведены в табл. 3, 4 и 5 доклада об экономическом анализе⁵³.

4. РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Группа по разработке руководящих принципов пришла к выводу, что существует несколько ключевых принципов, которые лежат в основе изложенных в данном документе рекомендаций и передовых практических принципов и, что еще более важно, определяют все аспекты оказания помощи детям с хроническим болевым синдромом. Эти принципы основаны на конвенциях по правам человека и на этических соображениях.

1. *Доступ к обезболиванию является одним из основных прав человека*

Основные права человека, признанные в международных документах по правам человека⁵⁹⁻⁶¹, включают право быть свободным от пыток, а также от жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания. Поэтому государства обязаны защищать людей от пыток и жестокого обращения, и это право находится под угрозой, если люди не имеют доступа к важнейшим лекарственным средствам для облегчения боли. Специальный Докладчик по пыткам и иному жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению отметил в своем 3-м докладе Совету по правам человека ООН от 14 января 2009 года⁶² (параграф 72): «...Специальный Докладчик придерживается мнения, что фактический отказ в доступе к болеутоляющим препаратам, если он вызывает сильную боль и страдания, представляет собой жестокое, бесчеловечное и унижающее достоинство обращение или наказание». Рекомендации продолжают (параграф 74е): «Учитывая, что отсутствие доступа к лечению боли и к опиоидным анальгетикам для нуждающихся пациентов приравнивается к жестокому, бесчеловечному и унижающему достоинство обращению, необходимо принять все меры для обеспечения полного доступа и преодоления существующих нормативных, образовательных и мировоззренческих препятствий к обеспечению полного доступа к паллиативной помощи».

Следующий доклад Специального Докладчика от 1 февраля 2013 года⁶³ (параграф 56) подтверждает: «...что неспособность обеспечить доступ к контролируемым лекарственным средствам для облегчения боли и страданий угрожает основным правам на здоровье и защиту от жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Правительства должны гарантировать основные лекарственные средства, которые включают, помимо прочих, опиоидные анальгетики, как часть своих минимальных ключевых обязательств в рамках права на здоровье, и принять меры по защите людей, находящихся под их юрисдикцией, от бесчеловечного и унижающего достоинство обращения».

Различные правительственные и межправительственные органы сформулировали двойное обязательство: обеспечить адекватное наличие опиатов для медицинских и научных целей, в то же время предотвращая незаконное производство и оборот этих наркотиков⁶⁴⁻⁶⁶. Преамбула Единой Конвенции по наркотическим веществам 1961 года утверждает, что «медицинское применение наркотических веществ

продолжает быть незаменимым для облегчения боли и страданий и необходимо принятие адекватных мер для обеспечения наличия наркотических веществ для таких целей», также отмечая потенциально возможное злоупотребление такими лекарственными препаратами и необходимость препятствовать злоупотреблениям и бороться с ними эффективными мерами.

2. *Дети имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья*

Конвенция ООН по правам ребенка (КПР)⁶⁸ содержит несколько статей, относящихся к детям с хронической болью.

Статья 3, параграф 1:

«Во всех действиях в отношении детей, независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, занимающимися вопросами социального обеспечения, судами, административными или законодательными органами, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка».

Статья 23, параграф 1:

«Государства-участники признают, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества».

Статья 24, параграф 1:

«Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения».

3. *Страны-участницы и работники здравоохранения должны обеспечить знание своих прав детьми, их семьями и лицами, осуществляющими уход*

Государства-члены и лечебно-профилактические учреждения должны обеспечивать знание детьми, членами их семей и ухаживающими лицами своих прав на свободное волеизъявление, свободу от дискриминации, пользование доступными и надлежащими услугами здравоохранения и конфиденциальность. Это позволит семьям отстаивать интересы ребенка и свои собственные и искать той поддержки, на которую они имеют право.

5. ПЕРЕДОВЫЕ ПРИНЦИПЫ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Группа по разработке руководящих принципов также сформулировала несколько принципов, отражающих передовой опыт в области клинического ведения хронического болевого синдрома у детей. Эти принципы применимы ко всем аспектам клинической помощи ребенку с хроническим болевым синдромом, включая планирование, подготовку и проведение реабилитационной, психологической и фармакологической терапии.

1. Помощь детям с хроническим болевым синдромом, членам их семей и ухаживающим лицам должна оказываться на основе биопсихосоциального подхода; боль не должна рассматриваться как исключительно биомедицинская проблема.
2. Биопсихосоциальная модель боли признает боль как комплексное, многомерное переживание, являющееся результатом взаимодействия между биологическими, психологическими и социальными факторами. Эта модель лежит в основе понимания воздействия боли на человека, его семью и лиц, осуществляющих уход, а также на диагностирование и лечение боли. Она принимает во внимание пациента, его семью, социальный контекст и воздействие болезни на этого человека с точки зрения общества. Таким образом, лечение боли требует мультимодального, междисциплинарного и комплексного подхода¹⁻³.
3. Важнейшее значение для выбора тактики и планирования лечения боли имеет комплексная биопсихосоциальная оценка. В рамках такой оценки медицинские специалисты должны использовать надлежащие с точки зрения возраста пациента, его условий и культурных особенностей методы определения и контроля уровня боли и ее влияния на качество жизни ребенка и его семьи.
4. Наряду с принятием надлежащих мер по лечению боли дети с хроническим болевым синдромом должны проходить тщательное обследование на предмет любых фоновых заболеваний и иметь доступ к надлежащему лечению таких заболеваний. Нередко хронический болевой синдром в детском возрасте сопровождается коморбидными состояниями, негативно влияющими на здоровье, социальное и эмоциональное благополучие ребенка и требующими одновременного лечения.
5. Дети, у которых наблюдается хронический болевой синдром, должны обследоваться медицинскими специалистами, имеющими навыки и опыт оценки, диагностики и лечения хронической боли.
6. Лечение, проводимое путем реабилитационной, психологической или фармакологической терапии либо их сочетания, должно выбираться с учетом особенностей состояния здоровья ребенка; фонового заболевания; возрастного развития; физических, языковых и когнитивных возможностей; социальных и эмоциональных потребностей.

7. Помощь детям с хроническим болевым синдромом должна оказываться с ориентацией на нужды ребенка и его семьи. В частности, помощь ребенку должна:
 - i) соответствовать по своим целям и организационным формам медицинским потребностям, предпочтениям и ожиданиям ребенка, его семьи и местного сообщества;
 - ii) быть адаптирована к ценностям, культурным особенностям, предпочтениям и ресурсам семьи;
 - iii) способствовать вовлечению пациента и помогать ребенку и его семье играть активную роль в лечении за счет совместного принятия обоснованных решений.
8. Семьям и ухаживающим за пациентами лицам должна своевременно предоставляться достоверная информация. Совместное принятие решений и четкая коммуникация являются важнейшими условиями надлежащего оказания медицинской помощи. Взаимодействие с пациентами должно осуществляться с учетом их когнитивных способностей, особенностей развития и языковых навыков. Следует выделять достаточно времени для обсуждения плана и хода лечения и ответов на возникающие вопросы в комфортной обстановке.
9. Ребенок, его семья и ухаживающие лица должны получать всестороннюю и согласованную поддержку: следует уделять должное внимание всем аспектам развития и благополучия ребенка, включая его когнитивное, эмоциональное и физическое здоровье. Кроме того, план лечения должен охватывать образовательные, культурные и социальные потребности и устремления ребенка.
10. При оказании помощи детям с хроническим болевым синдромом следует руководствоваться междисциплинарным и многосторонним подходом, учитывающим потребности и желания ребенка, семьи и ухаживающих лиц, а также имеющиеся ресурсы. Биопсихосоциальная концепция боли предусматривает использование многообразных механизмов для решения задач, связанных с лечением хронической боли.

Директивные органы, руководители программ и медицинские специалисты, а также семьи и ухаживающие за пациентами лица должны обеспечивать ответственное применение опиоидов, позволяющее использовать их рационально и с осторожностью. Важнейшие принципы ответственного применения опиоидов указаны ниже.

- i. Опиоиды должны использоваться только по надлежащим показаниям и назначаться квалифицированными специалистами на основе тщательной оценки пользы и рисков.
- ii. Получение опиоидов пациентами, их воздействие на боль и вызываемые ими неблагоприятные реакции должны непрерывно отслеживаться и оцениваться квалифицированными специалистами.
- iii. Назначающий опиоиды специалист должен руководствоваться четким планом в отношении продолжения терапии, постепенного снижения дозы и отмены опиоидов в зависимости от состояния ребенка. Этот план и его обоснование должны доводиться до сведения ребенка и его семьи.
- iv. Необходимо уделять должное внимание закупке и хранению опиоидов и утилизации неизрасходованных доз.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ

Группа по разработке руководящих принципов (ГРП) сформулировала рекомендации, основываясь на систематических обзорах данных о пользе, вреде, приемлемости, осуществимости, экономических оценках и на других соображениях, как указано в гл. 2 и (более подробно) в Приложении А.

6.1. РЕКОМЕНДАЦИЯ 1

Детям с хроническим болевым синдромом может назначаться физическая реабилитация, как отдельно, так и в сочетании с другими видами лечения (условная рекомендация, крайне низкая достоверность доказательств).

6.1.1. ЗАМЕЧАНИЯ

Эта рекомендация была принята путем консенсуса среди членов ГРП.

6.1.2. ОБОСНОВАНИЯ

ГРП основывает эту рекомендацию на нижеследующих доказательствах и на других соображениях.

- По сравнению с нефизическими терапевтическими вмешательствами или контрольными группами физическая реабилитация для детей с хронической болью различной этиологии имела умеренное воздействие на интенсивность боли по окончании лечения (крайне низкая достоверность доказательств). Однако на долгосрочном сопровождении при небольшом числе доступных исследований преимуществ отмечено не было (крайне низкая достоверность доказательств).
- Функциональные нарушения и степень активности улучшились по окончании лечения, когда ФР применялась в лечении хронической боли различной этиологии (крайне низкая достоверность доказательств).
- В изученных исследованиях о побочных явлениях сообщалось мало, однако те случаи, о которых сообщалось, как правило, были незначительными или непродолжительными и не требовали лечения.
- Хотя методы физической реабилитации были в целом оценены как осуществимые и приемлемые для детей, родителей и лиц, осуществляющих уход, но мнения разделились. Сообщалось о недовольстве детей этими вмешательствами, включая скуку при выполнении упражнений и нежелание отрабатывать новые навыки перед сверстниками.

- Стоимость физической реабилитации будет, скорее всего, различаться в разных странах и в конкретных учреждениях, однако потенциальные затраты, связанные с неадекватным лечением хронической боли, могут быть достаточно высоки. Хотя анализ потенциальных выгод по сравнению с расходами в разных регионах систематически не проводился, но по мнению ГРП, такие расходы могут быть значительными, в том числе с точки зрения использования медицинских услуг (стационарные и амбулаторные медицинские и психиатрические услуги) и ущерба для родителей от потерь рабочего времени.

6.2. РЕКОМЕНДАЦИЯ 2

Рекомендация 2, а. Детям с хроническим болевым синдромом может оказываться психологическая помощь посредством проведения когнитивно-поведенческой терапии и связанных с ней вмешательств (терапия принятия и ответственности, поведенческая терапия и релаксационная терапия) (условная рекомендация, умеренная достоверность доказательств).

Рекомендация 2, б. Психологическая терапия может проводиться очно или дистанционно либо в смешанном режиме (условная рекомендация, умеренная достоверность доказательств).

6.2.1. ЗАМЕЧАНИЯ

Эта рекомендация была принята путем консенсуса среди членов ГРП, которые решили не давать рекомендаций относительно гипноза: только три исследования изучали гипноз, предоставив данные по трем (из критических или важных) результатам (смешанные результаты, все доказательства очень низкой достоверности).

6.2.2. ОБОСНОВАНИЯ

При формулировании этой рекомендации ГРП учитывала следующие факторы.

- В обзор были включены 63 исследования психологических вмешательств, из которых все, кроме пяти (три — по гипнозу и два — по решению задач), изучали когнитивно-поведенческую терапию, терапию принятия и приверженности, поведенческую терапию или терапию релаксации. ГРП согласилась, что эти 4 вида терапии имеют общие черты с точки зрения их цели, механизма и применения. По этой причине члены Группы решили объединить их для рассмотрения результатов и обоснования рекомендации.
- Систематический обзор сообщил о снижении интенсивности боли на 50%, о положительном эффекте когнитивно-поведенческой терапии, о терапии принятия, о поведенческой терапии и тренировок релаксации, об уменьшении функциональных расстройств по окончании лечения (низкая достоверность доказательств). При долговременном сопровождении отмечалось снижение боли на 50% (крайне низкая достоверность) и функциональных расстройств (умеренная достоверность).

- Эти эффекты не отличались для пациентов, получавших очную и дистанционную терапию.
- В систематическом обзоре доказательств качества терапии сообщалось о смешанных мнениях детей касающихся приемлемости психологической терапии. Дети и их родители ощутили пользу (улучшился сон, настроение, качество жизни и общение в семье, снизилась тревожность). Групповой формат терапии может оказать поддержку и уменьшить боль у детей. С другой стороны, дети выразили озабоченность по поводу этих мероприятий, включая скучное содержание, ощущение отсутствия актуальности для себя и нежелание отрабатывать новые навыки в присутствии сверстников, а групповой формат может быть неподходящим для групп детей со смешанными заболеваниями или с разной тяжестью боли. Родители и дети отмечали большие затраты времени на дорогу на очные сессии и свою озабоченность несопадением между планируемыми результатами вмешательств и результатами, желаемыми родителями или детьми. Влияние этой озабоченности на эффективность психологических вмешательств остается, однако, неизвестным.
- Также были отмечены различные факторы, способствующие эффективности этих вмешательств: применимость к ребенку, индивидуальный подход или выбор вмешательства, содержание, личные позитивные впечатления ребенка от вмешательства. Степень влияния этих факторов на эффективность неизвестна.
- Экономический анализ в двух странах с высоким уровнем дохода населения показал, что психологические вмешательства либо были менее дорогостоящими, либо имели такую же стоимость, как стандартное лечение, образовательное вмешательство без когнитивно-поведенческой терапии или лечение, предшествующее вмешательству. Требуемые ресурсы в странах с низким и средним уровнем дохода населения, вероятно, будут различаться, особенно в тех местностях, где имеется меньший доступ к услугам здравоохранения или меньше подготовленных терапевтов.
- Расходы на психологическую терапию, скорее всего, будут различаться по странам и конкретным учреждениям, однако потенциальные затраты, связанные с неадекватным лечением хронической боли, могут быть высоки. Хотя анализ потенциальных выгод по сравнению с расходами в разных регионах систематически не проводился, но по мнению ГРП, такие расходы могут быть значительными, в том числе с точки зрения использования медицинских услуг (стационарные и амбулаторные медицинские и психиатрические услуги) и ущерба для родителей от потерь рабочего времени.

6.3. РЕКОМЕНДАЦИЯ 3

Детям с хроническим болевым синдромом может назначаться надлежащее фармакологическое лечение при его адаптации с учетом конкретных показаний и особенностей состояния ребенка (условная рекомендация, низкая достоверность доказательств).

6.3.1. ЗАМЕЧАНИЯ

Эта рекомендация была принята путем консенсуса среди членов ГРП. Принимая во внимание недостаточность доказательств по конкретным классам лекарств и препаратам, ГРП решила дать общую рекомендацию для фармакологической терапии. Необходимо обращаться к резюме доказательств в секции 3.1.3, Приложение F, и к систематическому обзору за более подробными результатами.

6.3.2. ОБОСНОВАНИЯ

При формулировании этой рекомендации ГРП учитывала следующие факторы.

- Систематический обзор доказательств сообщает о незначительном ослаблении боли по окончании лечения для нескольких методов фармакотерапии, применяемых для лечения хронической боли различной этиологии у детей.
- Небольшое количество исследований, отсутствие долгосрочных наблюдений или популяционных исследований и низкий процент негативных побочных явлений, о которых сообщают исследования, включенные в обзор, затруднили определение риска негативных последствий для конкретных препаратов или классов лекарств.
- Хотя было затруднительно определить соотношение преимуществ и рисков, основываясь на имеющейся доказательной базе по детям, особенно для отдельных препаратов и показаний, ГРП считает, что фармакотерапия имеет потенциальные преимущества у детей с хронической болью, после индивидуальной оценки рисков.
- Расходы на фармакологическую терапию, скорее всего, будут различаться по странам и конкретным учреждениям, однако потенциальные затраты, связанные с неадекватным лечением хронической боли, могут быть высоки. Хотя анализ потенциальных выгод по сравнению с расходами в разных регионах систематически не проводился, но по мнению ГРП, такие расходы могут быть значительными, в том числе с точки зрения использования медицинских услуг (стационарные и амбулаторные медицинские и психиатрические услуги) и ущерба для родителей от потерь рабочего времени.

6.4. РЕКОМЕНДАЦИЯ 4

Рекомендация 4, а. Надлежащее фармакологическое лечение с учетом конкретных показаний может включать назначение морфина для оказания помощи на терминальном этапе с соблюдением принципов ответственного применения опиоидов (условная рекомендация, крайне низкая достоверность доказательств).

Рекомендация 4, в. Назначение морфина детям с хроническим болевым синдромом, связанным с жизнеограничивающими состояниями*, может производиться надлежащим образом подготовленными медицинскими специалистами в соответствии с принципами ответственного применения опиоидов (условная рекомендация, крайне низкая достоверность доказательств).

6.4.1. ЗАМЕЧАНИЯ

Эта рекомендация была принята путем консенсуса среди членов ГРП.

6.4.2. ОБОСНОВАНИЯ

При формулировании этой рекомендации ГРП учитывала следующие факторы.

- В систематическом обзоре доказательств по применению морфина и других опиоидов для детей с хронической болью не было выявлено сравнительных исследований.
- Существует умеренная уверенность в том, что родители детей, страдающих онкологическим заболеванием и имеющих хроническую боль, позитивно относились к применению морфина у своих детей, хотя некоторые медицинские работники не хотели давать опиоиды, опасаясь привыкания (низкая достоверность доказательств). Некоторые медицинские работники считали, что из-за этого страха боль не лечится и что детям необходимо более эффективное обезболивание.
- Стоимость препаратов морфина существенно различается в разных странах.
- В целом ГРП считает, что доступ к морфину для детей, особенно в конце жизни или в конкретных ситуациях, связанных с жизнеограничивающими состояниями, является необходимым для адекватного обезболивания.

6.4.3. СООБРАЖЕНИЯ

Когда детям назначается морфин в контексте помощи в конце жизни или в особых ситуациях, связанных с жизнеограничивающими состояниями, существуют некоторые важные соображения.

- Применение морфина никогда не является самостоятельным методом лечения: опиоиды всегда назначаются в контексте биопсихосоциальной модели лечения, с учетом баланса пользы и вреда для конкретного человека.
- Назначение морфина должно осуществляться соответствующим образом обученным и опытным медицинским работником, который берет на себя ответ-

* Жизнеограничивающие состояния — неизлечимые болезни, приводящие к ранней смерти, но при которых человек может прожить еще несколько лет.

ственность за регулярный последующий уход за ребенком, мониторинг и корректировку дозы, а также следует другим принципам опиоидной терапии.

- Фармакокинетика морфина у детей недостаточно изучена, и существуют различия в индивидуальной чувствительности детей к морфину и в их ощущении боли. Поэтому очень важно, чтобы все медицинские работники, участвующие в ведении детей, получающих морфин, были обучены оценке и мониторингу состояния этих детей.
- Дети и их семьи должны быть осведомлены о физиологической зависимости, толерантности, побочных эффектах и о том, как с ними справиться. Необходимо проводить соответствующие мероприятия по предотвращению, минимизации и устранению побочных эффектов.
- Работники здравоохранения, назначающие опиоиды, должны работать над снижением рисков, не зависящих от ребенка. Такие действия включают, например, безопасную перевозку, хранение и утилизацию опиоидов.
- Дети, которым назначен морфин для лечения хронической боли в конце жизни, или дети с жизнеограничивающими состояниями могут нуждаться в морфине для лечения промежуточной, острой или внезапно сильной боли (например, гемолитический криз при серповидно-клеточной анемии). Ограниченное по времени применение морфина в этих условиях должно осуществляться с минимально возможной соответствующей дозой и продолжительностью и должно регулярно пересматриваться для обеспечения наименьшего количества возможных побочных явлений. Медицинские работники и лица, осуществляющие уход, должны регулярно проводить оценку боли и других симптомов и следовать принципам и соответствующим руководствам по лечению острой боли, включая наличие плана прекращения приема опиоидов и соблюдение других аспектов рационального использования опиоидов.

7. ПРОБЕЛЫ В ИССЛЕДОВАНИЯХ

В процессе разработки рекомендаций ГРП выявила ряд ключевых пробелов в базе знаний и в исследовательских данных по лечению хронической боли у детей. Привлечение внимания к этим пробелам может быть полезно исследователям, финансирующим организациям и иным сторонам, заинтересованным в лечении хронической боли у детей. Важно, что исследование этих пробелов будет способствовать разработке научно обоснованных рекомендаций, а также принятию решений в государствах-членах и на местном уровне. Пробелы, представленные здесь, не выстроены в порядке их приоритетности и не претендуют на полный охват.

7.1. ПРОБЕЛЫ В РАЗРАБОТКЕ И В ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ

ГРП отметила, что существующие исследования часто являются неоптимальными с точки зрения качества разработки, выполнения и отчетности. ГРП предположила, что будущие исследования могут быть улучшены путем решения следующих ключевых вопросов.

- a) Необходимы крупные многоцентровые испытания, в которых изучаются индивидуальные и мультимодальные методы лечения в различных условиях, в том числе в больницах, в хосписах, на дому и в местном сообществе.
- b) Анализ на индивидуальном уровне (например, экспериментальный дизайн одного случая) может дополнить исследования на групповом уровне, такие как РКИ. Такие схемы позволяют проводить более детальный анализ на индивидуальном уровне, включая изучение того, как дети реагируют на вмешательства на разных этапах болезни и ее лечения.
- c) В будущих исследованиях следует улучшить описание характеристик исследуемой популяции, особенно описание медицинских состояний и механизмов, лежащих в основе боли.
- d) Необходима работа по каталогизации, оценке и валидации инструментов для оценки и переоценки боли, вызванной конкретными состояниями, в конкретных условиях и для детей различных возрастных групп и возможностей.
- e) В будущих исследованиях необходима разработка и регулярная доработка стандартизированных наборов результатов в отношении пациента и его семьи с учетом культуральных особенностей семьи. Это облегчит сравнение результатов (исходов) между разными исследованиями и разными участниками.
- f) Анализ результатов по возрастным группам и полу необходим для лучшего понимания поведения и результатов для подгрупп населения.
- g) Исследования всех типов должны включать долгосрочное наблюдение, особенно в отношении неблагоприятных последствий.
- h) Необходим комплексный сбор данных наблюдений за результатами, включая неблагоприятные последствия, с помощью таких инструментов, как реестры.

7.2. ПРОБЕЛЫ В ИССЛЕДОВАНИЯХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К НЕСКОЛЬКИМ ТИПАМ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Существует ряд пробелов в исследованиях, охватывающих более чем один тип вмешательств.

- a) Исследования необходимо проводить в реальной обстановке, принимая во внимание наличие двух и более заболеваний (коморбидность), соблюдение режима лечения и другие распространенные различия среди участников испытаний.
- b) Необходимы исследования эффективности, безопасности и осуществимости вмешательств в ряде стран с низким и средним уровнем дохода населения. Кроме того, необходимы исследования действенности вмешательств в условиях гуманитарных кризисов, нехватки ресурсов и в других различных обстоятельствах.
- c) Необходимы исследования различных способов осуществления реабилитационных и психологических вмешательств, включая цифровые технологии, такие как телемедицина и приложения на мобильных телефонах, для поддержки пациентов и их семей в программах лечения боли.
- d) Необходимы исследования междисциплинарных и мультимодальных методов лечения различных состояний, приводящих к хронической боли у детей.
- e) Качественные и смешанные исследования помогут менеджерам программ, медицинским работникам, пациентам и их семьям в понимании того, когда и почему вмешательства действенны, какие существуют предикторы и факторы, способствующие эффективности, и препятствующие эффективности барьеры, а также в прогнозировании успешных результатов.
- f) Если действенность вмешательства подтверждается высококачественными исследованиями, следует изучить эффективность затрат в различной обстановке, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода населения.
- g) Необходимы исследования, изучающие пути улучшения подготовки и расширения круга лиц, способных осуществлять вмешательства по лечению боли в странах с низким и средним уровнем дохода населения и в обстановке ограниченных ресурсов, например в программах гуманитарной помощи.

7.3. ГРУППЫ ЛИЦ, ДЛЯ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО ДАЛЬНЕЙШЕЕ ИЗУЧЕНИЕ

Существует недостаток данных по лечению хронической боли у детей по всем возрастным группам и по широкому спектру подгрупп. Некоторые пробелы в исследованиях особенно заметны.

- a) Хотя исследования нужны для всех возрастных групп, от рождения до 19 лет, систематические обзоры по эффективности не обнаружили никаких исследований по детям младше 10 лет. Эта младшая возрастная группа, таким образом, заслуживает особого внимания.

- b) Необходимы исследования для детей со специфическими состояниями, включая:
- i) наиболее уязвимые группы детей с нарушениями развития или интеллекта, перенесших травмы или имеющих тяжелые жизненные условия, проживающих в зонах гуманитарных катастроф и имеющих сопутствующие нарушения ментального здоровья;
 - ii) дети с хронической онкологической болью во время или после лечения рака;
 - iii) дети с жизнеограничивающими состояниями или нуждающиеся в лечении боли в конце жизни как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.
- c) Некоторые группы населения требуют особого внимания, включая коренных жителей и членов их семей, включая братьев и сестер, и лиц, осуществляющих уход за детьми с хронической болью.

7.4. ПРОБЕЛЫ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ОТДЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Существуют значительные пробелы в исследованиях по всем трем основным видам вмешательств, рассмотренных в настоящем руководстве.

7.4.1. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Учитывая недостаток данных и низкое качество имеющихся исследований, необходим широкий спектр исследований по эффективности и безопасности вмешательств физической реабилитации при хронической боли у детей. В частности, необходимы крупные многоцентровые испытания, а также исследования, изучающие индивидуальные вмешательства и вмешательства, интегрирующие терапию в повседневную жизнь.

7.4.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Исследований применения психологической терапии было обнаружено намного больше, чем для ФР или фармакотерапии, поэтому необходимы дополнительные исследования для оптимального информационного подкрепления рекомендаций по лечению и уходу, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода населения. Для этого необходимы масштабные, хорошо продуманные исследования. Важно улучшить описания и определения вмешательств. Например, в исследованиях необходимо указывать количество и длительность сессий, специфические роли и задания для детей, родителей или для тех и других вместе. Необходимо определить важнейшие из активных компонентов удачных вмешательств, поскольку это облегчает эффективное проведение вмешательства и повышает эффективность расходов.

В частности, следующие области заслуживают внимания исследователей и спонсоров:

- a) Исследования индивидуально разработанных вмешательств для возрастных групп, для групп по функциональным возможностям и нарушениям.
- b) Исследования активных механизмов и медиаторов, включая предикторы и модераторы реакции на вмешательство, поскольку знание этих факторов особенно важно для разработки индивидуальных вмешательств.
- c) Исследования, изучающие различные методы применения, например Интернет, рабочие тетради или коммуникации, по телефону, в странах с низким, средним и высоким уровнем дохода населения.
- d) Вмешательства для семей, лиц, осуществляющих уход, которые могут применяться без участия психологов, силами местных медицинских работников, школьных учителей или групп «равный-равному».

7.4.3 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Как подчеркивается в систематических обзорах, лежащих в основе настоящих рекомендаций, существуют значительные пробелы в исследованиях, связанных с эффективностью и безопасностью фармакологических вмешательств для лечения хронической боли у детей.

- a) Существует мало фармакокинетических исследований лекарств у детей с хронической болью. Необходимы исследования, изучающие действие различных лекарств в конкретных условиях, включая различные дозировки и режимы лечения.
- b) Необходимо изучить приверженность к различным лекарствам и программам лечения, особенно у подростков.
- c) Необходимы данные по безопасности применения групп препаратов, потенциально подходящих для детей с хронической болью, полученные в ходе испытаний и долгосрочных проспективных когортных исследований. Эти данные должны включать серьезные случаи побочного и другого негативного действия.
- d) Полностью отсутствуют доказательства эффективности и безопасности применения опиоидов у детей. Некоторые ключевые пробелы в исследованиях включают:
 - i) эффективность и безопасность применения опиоидов, включая морфин, в конце жизни и в жизнеограничивающих состояниях, включая долгосрочное применение;
 - ii) эффективность и безопасность опиоидов более длительного действия и подкожных инфузий морфина у детей, нуждающихся в помощи в конце жизни;
 - iii) наблюдение на уровне детского населения за неблагоприятными явлениями, включая передозировку и злоупотребление;
 - iv) изучение отношения общества к надлежащему использованию опиоидов для лечения хронической боли у детей, а также к вопросам злоупотребления и зависимости.

8. ПРИНЯТИЕ И ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В процессе подготовки к внедрению рекомендаций, изложенных в настоящем документе, государства-члены и другие конечные исполнители должны обеспечить наличие необходимых мер политики, правил, инфраструктуры и кадровых ресурсов, позволяющих оказывать доступную и качественную медицинскую помощь детям с хроническим болевым синдромом. Помимо этого, конечные исполнители данных рекомендаций должны учитывать ряд других важных соображений.

8.1. ПОЛИТИКА НАЦИОНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Национальная политика и правила государств-членов должны обеспечивать широкий и равноправный доступ детей с хроническим болевым синдромом к надлежащим и качественным услугам. Стоимость лечения и бюрократические процедуры не должны препятствовать равноправному доступу к надлежащей терапии или ограничивать обращаемость за ней. Медицинская помощь при хроническом болевом синдроме является важным компонентом всеобщего охвата детей услугами здравоохранения (ВОУЗ). Национальные перечни основных видов медицинской помощи должны подкрепляться соответствующими бюджетными ассигнованиями и включать рекомендованные в настоящем документе виды терапии, а также предусматривать возможность направления пациента для получения специализированной помощи при наличии соответствующих показаний. Недостаточно включить в перечень услуг в рамках ВОУЗ только отдельные виды лечения, например фармакологическую терапию, поскольку это может привести к непреднамеренным последствиям, в частности в виде ориентации исключительно на медикаментозное лечение, создающей риск чрезмерного и неправильного применения лекарственных препаратов детьми и членами их семей. Кроме того, фармакологическая терапия с большой вероятностью будет менее эффективна без надлежащего внимания к реабилитационной и психологической терапии в соответствии с биопсихосоциальной концепцией помощи. Наконец, это может побудить семьи искать другие, научно не обоснованные методы лечения, применение которых будет иметь экономические последствия для семьи и может вызывать неблагоприятные реакции.

Выпускаемые ВОЗ примерные перечни основных лекарственных средств и примерный перечень основных лекарственных средств для детей содержат достаточный спектр лекарственных средств для лечения болевого синдрома у детей. По мнению Комитета Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам, для осуществления права на здоровье страны должны обеспечивать доступность лекарственных средств, внесенных в примерный перечень ВОЗ⁶⁹. Примерные перечни ВОЗ как центральный элемент национальной политики в отношении лекарственных препаратов могут адаптироваться

странами и использоваться в качестве ориентира при выработке национальных перечней⁷⁰ для обеспечения доступности и рационального использования качественных лекарственных средств. Основным направлением стратегии рационального использования лекарственных средств является обучение и профессиональная подготовка медицинских работников по вопросам, касающимся основных мер политики в области контроля качества, поставки, применения и утилизации препаратов. Медицинский персонал должен обеспечиваться надлежащей защитой и поддержкой, позволяющими ему исполнять обязанности, связанные с обращением к контролируемым лекарственными средствами, включая опиоиды.

8.2. УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА

Для обеспечения оптимального доступа детей с хроническим болевым синдромом и членов их семей к эффективным и экономически оправданным услугам может потребоваться значительное укрепление существующего потенциала, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Необходимый потенциал включает как медицинский персонал, так и системы здравоохранения, способные предоставлять высококачественные услуги в соответствии с рекомендациями. В некоторых случаях может быть необходимо расширить подготовку медицинских работников по вопросам лечения хронического болевого синдрома у детей. Она включает обучение и повышение квалификации на преддипломной и последипломной ступенях и программы непрерывного образования и имеет значение для широкого круга медицинских специальностей, связанных с оказанием помощи данной категории детей. Такое обучение должно предусматривать ознакомление с широким кругом тем, включая оценку боли, других симптомов и реакций на лечение; методики проведения такой оценки; методы лечения; контроль и лечение неблагоприятных реакций на медицинское вмешательство; стратегии информирования и поддержки детей и членов их семей.

Для эффективного оказания помощи детям при хроническом болевом синдроме медицинские специалисты должны иметь четкое представление о биопсихосоциальной концепции боли на уровне, соответствующем функциям и обязанностям специалиста при работе с детьми. В некоторых обстоятельствах это может потребовать значительного изменения культурных привычек и установок медицинского персонала, а также дополнительного обучения.

С учетом важности обмена четкой, достоверной и полной информацией между различными медицинскими работниками, участвующими в оказании помощи ребенку, у них должны быть сформированы и постоянно совершенствоваться навыки общения с ребенком, с членами его семьи и с ухаживающими лицами. Медицинские работники должны уверенно владеть навыками совместной выработки решений и методами поддержки и мотивации пациентов и членов их семей. Для полноценного развития таких навыков им может потребоваться дополнительное обучение и сопровождение со стороны других специалистов.

Поскольку для лечения хронического болевого синдрома необходим всесторонний и междисциплинарный подход, медицинский персонал должен быть знаком со всем спектром имеющихся вариантов лечения и обладать знаниями на уровне,

соответствующем их конкретным профессиональным обязанностям. Медицинские специалисты должны иметь общие знания по вопросам оказания реабилитационной и психологической терапии, применения оптимальных методов контроля хода лечения и неблагоприятных реакций и критериев коррекции и прекращения лечения. Наряду с этим они должны иметь представление о лекарственных препаратах, которые используются для лечения болевого синдрома у детей, методах их правильного назначения, возможных побочных реакциях и методах их контроля, а также о принципах ответственного применения опиоидов, в том числе о критериях и способах прекращения приема таких препаратов. Кроме того, они должны уметь определять необходимость в направлении ребенка для получения специализированных и других услуг.

Для обеспечения возможности проведения лечения на основе междисциплинарного, всестороннего и комплексного подхода в соответствии с имеющимися показаниями может возникнуть необходимость в создании служб и сетевых структур для направления пациентов для получения специализированной помощи. Могут потребоваться новые модели, в частности предусматривающие перераспределение должностных обязанностей и проведение виртуальных консультаций со специалистами и бригадами, оказывающими помощь пациентам.

8.3. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

В ходе реализации лечебных мероприятий по оказанию помощи детям с хроническим болевым синдромом следует соблюдать ряд важных принципов, позволяющих обеспечить оптимальность лечения, исхода заболевания и использования ресурсов.

На раннем этапе лечения хронического болевого синдрома пациенту, членам его семьи и ухаживающим лицам следует разъяснить биопсихосоциальную природу боли. При этом следует уделить внимание конкретным проблемам и вопросам, возникающим у ребенка и его семьи. Вспомогательные способы и средства информирования, в частности метафорические коммуникативные приемы, брошюры и ссылки на веб-материалы, следует выбирать с учетом особенностей восприятия и предпочтений детей и ухаживающих за ними лиц.

При лечении хронического болевого синдрома следует также определить цели лечения, которые должны устанавливаться совместно и исходя из возможностей ребенка, его семьи, ухаживающих лиц и соответствующих медицинских работников. Постановка целей помогает обеспечить ребенку наивысшее достижимое качество жизни и расширить его возможности для осуществления деятельности и личного развития в соответствии с его ценностными установками и приоритетами.

Практическая осуществимость вмешательств, направленных на лечение хронического болевого синдрома у детей, может быть различной в зависимости от обстоятельств. Обычно она определяется такими факторами, как доступность, способ проведения вмешательства, ресурсы семьи, степень поддержки со стороны родителей и нагрузка (временные затраты, создаваемые неудобства и финансовые расходы). В процессе работы с ребенком и его семьей медицинские специалисты

должны учитывать все эти факторы, поскольку они влияют на возможность проведения лечения.

В ходе планирования и проведения лечебных мероприятий важнейшее значение имеет социальная и образовательная среда, в которой находится ребенок с хроническим болевым синдромом. Оказание поддержки семье и ребенку может осуществляться на дому или в общинных учреждениях с участием не только медицинских специалистов, но и образовательных учреждений и социальных служб. Лечебные мероприятия следует проводить в местах, расположенных как можно ближе к месту проживания ребенка, исходя из соображений удобства для ребенка и его семьи. Режим лечебных мероприятий должен устанавливаться с учетом распорядка жизни ребенка и членов его семьи и расписания учебных занятий. Это помогает не лишить ребенка привычной физической и социальной обстановки и избежать дополнительной нагрузки на него и на членов его семьи.

С учетом хронического характера состояния ребенка следует уделять внимание вопросам поддержания эффективности и обеспечения стабильности лечения, а также его долгосрочным результатам. Несмотря на недостаток научных данных по этому вопросу, медицинские специалисты и другие лица, участвующие в оказании помощи данной категории детей, должны непрерывно искать способы поддержания и повышения качества лечения и его результатов. К ним относится периодическая оценка течения заболевания и степени контроля болевого синдрома установленными методами, соответствующими возрасту, этапу развития, навыкам общения и культурным особенностям ребенка. Для повышения качества долгосрочных результатов могут проводиться мероприятия, «закрепляющие» эффективные меры вмешательства.

По мере взросления ребенка и изменения его возможностей, способности к принятию решений, взглядов, интересов и видов деятельности члены бригады, оказывающей помощь ребенку, должны надлежащим образом корректировать предоставляемые ему услуги в соответствии с его потребностями. При работе с подростками медицинский персонал должен обеспечить благополучный переход ребенка в ведение учреждений, обслуживающих взрослых пациентов.

9. РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ОБНОВЛЕНИЕ

Настоящее руководство будет опубликовано на интернет-сайте ВОЗ. Дополнительно оно будет распространяться через широкую сеть международных партнеров, включая страновые и региональные отделения ВОЗ, министерства здравоохранения, центры, сотрудничающие с ВОЗ, университеты, другие организации ООН и неправительственные организации.

Поскольку это руководство глобально, то ожидается, что государства-члены адаптируют рекомендации под свои условия с учетом осуществимости, наличия ресурсов и других соображений на национальном и субнациональном уровне. Региональные и страновые отделения ВОЗ могут оказать содействие в адаптации.

Процесс распространения и применения будет включать мониторинг и оценку для получения данных и информации о внедрении, применении и влиянии. ВОЗ планирует сотрудничество с национальными органами для ответа на вопросы о новых рекомендациях и для сбора информации от работников здравоохранения об их применении через обычные оценки национального уровня подготовки и через другие оценки.

Руководящая группа ВОЗ продолжит следить за исследованиями управления хронической болью у детей, особенно для вмешательств, по которым достоверность доказательств оказалась низкой или крайне низкой. Если этому руководству потребуется обновление или возникнет озабоченность его валидностью, ВОЗ будет координировать его обновление, следуя процедурам и методам разработки рекомендаций ВОЗ.

10. ССЫЛКИ

1. U.S. Department of Veterans Affairs, U.S. Department of Defense. Management of Opioid Therapy (OT) for Chronic Pain — VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Washington DC: VA/DoD; 2017.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. Washington DC: National Academies Press; 2011.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and Recommendations. Washington DC: HHS; 2019.
4. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: World Health Organization; 2019.
5. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*. 2011;152(12): 2729–2738.
6. Gobina I, Villberg J, Välimaa R, Tynjälä J, Whitehead R, Cosma A et al. Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions. *Eur J Pain*. 2019;23(2): 316–326.
7. Tutelman PR, Chambers CT, Stinson JN, Parker JA, Fernandez CV, Witteman HO et al. Pain in children with cancer. *Clin J Pain*. 2018; 34(3): 198–206.
8. Walters CB, Kynes JM, Sobey J, Chimhundu-Sithole T, McQueen KAK. Chronic Pediatric Pain in Low- and Middle-Income Countries. *Children (Basel)*. 2018; 5(9).
9. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, van der Wouden JC. Chronic pain among children and adolescents: physician consultation and medication use. *Clin J Pain*. 2000; 16(3): 229–235.
10. Huguet A, Miro J. The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *J Pain*. 2008;9(3): 226–236.
11. Stanford EA, Chambers CT, Biesanz JC, Chen E. The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*. 2008; 138(1): 11–21.
12. Tumin D, Drees D, Miller R, Wrona S, Hayes Jr D, Tobias JD et al. Health care utilization and costs associated with pediatric chronic pain. *J Pain*. 2018; 19(9): 973-982.
13. Wager J, Brown D, Kupitz A, Rosenthal N, Zernikow B. Prevalence and associated psychosocial and health factors of chronic pain in adolescents: Differences by sex and age. *Eur J Pain*. 2020; 24(4): 761–772.
14. Gauntlett-Gilbert J, Eccleston C. Disability in adolescents with chronic pain: Patterns and predictors across different domains of functioning. *Pain*. 2007; 131(1–2): 132–141.
15. Tardif H, Blanchard M, Bryce M, White J. Normative data for children and adolescents referred for specialist pain management in Australia; EPPOC Information Series no. 2. Woollongong; AHSRI: 2018.
16. Kashikar-Zuck S, Parkins IS, Graham TB, Lynch AM, Passo M, Johnston M et al. Anxiety, mood, and behavioral disorders among pediatric patients with juvenile fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain*. 2008; 24(7): 620–626.

17. Grimby-Ekman A, Åberg M, Torén K, Brisman J, Hagberg M, Kim J-L. Pain could negatively affect school grades — Swedish middle school students with low school grades most affected. *PLOS ONE*. 2018; 13(12): e0208435.
18. Finley GA, MacLaren Chorney J, Campbell L. Not small adults: the emerging role of pediatric pain services. *Can J Anaesth*. 2014; 61(2): 180–187.
19. Forgeron PA, King S, Stinson JN, McGrath PJ, MacDonald AJ, Chambers CT. Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Pain Res Manag*. 2010; 15(1): 27–41.
20. Logan DE, Simons LE, Stein MJ, Chastain L. School impairment in adolescents with chronic pain. *J Pain*. 2008; 9(5): 407–416.
21. Eccleston C, Fisher E, Howard RF, Slater R, Forgeron P, Palermo TM et al. Delivering transformative action in paediatric pain: a Lancet Child & Adolescent Health Commission. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30277-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30277-7).
22. Sillanpää M, Saarinen MM. Long term outcome of childhood onset headache: A prospective community study. *Cephalgia*. 2018; 38(6): 1159–1166.
23. Brattberg G. Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *Eur J Pain*. 2004; 8(3): 187–199.
24. Jordan AL, Eccleston C, Osborn M. Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: an interpretative phenomenological analysis. *Eur J Pain*. 2007; 11(1): 49–56.
25. Palermo TM, Valrie CR, Karlson CW. Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *Am Psychol*. 2014; 69(2): 142–152.
26. Sled M, Eccleston C, Beecham J, Knapp M, Jordan A. The economic impact of chronic pain in adolescence: methodological considerations and a preliminary costs-of-illness study. *Pain*. 2005; 119(1–3): 183–190.
27. Groenewald CB, Essner BS, Wright D, Fesinmeyer MD, Palermo TM. The economic costs of chronic pain among a cohort of treatment-seeking adolescents in the United States. *J Pain*. 2014; 15(9): 925–933.
28. Groenewald CB, Palermo TM. The price of pain: the economics of chronic adolescent pain. *Pain Manag*. 2015; 5(2): 61–64.
29. Toliver-Sokol M, Murray CB, Wilson AC, Lewandowski A, Palermo TM. Patterns and predictors of health service utilization in adolescents with pain: comparison between a community and a clinical pain sample. *J Pain*. 2011; 12(7): 747–755.
30. Fisher E, Law E, Dudeney J, Palermo TM, Stewart G, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 9: CD003968. DOI: 10.1002/14651858.CD003968.pub5.
31. Yamato TP, Kamper SJ, O'Connell NE, Michale ZA, Fisher E, Viana Silva P et al. Physical activity and education about physical activity for chronic musculoskeletal pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; 2: CD013527. DOI: 10.1002/14651858.CD013527
32. Eccleston C, Fisher E, Cooper TE, Grégoire MC, Heathcote LC, Krane E et al. Pharmacological interventions for chronic pain in children: an overview of systematic reviews. *Pain*. 2019; 160(8): 1698–1707.
33. Gmuca S, Xiao R, Weiss PF, Sherry DD, Knight AM, Gerber JS. Opioid Prescribing and Polypharmacy in Children with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Med*. 2018; 20(3): 495–503.
34. Jordan AE, Blackburn NA, Des Jarlais DC, Hagan H. Past-year prevalence of prescription opioid misuse among those 11 to 30 years of age in the United States: A systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2017; 77: 31–37.

35. SAMSA. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2020.
36. Kelley-Quon LI, Cho J, Strong DR, Miech RA, Barrington-Trimis JL, Kechter A et al. Association of Nonmedical Prescription Opioid Use With Subsequent Heroin Use Initiation in Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2019; 173(9): e191750.
37. Romberg AR, Rath JM, Miller Lo EJ, Mayo A, Liu M, Vallone DM et al. Young Adults' Opioid Prescription History and Opioid Misuse Perceptions. *Am J Health Behav.* 2019; 43(2): 361–372.
38. World Health Organization. World Drug Report 2019. Vienna: UN Office on Drugs Crime; 2019.
39. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet.* 2017; 391(10128): 1391–1454.
40. United Nations. International Narcotics Control Board Report 2014. New York: United Nations; 2015.
41. Global Commission on Drug Policy. The negative impact of drug control on public health. The global crisis of avoidable pain. Geneva; GCDP: 2015.
42. Cherny NI, Cleary J, Scholten W, Radbruch L, Torode J. The Global Opioid Policy Initiative (GOPI) project to evaluate the availability and accessibility of opioids for the management of cancer pain in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean, and the Middle East: introduction and methodology. *Ann Oncol.* 2013; 24 Suppl 11: xi7–13.
43. Lohman D, Schleifer R, Amon JJ. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med.* 2010; 8:8.
44. Brennan F, Lohman D, Gwyther L. Access to Pain Management as a Human Right. *Am J Public Health.* 2019; 109(1): 61–65.
45. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014.
46. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023. Geneva: World Health Organization; 2013.
47. IHME. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). Demographics 1950-2019. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle: IHME;2020. (Accessed 19 November, 2020).
48. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 2nd edition. Chichester: Cochrane and John Wiley & Sons; 2020.
49. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008; 336(7650): 924–926.
50. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018; 13(Suppl 1): 2.
51. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group (led by E Fisher). A systematic review on effectiveness and safety of pharmacological, physical and psychological interventions for the management of chronic pain in children. September 2020.(Web annex).
52. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group (led by E France). A qualitative evidence synthesis of the management of chronic pain in children. September 2020. (Web annex).
53. Hawkins J. Economic Analysis For The Management Of Chronic Pain In Children. September 2020. (Web annex).

54. *Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M et al.* GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016; 353: i2016.
55. *Palermo TM, Slack K, Loren D, Eccleston C, Jamison RN.* Measuring and reporting adverse events in clinical trials of psychological treatments for chronic pain. *Pain*. 2020; 161(4): 713–717.
56. *Evans JR, Benore E, Banez GA.* The Cost-Effectiveness of Intensive Interdisciplinary Pediatric Chronic Pain Rehabilitation. *J Pediatr Psychol*. 2016; 41(8): 849–856.
57. *Lalouni M, Ljótsson B, Bonnert M, Ssegonja R, Benninga M, Bjureberg J et al.* Clinical and Cost Effectiveness of Online Cognitive Behavioral Therapy in Children With Functional Abdominal Pain Disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019; 17(11): 2236–2244.e2211.
58. *Law EF, Groenewald CB, Zhou C, Palermo TM.* Effect on Health Care Costs for Adolescents Receiving Adjunctive Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Pain*. 2018; 19(8): 910–919.
59. UN General Assembly. Universal declaration of human rights. Vol 302. New York: United Nations; 1948.
60. UN General Assembly. International Covenant on Civil and Political Rights. New York: United Nations; 1966.
61. UN General Assembly. Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. New York: United Nations; 1984.
62. Human Rights Council, Special Rapporteur Manfred Nowak. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. New York: UN DESA; 2009.
63. Human Rights Council, Special Rapporteur Juan E. Méndez. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. New York: UN DESA; 2013.
64. United Nations Economic and Social Council. Demand for and supply of opiates for medical and scientific purposes. 24 May 1990. New York: ECOSOC; 1990.
65. United Nations Economic and Social Council. Demand for and supply of opiates for medical and scientific needs. 21 June 1991. New York: ECOSOC; 1991.
66. United Nations Economic and Social Council. Treatment of pain using opioid analgesics. 22 July 2005. New York: ECOSOC; 2005.
67. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 as amended by the 1972 Protocol. Paper presented at: The United Nations Conference for the Adoption of a Single Convention on Narcotic Drugs; 24 January–25 March 1961. New York: UN; 1961.
68. Office of the High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. Office of the High Commissioner for Human Rights. New York: OHCHR; 2020. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>. (Accessed 27 September 2020.)
69. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4. <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (Accessed 3 December 2020.)
70. World Health Organization. How to develop and implement a national drug policy. In. WHO Policy Perspectives on Medicines. Vol 6. Geneva: WHO; 2003.

ПРИЛОЖЕНИЕ.

УЧАСТНИКИ РАЗРАБОТКИ РУКОВОДСТВА

Нижеследующие лица приняли участие в разработке *Руководства по управлению хронической болью у детей*. Лица, принимающие участие в руководствах ВОЗ, делают это на индивидуальной основе: они не представляют ни одну из стран-участниц или правительство, а также никакую организацию либо структуру, с которой они могут быть аффилированы.

ВОЗ стремится к тому, чтобы все авторы её рекомендаций были свободны от любых интересов, которые могут противоречить интересам государств-членов. Группа по разработке руководящих принципов ВОЗ, Директор Департамента ВОЗ по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и представитель Бюро ВОЗ по обеспечению соблюдения, управлению рисками и этике оценивали раскрытие интересов, биографические данные и другие сведения, предоставленные участниками, и определяли отсутствие конфликта интересов среди отдельных лиц, участвовавших в разработке данного Руководства.

ГРУППА РАЗРАБОТКИ РУКОВОДСТВА

ТАБЛИЦА 1. ЧЛЕНЫ ГРУППЫ РАЗРАБОТКИ РУКОВОДСТВА

Имя	Аффилиация	Пол	Профессиональный экспертный опыт	Итоги раскрытия данных и связанных интересов
Африканский регион				
Эзеаносике, Обумнеме Ezeanosike, Obumneme	Учебная больница Федерального университета Алекса Эквуэме Штат Абакалики Эбони, Нигерия	М	Педиатрия, фармакология, неонатология	Не обнаружено
Каюнго, Шакилу Джуманне Kayungo, Shakilu Jumanne	Университет Додома и больница Бенджамин Мкапа Додома, Танзания	М	Педиатрическая гематология и онкология	Не обнаружено
Мвашала, Винифрида Mwashala, Winifrida	Дом престарелых св. Люсии Аруша, Танзания	Ж	Уход, домашний уход	Не обнаружено

Имя	Аффилиация	Пол	Профессиональный экспертный опыт	Итоги раскрытия данных и связанных интересов
Намисанго, Ева Namisango, Eve	Африканская Ассоциация паллиативной помощи и Африканский центр систематических исследований и передачи знаний Колледж медицины университетаMakerере Makerере, Уганда	Ж	Болевой синдром, боли при ВИЧ	Не обнаружено
Регион Америка				
Бустаманте Тучес, Линда Марисоль Bustamante Tuche, Linda Marisol	Национальный союз педиатров-онкологов Гватемала Сити, Гватемала	Ж	Педиатрический паллиативный уход, онкология в педиатрии	Не обнаружено
Де Саворнен Ломан, Дидерик De Savornin Lohman, Diederik	Фонды Открытого общества, Хьюман Райтс Вотч Нью-Джерси, США	М	Здоровье и права человека	Не обнаружено
Догерти, Меган Doherty, Megan	Детская больница Западного Онтарио Оттава, Канада	Ж	Педиатрический паллиативный уход, гуманитарная помощь	Не обнаружено
Колодный, Эндрю Kolodny, Andrew	Университет Брандеиса, Школа социальной политики и менеджмента Хеллера Массачусетс, США		Доступ к лекарственным средствам и государственное регулирование	Президент «Терапевты за ответственное назначение опиоидов» (PROP) (с 2011 по 2013). Директор PROP (с 2014 по н. вр.) (оба поста неоплачиваемые). PROP не принимает финансирования от коммерческих структур. PROP занимал позицию в пользу усиления государственного регулирования фармацевтических компаний
Мак-Мертри, Меган McMurtry, C Meghan	Университет Гвельфа и Детская больница Мак-Мастер Гвельф, Канада		Психология, хроническая боль в педиатрии	Не обнаружено
Марианаягам, Жюстина Marianayagam, Justina	Школа медицины и решений для детей с болью Северного Онтарио (SKIP) Йеллоунайф, Канада		Видение пациента	Не обнаружено

Имя	Аффилиация	Пол	Профессиональный экспертный опыт	Итоги раскрытия данных и связанных интересов
Восточно-Средиземноморский регион				
Атут, Маха Atout, Maha	Школа медсестер, Университет Филадельфии Амман, Иордания		Медсестра паллиативного ухода в педиатрии, коммуникации с детьми в угрожающих жизни состояниях	Не обнаружено
Осман, Хиба Osman, Hibah	Медицинский центр Американского университета Бейрута Бейрут, Ливан		Семейная медицина, паллиативная медицина и хосписы	Исполнительный директор Ливанского центра паллиативного ухода «Бальзам» (4000 долл. США в месяц до июля 2018). Член правления Международной ассоциации хосписов и паллиативного ухода (IANPC) с 2019–2021 наст. вр.
Европейский регион				
Бенини, Франка Benini, Franca	Департамент здоровья матери и ребенка, Университет Падуи Падуя, Италия	Ж	Педиатрический паллиативный уход, неонатология, фармакология	Не обнаружено
Хэрроп, Джейн Эмили Harrop, Jane Emily	Корпус Хелен и Дугласа, больница Университета Оксфорда Оксфорд, Великобритания	Ж	Педиатрический паллиативный уход, нейробиология детской боли	Член Комитета советников Национального института здравоохранения Великобритании UK NICE Не обнаружено
Джассал, Сатбир Jassal, Satbir	Хоспис для детей и молодых людей «Радуги» Лестер, Великобритания	М	Педиатрический паллиативный уход	Не обнаружено
Джослин, Рианнон Joslin, Rhiannon	Больница Западного Суссекса, Травовый фонд Национальной системы здравоохранения Саутгемптон, Великобритания	Ж	Физиотерапия, переживание хронической боли у детей	Не обнаружено
Тебес, Бриджит Toebees, Bridgit	Юридический факультет Университета Гронингена Харен, Нидерланды	Ж	Законодательство о правах человека, право на здоровье	Не обнаружено
Яэль, Бен Гал Yael, Ben Gal	Детский медицинский центр Шнайдера, Израиль, Организация здравоохранения «Клалит» Тель-Авив, Израиль	Ж	Онкологическая медсестра, защита политики	Не обнаружено

Имя	Аффилиация	Пол	Профессиональный экспертный опыт	Итоги раскрытия данных и связанных интересов
Регион Юго-Восточной Азии				
Палат, Гаятри Palat, Gayatri	Институт Онкологии и Региональный раковый центр Мехди Наваб Джунг (MNJ) Хайдерабад, Индия	Ж	Паллиативная медицина	Не обнаружено
Раджагопал, М.Р. Rajagopal, M.R.	Институт паллиативных наук, Тривандрам Керала, Индия	М	Паллиативная медицина, анестезиология	Не обнаружено
Западно-Тихоокеанский регион				
Данс, Леонила Dans, Leonila	Университет Филиппин — Манила Кесон-Сити, Филиппины	Ж	Педиатрическая ревматология, клиническая эпидемиология	Не обнаружено
Лорд, Сюзан Lord, Susan	Детская больница Джона Хантера, Медицинский исследовательский институт Хантера, Университет Ньюкасла Ньюкасл, Австралия	Ж	Анестезия и медицина боли	Не обнаружено
Ву, Тек Чуань Voo, Teck Chuan	Центр биомедицинской этики, Национальный университет Сингапура, Медицинская школа Йонг Лу Лин Сингапур, Сингапур	М	Биомедицинская этика, этика общественного здравоохранения	Не обнаружено
Йотани, Нобиюки Yotani, Nobuyuki	Национальный центр здоровья и развития детей Токио, Япония	М	Педиатрический паллиативный уход	Не обнаружено

ГРУППА ВНЕШНЕГО РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ

ТАБЛИЦА 2. ЧЛЕНЫ ГРУППЫ ВНЕШНЕГО РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ

Имя	Аффилиация	Регион	Пол	Профессиональный экспертный опыт	Декларация интересов
Бхандари, Рашми Bhandari, Rashmi	Департамент анестезиологии, периоперативная медицина и медицина боли, Медицинский центр Университета Стенфорд, США	AMR	Ж	Клинический психолог, управление болью в педиатрии, исследователь	Не заявлено
Фостер, Хелен Foster, Helen	Университет Ньюкасла Ньюкасл, Великобритания	EUR	Ж	Педиатрическая ревматология, клиническое управление болью	Не заявлено
Хагеманн, Трейси Hagemann, Tracy	Университет Теннесси. Колледж Фармации, Нешвилл США	AMR	Ж	Фармацевт в педиатрии, педиатрическое управление болью, исследователь	Оплаченный докладчик на профессиональных конференциях в 2006–2014 гг.
Накавези, Джейн Nakawesi, Jane	Больница «Майлдмэй», Кампала Уганда	AFR	F	Педиатр, клиническое управление болью у детей, реабилитация и паллиативный уход	Не заявлено
Пейт, Джошуа Pate, Joshua	Технологический университет, Сидней Сидней, Австралия	WPR	М	Физиотерапевт, боль в педиатрии, исследователь	Не заявлено
Виксель, Рикард Wicksell, Rikard	Доцент Королевского института Стокгольм, Швеция	EUR	М	Клинический психолог, хроническая боль в педиатрии	Грант на исследования от страховой компании AFA Insurance (2015–2018, €340k) На разработку и оценку цифрового поведенческого вмешательства при хронической боли

Сокращения: AFR — Африканский регион; AMR — Регион Америк; EMR — Восточно-Средиземноморский регион; EUR — Европейский регион; Ж — женский; М — мужской; SEA — регион Юго-Восточной Азии; WPR — Западно-Тихоокеанский регион.

КОМИТЕТ ПО ОБЗОРУ РУКОВОДЯЩИХ ПРИНЦИПОВ ВОЗ

ТАБЛИЦА 3. ЧЛЕНЫ КОМИТЕТА ПО ОБЗОРУ РУКОВОДЯЩИХ ПРИНЦИПОВ

Подразделение	Директор	Ключевые лица
Охрана здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков	БАНЕРДЖИ, Аншу BANERJEE, Anshu	Пура Райко Солон / Pura Rayco-Solon* (MCA/CHD) Айеша де Коста / Ayesha de Costa* (MCA/CHD) Бернадетта Дельманс / Bernadette Daelmans (MCA/CHD) Дзия Хан / Zeea Han (MCA/AAN) Юка Суми / Yuka Sumi (MCA/AAN)
Неинфекционные заболевания	КРЮГ, Этьен KRUG, Etienne	Чериан Варгезе / Cherian Varghese (NCD/ODN)
Душевное здоровье и злоупотребление веществами	КЕСТЕЛЬ, Девора Лилия KESTEL, Devora Lillia	Дилкуши Пувендран / Dilkushi Poovendran (MHP/HPS), Владимир Позняк / Vladimir Poznyak (MSD/ADA) Тарун Дуа / Tarun Dua (MSD/BRH),
Доступ к медикаментам и услугам здравоохранения	СИМАУ, Марианхела SIMÃO, Mariângela	Жиль Форте / Gilles Fortè (MPH/MHA)
Комплексные медицинские услуги	КЕЛЛИ, Эдвард Тальбот KELLEY, Edward Talbot	Мария-Шарлотта Буэссо / Marie-Charlotte Bouesseau (UHL/IHS)
Африканский регион	ЗАВАЙРА, Фелиситас ZAWAIRA, Felicitas	Нима Русибамайила Кимамбо / Neema Rusibamayila Kimambo (AFR/ CAH)

* Ответственные технические сотрудники.

Наблюдатели на совещаниях Группы разработки Руководства

Джо Уилмсхёрст (Jo Wilmshurst), президент, Международная ассоциация детской неврологии

Методист Руководства

Д-р Нанди Зигфрид (Nandi Siegfried), консультант, Кейптаун, Южная Африка.

Группы систематических обзоров

Группа Кокрейн «Боль, паллиативный и поддерживающий уход» (PaPas), группа Кокрейн «Методы качественного применения» (QIMG) и группа реагирования Кокрейн провели систематические обзоры доказательной базы. Обзор количественной доказательной базы проводился д-ром Эммой Фишер (Dr Emma Fisher), а обзор качественной доказательной базы — д-ром Эммой Франс (Dr Emma France).

Экономист

Д-р Джеймс Хокинс (Dr James Hawkins), Национальный Альянс Руководств, Директорат образования, качества и проектов Королевского колледжа акушеров и гинекологов (QIMG), Великобритания.

Текст

Д-р Сюзан Л. Норрис (Dr Susan L. Norris), консультант, Портленд, штат Орегон, США

Редактор

Иэн Бэмфорт / Iain Bamforth.

Вёрстка

Жан-Клод Фаттье / Jean Claude Fattier.

СЕТЕВЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337644/9789240017894-eng.pdf>

Сетевое приложение А. Процессы и методы разработки Руководства.

Сетевое приложение В. Систематический обзор эффективности и качественной доказательной базы: свод методов.

Сетевое приложение С. Систематический обзор эффективности: Характеристики доказательной базы.

Сетевое приложение D. Систематический обзор эффективности: Результаты, физиотерапия.

Сетевое приложение E. Систематический обзор эффективности: Результаты, психологическая терапия.

Сетевое приложение F. Систематический обзор эффективности: Результаты, фармакологическая терапия.

Сетевое приложение G. Систематический обзор качественной доказательной базы: Характеристики исследований.

Сетевое приложение H. Итоговые ключевые выводы по систематическому обзору качественных исследований.

Сетевое приложение I. Систематический обзор экономических исследований: Методы.

Сетевое приложение J. Систематический обзор оценочных экономических исследований: Характеристики исследований.

Сетевое приложение K. Таблицы от доказательной базы к принятию решений.

Рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у детей

Подписано в печать 08.02.2022.

Печать офсетная. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура CentroSansPro.

Формат 60×90 1/8. Усл. печ. л. 8,0. Тираж 1000 экз. Заказ № 392.

Отпечатано в ООО «Издательство «Перспект»



Читайте и скачивайте бесплатно другие публикации БФ
«Детский паллиатив» на сайте в разделе «Библиотека»
<http://rcpcf.ru/biblioteka/>