



Е. Г. ВАЙНИЛОВИЧ, Л. А. ЛЕГКАЯ, А. Г. ГОРЧАКОВА,  
П. С. БУРЫКИН

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Белорусский детский хоспис, Министерство  
здравоохранения Республики Беларусь,  
Белорусская медицинская академия  
последипломного образования

*Паллиативная помощь (ПП) детям, хотя и тесно связана с ПП взрослым, является отдельной областью медицины, которая направлена на улучшение качества жизни детей с ограничивающими жизнь и угрожающими ей заболеваниями и их семей. В мире наблюдается увеличение количества детей, нуждающихся в ПП. Самая большая потребность в ПП детям отмечается в возрастной группе до 1 года, самый высокий прирост регистрируется в группе подростков (16—19 лет). По разным оценкам, потребность в специализированной ПП детям колеблется от 32 на 10 000 детского населения в возрасте 0—19 лет в Великобритании до 120—181 в странах Африки. По данным ВОЗ, потребность в помощи в конце жизни в целом в мире составляет 63 на 100 000 населения младше 15 лет: от 23 на 100 000 в Европе до 160 на 100 000 в Африке. Существуют проблемы, связанные с формированием унифицированного перечня заболеваний, при которых возникает необходимость оказания ПП, а также с разработкой четких критериев и алгоритмов своевременного перевода детей под специализированное паллиативное наблюдение.*

**Ключевые слова:** паллиативная помощь детям, помощь в конце жизни, ограничивающее жизнь заболевание, угрожающее жизни заболевание.

В последние годы в мире наблюдается значительное увеличение потребности в паллиативной помощи (ПП) как взрослым, так и детям, что связано со старением населения, увеличением количества онкологических и других неинфекционных хронических заболеваний. Изначально ПП подразумевала облегчение страданий у онкологических больных, однако в настоящее время все чаще поднимается вопрос о необходимости профессиональной ПП пациентам с тяжелыми хроническими заболеваниями, такими как СПИД, цереброваскулярные заболевания, цирроз печени и др. [1].

В то же время совершенствование медицинских технологий и методов ухода, которые, с одной стороны, способствуют выживаемости недоношенных детей, в том числе с очень низкой и экстремально низкой массой тела, снижению детской смертности, увеличению продолжительности жизни детей с прогностически неблагоприятными заболеваниями, с другой — приводят к увеличению потребности в услугах ПП детям. По данным Международной сети паллиативной помощи детям (ICPCN), ежегодно более 8 млн детей (6% от всех новорожденных в мире) рождаются с тяжелыми

врожденными пороками и генетическими нарушениями, многим из которых потребуется ПП [2].

В 2002 г. ВОЗ дала новые, уточненные определения ПП взрослым и детям [3]. ПП направлена на улучшение качества жизни пациентов и их семей, которые сталкиваются с болезнью, представляющей угрозу для жизни, путем облегчения боли и других симптомов, оказания духовной и психосоциальной поддержки. Согласно информации ВОЗ, ПП детям является отдельной областью медицины, хотя и близко связанной с ПП взрослым. ПП детям обеспечивает активный и полный уход за телом, разумом и состоянием духа ребенка с ограничивающим жизнь заболеванием, а также предусматривает поддержку семьи. ПП начинается с момента диагностики неизлечимого заболевания и продолжается, несмотря на то, получает ребенок лечение по поводу основного заболевания или нет. Оказание эффективной ПП требует мультидисциплинарного подхода с участием специалистов разного профиля и семьи, а также использования имеющихся ресурсов в обществе. Такую помощь можно успешно оказывать даже в условиях ограниченных ресурсов. ПП можно оказывать в специализированных учреждениях, в медицинских учреждениях общего профиля и на дому [3].

Лидирующая организация в области педиатрического паллиатива Together for Short Lives (Великобритания) также определяет ПП детям с ограничивающими жизнь и угрожающими ей заболеваниями как активную и всестороннюю помощь, начиная с момента постановки неблагоприятного диагноза и заканчивая смертью ребенка и периодом горевания [4].

Следует отличать понятие ПП от помощи в конце жизни, поскольку зачастую эти понятия смешивают. Помощь в конце жизни (хосписная помощь) — это оказание медицинской, психологической, социальной и духовной помощи пациенту и его семье в последние месяцы жизни и в фазу горевания. В то время как ПП может оказываться в течение многих лет, помощь в конце жизни является обычно краткосрочной.

Основными отличиями педиатрической ПП от ПП взрослым являются: 1) структура заболеваний — онкологические заболевания у детей составляют 10—20%, у взрослых — 80—90%; неонкологические заболевания у детей представлены болезнями нервной системы, метаболическими и нейродегенеративными заболеваниями, хромосомными и генетическими синдромами, ВИЧ/СПИД; 2) продолжительность наблюдения: у детей трудно предсказать траекторию заболевания, они могут находиться под паллиативной опекой годами, в то время как ПП взрослым в большинстве случаев оказывается ограниченное время как «помощь в конце жизни»; 3) постоянное физическое и психическое развитие ребенка, требующее непрерывной модификации и адаптации подходов ПП к потребностям ребенка и семьи; 4) отличие фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств

у детей и взрослых, недостаточность форм и дозировок лекарственных средств для детей, особенно младшего возраста; 5) психологические вопросы, связанные с общением с ребенком, его родителями, отношения к утрате ребенка в современном обществе [5].

Однако, несмотря на признание важности оказания ПП детям, во всем мире существует много вопросов по ее организации, основными из которых являются следующие:

1. Какие нозологические группы и конкретные заболевания подлежат ПП?

2. Сколько детей нуждается в ПП и помощи в конце жизни (хосписная помощь)?

3. Когда должна начинаться ПП, особенно в странах с ограниченными ресурсами?

С одной стороны, при наличии медленно прогрессирующего, ограничивающего жизнь заболевания ПП может не потребоваться долгие годы. С другой, часто получается, что ПП начинают оказывать поздно, уже на терминальной стадии (хосписная помощь). Надо принимать во внимание, что не всегда диагноз и прогноз являются решающими при планировании ПП, необходимо учитывать потребность каждого ребенка с неизлечимым заболеванием и его семьи.

#### **Заболевания, требующие паллиативной помощи**

Общепризнанно, что ПП требуется детям с ограничивающими жизнь и угрожающими ей заболеваниями. Ограничивающее жизнь заболевание — это заболевание, при котором излечение невозможно и которое неизбежно приводит к преждевременной смерти; такое заболевание постоянно прогрессирует, делая ребенка зависимым от посторонней помощи. Угрожающее жизни заболевание — заболевание, при котором существует высокая вероятность как преждевременной смерти из-за его тяжести, так и вероятность стабилизации и prolongации жизни до взрослого состояния. Часто в литературе эти два понятия объединяются термином «ограничивающие жизнь состояния/заболевания», что также применяется в данной публикации.

В настоящее время отсутствует единая общепризнанная классификация ограничивающих жизнь заболеваний у детей.

Наиболее часто используют классификацию, предложенную Ассоциацией паллиативной помощи детям Великобритании (АСТ) в 2009 г. (в настоящее время это организация Together for Short Lives) и подразумевающую деление на 4 группы заболеваний: 1) угрожающие жизни заболевания, при которых лечебные мероприятия могут оказаться действенными, а могут таковыми не быть (например, онкологические); 2) заболевания, при которых возможны длительные периоды интенсивной терапии, нацеленной на продление жизни и обеспечение качества жизни, однако преждевременная смерть неизбежна (например, муковисцидоз); 3) прогрессирующие заболевания, при которых возможность лечебных мероприятий полностью исключена, помощь имеет изначально паллиативный характер и, как правило, продолжается много лет (например, мышечные дистрофии); 4) необратимые, но

не прогрессирующие состояния, вызывающие инвалидность и преждевременную смерть (например, детский церебральный паралич) [5].

Однако этой классификации недостаточно для точного определения количества детей, нуждающихся в ПП, чтобы планировать паллиативные услуги. Поэтому в некоторых странах предпринимаются попытки разработать собственные перечни заболеваний по МКБ-10, при которых необходима педиатрическая ПП.

Одним из последних является «Словарь ограничивающих жизнь состояний у детей» (Великобритания, 2012), который включает 777 четырехзначных кодов по МКБ-10, из них онкологические заболевания составляют 445 кодов (57%), врожденные пороки и хромосомные аномалии 87 кодов (11%) [6]. При анализе структуры паллиативных заболеваний у детей и подростков в возрасте 0—19 лет, который проводился на основании случаев госпитализации детей с заболеваниями по кодам из данного словаря за период 2000—2010 гг., диагнозы были сформированы в 11 групп: врожденные пороки — 30,7%, онкологические заболевания — 13,7%, неврологические — 12,0%, гематологические — 9,8%, респираторные — 8,8%, генитоуринарные — 6,2%, перинатальная патология — 7,7%, метаболические нарушения — 3,8%, циркуляторные заболевания — 3,8%, гастроинтестинальные — 2,4%, прочие — 1,1% [6].

#### **Заболевания у детей, требующие паллиативной помощи в конце жизни**

Поскольку данные по смертности более доступны для статистического анализа, они используются для расчета потребности в помощи в конце жизни, которая отражает минимальный уровень потребности в ПП в целом. В «Глобальном атласе паллиативной помощи в конце жизни», опубликованном в 2014 г., представлены следующие группы заболеваний, смертность от которых учитывается при расчетах потребности в хосписной помощи у детей (возраст до 15 лет): онкологические, кардиоваскулярные заболевания, цирроз печени, врожденные пороки, болезни эндокринной, кровеносной и иммунной систем, ВИЧ/СПИД, менингиты, болезни почек, неврологические заболевания, неонатальная патология, белково-энергетическая недостаточность [1].

У взрослых и подростков (население в возрасте старше 15 лет) ВОЗ выделяет следующие группы заболеваний, требующих помощи в конце жизни: болезнь Альцгеймера и другие деменции, онкологические, кардиоваскулярные заболевания, цирроз печени, хронические обструктивные заболевания легких, сахарный диабет, ВИЧ/СПИД, почечная недостаточность, рассеянный склероз, ревматоидный артрит, лекарственно-резистентный туберкулез [1].

#### **Потребность в паллиативной помощи в конце жизни у детей**

Эксперты ВОЗ рассчитали потребность в помощи в конце жизни у детей на основании данных о смертности из Глобальной оценки здоровья ВОЗ за 2011 г. [1]. Поскольку не все случаи смерти требуют ПП, при расчетах учитывали частоту встречаемости болевого

синдрома в конце жизни при разных заболеваниях (фактор боли). У детей учитывали следующие факторы боли: при онкологических заболеваниях — 80%, при прогрессирующих неонкологических заболеваниях — 67%, при ВИЧ/СПИД — 55%. Кроме того, принимались дополнительные положения при учете смертности от разной патологии [1].

Согласно этим расчетам, в 2011 г. более 29 млн людей в мире умерли от заболеваний, требующих ПП, из них 20,4 млн нуждались в помощи в конце жизни. Среди них дети до 15 лет составляли 6%, в возрасте 15—59 лет — 25%, в возрасте старше 60 лет — 69%. По данным ВОЗ, в мире ежегодно около 377 взрослых на 100 000 населения старше 15 лет и 63 ребенка на 100 000 населения младше 15 лет будут нуждаться в ПП в конце жизни [1].

Таким образом, ежегодно около 1,2 млн детей в мире нуждается в помощи в конце жизни. Данная потребность различается между регионами мира: от 160 на 100 000 детского населения в Африке до 23 на 100 000 в Европе. Структура заболеваний, требующих помощи в конце жизни у детей, в мире в целом представлена в табл. 1. Она также значительно различается между регионами: например, ВИЧ/СПИД составляет до 19% в Африке и менее 3% в других регионах. В Европе онкологические заболевания составляют 12,7%, неонкологические — 86,6%, ВИЧ/СПИД — 0,7%.

Существует другая методика определения потребности в помощи в конце жизни у детей. Так, J. Noues и соавт. (2013) включили в анализ все случаи смерти детей, связанные с заболеваниями (исключая психические расстройства и расстройства поведения), исключили смерть от внешних причин (травмы, суицид, отравления и т. д.), синдром внезапной смерти грудного ребенка и неонатальную смертность. Считается, что смерть ребенка от любого заболевания по определению ограничивает его жизнь, поэтому должна учитываться при расчетах потребности в помощи в конце жизни. Согласно данным расчетам, 54% всех случаев детской смерти, зарегистрированных в Уэльсе в 2002—2007 гг., относятся к медицинским состояниям, ограничивающим жизнь ребенка и потенциаль-

но требующим ПП, и они должны учитываться при планировании помощи в конце жизни [7].

Несмотря на то что неонатальная смертность не учитывается при общих расчетах потребности, полагают, что примерно 96% случаев неонатальных смертей требуют ПП, которая должна быть организована оперативно и включать в том числе оказание профессиональной психологической помощи родителям после смерти ребенка [8]. В случае когда неизлечимое заболевание диагностировано у плода, ПП можно начинать до рождения ребенка.

Структура смертности дает информацию для планирования помощи в конце жизни в разные возрастные периоды. Так, в развитых странах, перинатальная патология и врожденные пороки являются основными причинами смерти детей в возрасте до 1 года, в то время как у детей старшего возраста к основным причинам относятся онкологические заболевания и болезни нервной системы, далее следуют врожденные пороки и генетические заболевания.

Однако подход с учетом смертности не дает представления о количестве детей с ограничивающими жизнь заболеваниями, которые требуют длительной ПП.

#### Потребность в паллиативной помощи детям в целом

В настоящее время в мире отсутствуют точные данные о количестве детей, нуждающихся в ПП. Оценка потребности затруднена неточными популяционными данными о заболеваемости, а также непредсказуемостью течения заболевания у конкретного ребенка. По данным литературы, ранее примерное количество детей с ограничивающими жизнь заболеваниями в мире составляло от 7 до 20 млн, то есть 10—20 на каждые 10 000 детского населения [9]. Однако в настоящее время специалисты ПП считают, что эти цифры занижены.

В Великобритании количество детей в возрасте 0—19 лет с ограничивающими жизнь заболеваниями увеличилось с 10 на 10 000 детского населения в 1997 г. [10] до 15—16 в 2007 г. [7]. Расчеты были проведены по данным Ассоциации детских хосписов с учетом следующих показателей: 1) количество детей, которые наблюдались в детских хосписах; 2) количество умерших детей под опекой хосписов; 3) смертность от заболеваний, потенциально требующих ПП (по определенному списку кодов заболеваний по МКБ-10). Анализ проводился с учетом неонатальной смертности (16 на 10 000) и без ее учета (15) [8].

На основании этих данных К. Lowson и соавт. (2007) предложили модель для расчета потребности в ПП детям (без учета новорожденных до 1 мес), которая предполагает, что в среднем на каждый случай смерти ребенка, потенциально нуждавшегося в помощи в конце жизни, приходится 10 детей, требующих длительной ПП:

Количество детского населения в регионе / 10 000 × 15 = количество детей, нуждающихся в ПП в регионе / 10 = количество возможных смертей среди паллиативных детей [11].

Таблица 1

**Структура заболеваний, требующих помощи в конце жизни, у детей в возрасте до 15 лет в мире [1]**

Заболевание	%
Врожденные пороки	25,60
Неонатальная патология	14,64
Белково-энергетическая недостаточность	14,12
Менингиты	12,62
ВИЧ/СПИД	10,23
Кардиоваскулярные заболевания	6,18
Болезни эндокринной, кроветворной и иммунной системы	5,85
Онкологические заболевания	5,65
Неврологические заболевания	2,31
Болезни почек	2,25
Цирроз печени	1,06

L. K. Fraser и соавт. провели расчеты потребности на основании случаев госпитализации детей с заболеваниями по кодам МКБ-10 из «Словаря ограничивающих жизнь состояний у детей» за 2000—2010 гг. [6]. По их данным, количество детей с ограничивающими жизнь заболеваниями, которые нуждались в ПП, увеличилось с 25 на 10 000 детского населения (в возрасте 0—19 лет) в 2000—2001 гг. до 32 на 10 000 в 2009—2010 гг. Наибольшее количество детей, нуждающихся в ПП, отмечалось в возрасте до 1 года (126 на 10 000 в 2009—2010 гг.), самый высокий прирост (45%) наблюдался в возрастной группе 16—19 лет, что подтверждает тенденцию к увеличению продолжительности жизни детей с ранее прогностически неблагоприятными заболеваниями и требует разработки механизма перевода паллиативных детей в систему взрослого обслуживания [6].

Кроме того, в Великобритании проведен анализ общей заболеваемости детей с кодами по МКБ-10 из «Словаря ограничивающих жизнь состояний у детей». За 2009 г. данный показатель составил 145 на 10 000 (в среднем по возрастным когортам 3, 5 и 7 лет) [12].

Таким образом, при современных подходах к анализу потребности в ПП выделяют 2 группы детей: 1) дети с диагностированными ограничивающими жизнь заболеваниями; 2) дети с ограничивающими жизнь заболеваниями, которые нуждаются в наблюдении и лечении специалистами ПП.

Поэтому при планировании и организации паллиативных услуг выделяют следующие уровни оказания ПП детям, которые различаются по объему и, характеру:

1-й — первичная (универсальная) ПП, оказываются сотрудниками общей медицинской практики и социальными работниками с использованием принципов паллиативной помощи;

2-й — общая ПП, оказываются медицинскими работниками, которые по роду своей деятельности наблюдают пациентов, требующих ПП (например, онкологи, гематологи), и которые имеют подготовку по ПП;

3-й — специализированная ПП, оказываются командой специалистов на базе отделений, которые специализируются на ПП (например, паллиативное отделение, хоспис).

UNICEF и ICPCN провели исследование потребности в ПП детям в трех странах Африки на основании перечня ограничивающих и угрожающих жизни

заболеваний, который был разработан экспертами по ПП детям и модифицирован по рекомендациям ВОЗ [13]. Для расчета количества детей, нуждающихся в общей ПП, использованы международные источники по заболеваемости (Institute for Health Metrics and Evaluation, Вашингтон) и смертности (WHO, Global Health estimates. Causes of death 2000—2011) с применением фактора боли (67% для неонкологических и 80% для онкологических заболеваний). Для расчета потребности в специализированной ПП детям взят коэффициент 37,5% (для развивающихся стран), для развитых стран он составляет 10—20% [14]. Алгоритм расчета приведен в табл. 2.

На основании данного анализа потребность в специализированной ПП детям составила 120 на 10 000 населения в возрасте 0—19 лет в Кении, 152 — в ЮАР, 181 — в Зимбабве.

#### Когда должна начинаться специализированная паллиативная помощь

До настоящего времени остается актуальным вопрос, когда должна начинаться ПП детям. Согласно определению ВОЗ, она должна быть доступна семье с момента диагностирования у ребенка заболевания, ограничивающего жизнь. В течение определенного времени, которое зависит от диагноза и течения заболевания, ПП может оказываться специалистами общего профиля при привлечении по мере необходимости сотрудников паллиативной службы. При ухудшении состояния и декомпенсации заболевания ребенок должен быть переведен под специализированное паллиативное наблюдение.

Однако во многих странах перевод под паллиативное наблюдение специалистов происходит довольно поздно, иногда уже на терминальной стадии заболевания, что неблагоприятно сказывается на ребенке и его семье. Поэтому в последние годы разрабатываются критерии определения оптимального времени перевода под наблюдение мультипрофессиональной команды специалистов ПП. Так, E. Bergstraesser и соавт. на основании рекомендаций экспертов из Швейцарии, Великобритании, Франции, США и Канады предложили анкету для определения потребности в ПП детям (Paediatric Palliative Screening Scale), которая учитывает течение болезни, ее влияние на ребенка, ожидаемые результаты лечения, тяжесть симптомов заболевания, предпочтения пациентов и медицинских работников и ожидаемую продолжительность жизни (табл. 3) [15].

Таблица 2

#### Алгоритм определения потребности в ПП детям по методике UNICEF/ICPCN (на примере данных из ЮАР) [12]

Состояние	Общая заболеваемость в стране	Принятые исключения	Общая заболеваемость за вычетом исключений	Фактор боли	Потребность в общей ПП	Потребность в специализированной ПП
ОЖЗ/УЖЗ	A	B	C=A-B	D	E=C·D	E·37,5
Врожденные аномалии	390 000	196 592*	193 408	67%	129 583	48 594

\*Исключены расщелины губы и неба, синдром Дауна, синдром Тернера, синдром Клайнфельтера, потеря слуха вследствие врожденных аномалий.

ОЖЗ — ограничивающее жизнь заболевание; УЖЗ — угрожающее жизни заболевание.

Таблица 3

## Анкета для оценки потребности ребенка в специализированной ПП [14]

Группа	Вопрос	Характеристика	Балл
<b>Группа 1</b>	<b>Траектория заболевания и влияние на повседневную активность ребенка</b>		
1.1	Траектория заболевания и влияние на повседневную активность ребенка (по сравнению с предыдущим периодом до 4 нед)	Стабильная	0
		Медленное ухудшение без влияния на повседневную активность	1
		Нестабильное с влиянием на повседневную активность и ее ограничением	2
		Значительное ухудшение с выраженным ограничением повседневной активности	4
1.2	Увеличение количества госпитализаций (>50% за 3 мес по сравнению с предыдущим периодом)	Нет	0
		Да	3
<b>Группа 2</b>	<b>Ожидаемые результаты лечения заболевания и тяжесть лечения</b>		
2.1	Лечение заболевания (не означает лечение осложнений, связанных с заболеванием: боль, одышка и т. д.)	... может излечить	0
		... контролирует заболевание и продлевает жизнь с хорошим качеством жизни	1
		... не излечивает и не контролирует, но улучшает качество жизни	2
		... не контролирует и не влияет на качество жизни	4
2.2	Нагрузка/тяжесть лечения (означает наличие побочных эффектов и дополнительную нагрузку за счет пребывания в стационаре с точки зрения семьи)	Нет нагрузки/лечение не предусмотрено	0
		Низкий уровень нагрузки	1
		Средний уровень нагрузки	2
		Высокий уровень нагрузки	4
<b>Группа 3</b>	<b>Выраженность симптомов и проблем</b>		
3.1	Интенсивность симптомов и сложность в их контроле	У пациента нет симптомов	0
		Симптомы мягкие и легко контролируются	1
		Все симптомы средние и контролируемые	2
		Все симптомы выраженные и плохо контролируемые (требуют госпитализаций)	4
3.2	Психологический дистресс у пациента, связанный с симптомами	Нет	0
		Мягкий	1
		Умеренный	2
		Выраженный	4
3.3	Психологический дистресс у родителей, связанный с симптомами и страданием ребенка	Нет	0
		Мягкий	1
		Умеренный	2
		Выраженный	3
<b>Группа 4</b>	<b>Предпочтения пациента или родителей, специалистов</b>		
4.1	Пациент/родители хотят получать ПП или формулируют потребности, которые лучше решаются ПП	Нет (ответьте на 4.2)	0
		Да (не отвечайте на 4.2)	4
4.2	Вы/ваша команда считаете, что пациенту нужна ПП	Нет	0
		Да	4
<b>Группа 5</b>	<b>Ожидаемая продолжительность жизни</b>		
5.1	Ожидаемая продолжительность жизни	Несколько лет (ответьте на 5.2)	0
		Месяцы до 1—2 лет (ответьте на 5.2)	1
		Недели до нескольких месяцев (не отвечайте на 5.2)	3
		Дни до нескольких недель (не отвечайте на 5.2)	4
5.2	Было бы для вас неожиданностью, если бы этот ребенок внезапно умер в период до 6 месяцев	Да	0
		Нет	2
<b>Общий счет</b>			

Результаты анкетирования интерпретируют следующим образом: при количестве баллов 10 и более необходимо объяснить цели ПП, 15 и более — следует готовить семью к оказанию ПП, 25 и более баллов — необходимо начинать специализированную ПП.

Данный подход, по мнению авторов, позволит педиатрам и другим специалистам эффективнее решать вопрос о своевременном направлении ребенка под наблюдение паллиативной службы.

### Выводы

1. Во всем мире увеличивается потребность в паллиативной помощи детям. Самая большая потребность отмечается в возрастной группе до 1 года, самый высокий прирост регистрируется в группе подростков (16—19 лет).

2. По данным ВОЗ, потребность в паллиативной помощи детям в конце жизни в целом в мире составляет 63 на 100 000 населения младше 15 лет: от 23 на 100 000 в Европе до 160 на 100 000 — в Африке.

3. По разным оценкам, потребность в специализированной паллиативной помощи детям колеблется от 32 на 10 000 детского населения в возрасте 0—19 лет в Великобритании до 120—181 на 10 000 — в странах Африки.

4. Существуют проблемы, связанные с формированием унифицированного перечня заболеваний, при которых возникает необходимость оказания паллиативной помощи, и разработкой четких критериев и алгоритмов своевременного перевода детей под специализированное паллиативное наблюдение.

Статья подготовлена при поддержке проекта «Развитие эффективной системы паллиативной помощи детям в Республике Беларусь», который реализует «Белорусский детский хоспис» совместно с детским фондом ООН ЮНИСЕФ.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life / Ed. S. Connor, C. Sepulveda.— London, Geneva, 2014.
2. The International Children's Palliative Care Network. Palliative Care for Children Living with Non-Communicable Diseases — An ICPCN Position Paper.— 2013.— Режим доступа: [www.icpcn.org.uk](http://www.icpcn.org.uk).
3. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>; <http://www.who.int/cancer/palliative/ru>.
4. McNamara K. Standards framework for children's palliative care. Together for Short Lives. Update.— 2013.
5. A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services.— Association for Children's Palliative Care (ACT), 2009.
6. Fraser L. K., Miller M., Hain R., et al. // *Pediatrics*.— 2012.— Vol. 129.— P. e923—e929.
7. Noyes J., Edwards R. T., Hastings R. P., et al. // *BMC Palliat. Care*.— 2013.— Vol. 12.— P. 18.
8. Cochrane H., Liyanage S., Nantambi R. Palliative Care Statistics for Children and Young Adults.— London, 2007.
9. Feudtner C., Hexem K., Rourke M. T. // *Textbook of Interdisciplinary Pediatric Palliative Care* / Ed. J. Wolfe, P. S. Hinds, B. M. Sourkes.— Philadelphia, 2011.— P. 7—17.
10. Baum D., Curtis H., Elston S., et al. *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services*.— Brisnon/ London: ACT: RCPCH, 1997.

11. Lowson K., Lowson P., Duffy S. Independent review of the palliative care for children and young people: economic study (final report).— York Health Economics Consortium, 2007.— Режим доступа: <http://www.yhec.co.uk>.

12. Hain R., Hastings R. P., Noyes J., Totsika V. Prevalence of life-limiting conditions in children aged 3, 5 and 7 years: secondary data analysis of the millennium cohort study. DicData project: supplementary report. Together for Short Lives.— 2013.— Режим доступа: <http://www.togetherforshortlives.org.uk>.

13. UNICEF/ICPCN. Assessment of the Need for Palliative Care for Children Three Country Report: South Africa, Kenya and Zimbabwe.— 2013.

14. Palliative Care Australia. A guide to palliative care service development: A population based approach.— 2005.

15. Bergstraesser E., Hain R. D., Pereira J. L. // *BMC Palliat. Care*.— 2013.— Vol. 12.— P. 20.

Поступила 29.09.14.

### GLOBAL APPROACHES TO ORGANIZATION OF PALLIATIVE CARE OF CHILDREN

E. G. Vainilovich, L. A. Legkaya, A. G. Gorchakova, P. S. Burykin

Palliative care (PC) of children being close to the adult PC is a separate area of medicine targeted at improving the quality of life of children suffering from life-worsening and life-threatening diseases and of their families. The number of children needing PC has been increasing in the world. Infants aged up to one year need PC most and adolescents (16 to 19 years) demonstrate the highest increase. The children's need in specialized PC varies from 32 per 10,000 children aged 0 to 19 years in Great Britain to 120—181 in African countries according to various estimates. According to the WHO data the need in care by the end of life in general is 63 per 100,000 children younger 15: from 23 per 100,000 in Europe to 160 — in Africa. Problems associated with forming a unified list of the disease requiring palliative care and with development of clear criteria and algorithms for children timely remittance for specialized palliative care exist.

**Key words:** palliative care of children, care in the end of life, life-worsening disease, life-threatening disease.

#### Адрес для корреспонденции:

Вайнилович Елена Геннадьевна.  
Белорусская медицинская академия  
последипломного образования.  
220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп. 3; сл. тел. (8-017) 292-78-99.

### РОЛЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В СОВРЕМЕННОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

Бакулин И. Г. Гиполипидемическая терапия и печень / И. Г. Бакулин, Ю. Г. Сандлер // *Рос. мед. вестн.*— 2012.— Т. 17, № 1.— С. 43—51.

Буеверов А. О. Гепатология сегодня и завтра: достижения, проблемы, перспективы / А. О. Буеверов // *Рус. мед. журн.*— 2014.— № 20.— С. 1435—1436.

Влияние гепатопротекторов фосфолипидной природы на перекисное окисление липидов печени и содержание цитокинов в крови при экспериментальной патологии, вызванной изониазидом / В. В. Удут [и др.] // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерология*.— 2012.— № 6.— С. 47—52.

Влияние инфузионного гепатопротектора ремаксол на функцию печени крыс на модели обтурационной желтухи / Н. Г. Смирнова [и др.] // *Эксперим. и клинич. фармакология*.— 2010.— Т. 73, № 9.— С. 24—27.— Библиогр.: 10 назв.

Гепатопротективные свойства силимарина / А. В. Матвеев [и др.] // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерология*.— 2011.— № 2.— С. 130—135.

Гепатопротекторный и иммуномодулирующий эффекты инфликсимаба при экспериментальном алкогольном стеатогепатите / П. Ч. Кирвель [и др.] // *Эксперим. и клинич. фармакология*.— 2012.— № 7.— С. 36—39.— Библиогр.: 17 назв.