

DOI: <https://doi.org/10.34883/Pl.2021.9.3.008>  
УДК 616-08-039.75-082-053.2(476.1)

Кашляк О.С.<sup>1</sup>, Зайцев Д.В.<sup>1</sup>, Лазарчик И.В.<sup>1</sup>, Тихоновец М.Ю.<sup>1</sup>, Галашевская А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Минская областная детская клиническая больница, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Kashliak O.<sup>1</sup>, Zaitsev D.<sup>1</sup>, Lazarchik I.<sup>1</sup>, Tikhonovets M.<sup>1</sup>, Halasheuskaya A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Minsk Regional Children's Clinical Hospital, Minsk, Belarus

<sup>2</sup> Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

## Современное состояние паллиативной медицинской помощи детям на региональном уровне на примере Минской области

Current State of Palliative Medical Care for Children at the Regional Level on the Example of the Minsk Region

### Резюме

Паллиативная помощь представляет собой систему мероприятий, направленных на поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями. Задача паллиативной помощи не только облегчить страдания пациента, но и оказать необходимую помощь семье. Детская паллиативная помощь – это самостоятельная служба с уникальной структурой и значительными отличиями от службы, оказывающей паллиативную помощь взрослому населению. Значительные сложности при оказании педиатрической паллиативной помощи возникают по ряду причин, в том числе из-за неуверенности в течении болезни, веры родственников пациента в чудесное исцеление, поиска баланса между информацией о фактическом состоянии пациента и сохранением надежды. В статье проанализирована динамика развития паллиативной помощи детям в Минской области за 2016–2020 годы, представлена нозологическая структура заболеваний, приводящих к статусу паллиативного пациента, а также описан опыт проведения длительной респираторной поддержки на дому.

**Ключевые слова:** дети, паллиативная помощь, хоспис, помощь в конце жизни, некурабельный пациент, нозологические формы.

### Abstract

Palliative care is a system of measures aimed at maintaining the quality of life of patients with incurable, life-threatening and severe diseases. The task of palliative care is not only to alleviate suffering of the patient, but also to provide the necessary assistance to the family. Children's palliative care is an independent service with a unique structure and significant differences from the service that provides palliative care to the adult population. Significant difficulties in providing pediatric palliative care arise because of a number of reasons, including uncertainty about the course of disease, belief of patient's relatives in miraculous healing, search for the balance between information about the actual condition of the patient and preservation of hope. In the article, there is analyzed the dynamics of the development of palliative care for children in the Minsk region for 2016–2020; the nosological structure of diseases that lead to

the status of a palliative patient is presented; the experience of long-term respiratory support at home is described.

**Keywords:** children, palliative care, hospice, help at the end of life, incurable patient, nosological forms.

---

В настоящее время медицина достигла уровня, при котором выживают дети, ранее обреченные на гибель: с экстремально низкой массой тела, с врожденными пороками развития, после дорожно-транспортных происшествий и т. д. Все чаще родители осознанно сохраняют беременность, зная, что у ребенка врожденный порок развития. Это привело к тому, что во всем мире, включая Республику Беларусь, увеличивается число детей с ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями [1, 2]. Помимо радикального лечения данной категории пациентов, требуется также паллиативная помощь, которая предусматривает проведение лечебных процедур и манипуляций, применение методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни не только пациента, но и его семьи [3].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет паллиативную медицинскую помощь как «подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки» [4].

Оказание паллиативной помощи ведется на основании принципов, поддерживаемых ВОЗ:

- обеспечение облегчения боли и других беспокоящих пациента симптомов;
- утверждение жизни и принятие смерти как нормальных процессов;
- признание решения не торопить и не замедлять смерть;
- объединение психологических и духовных аспектов ухода за больным;
- предложение системы такой поддержки, чтобы помочь больным жить активной жизнью до конца;
- предложение системы такой поддержки, чтобы помочь семьям справиться с трудностями во время болезни родственника, а также его смерти;
- готовность улучшать качество жизни пациента и положительно влиять на течение болезни;
- подключение паллиативной помощи как можно раньше по ходу развития болезни, наряду с разными формами основного лечения, которые ставят своей задачей продление жизни [5].

Термин «паллиативная медицинская помощь» в Республике Беларусь закреплен в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (Закон). Статья 16 Закона гласит: «Паллиативная медицинская

помощь – вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента» [6].

В настоящее время в Республике Беларусь создана необходимая нормативная правовая база по организации паллиативной помощи детям. Паллиативная служба Минской области входит в систему паллиативной помощи Республики Беларусь, организованную на государственном уровне. В Минской области была создана и продолжает совершенствоваться система оказания паллиативной помощи детям в тесном взаимодействии с государственными (государственное учреждение «Республиканский консультативный центр паллиативной медицинской помощи детям» (РКЦ ПМПД)) и общественными организациями, такими как общественная благотворительная организация «Белорусский детский хоспис» и др.

Паллиативная медицинская помощь детям в Минской области оказывается как в стационарных организациях здравоохранения, так и в амбулаторных условиях. Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в государственном учреждении здравоохранения (ГУЗ) «Слуцкий специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики», выделено 20 коек; ГУЗ «Борисовский специализированный дом ребенка» – 5 коек. При необходимости разворачиваются паллиативные палаты в составе учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница» (УЗ «МОДКБ»), центральных районных больницах (ЦРБ), центральной городской больнице (ЦГБ), центральной районной клинической больнице (ЦРКБ).

На 01.01.2021 в ГУЗ «Слуцкий специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики» находится 20 пациентов, в ГУЗ «Борисовский специализированный дом ребенка» – 2 пациента. В 2021 году в учреждениях здравоохранения Минской области функционировало 5 паллиативных коек.

На амбулаторном уровне функционирует кабинет паллиативной помощи детскому населению в УЗ «Молодечненская ЦРБ». В 22 регионах Минской области приказами главных врачей назначены ответственные за оказание паллиативной помощи детям. Координирует работу по оказанию паллиативной помощи детскому населению главный внештатный специалист по паллиативной помощи детям главного управления по здравоохранению (ГУЗО) Миноблсполкома. Межведомственное взаимодействие регулируется Инструкцией о межведомственном взаимодействии по оказанию помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.10.2018 № 1002 [7].

На рис. 1 представлена организационная структура паллиативной помощи детям Минской области и взаимодействие между различными ведомствами, участвующими в оказании паллиативной помощи.

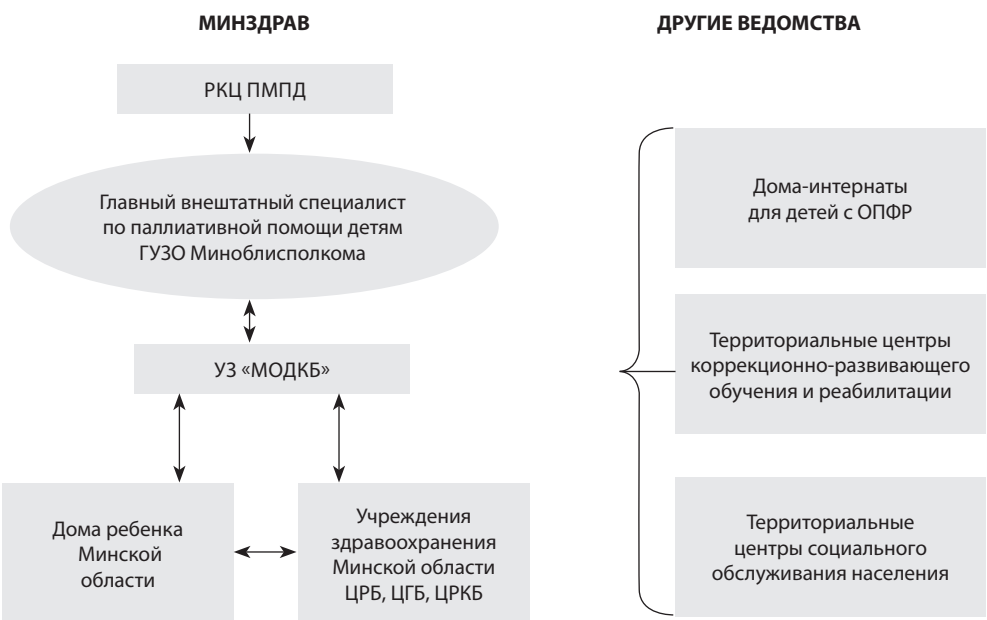


Рис. 1. Структура и межведомственное взаимодействие государственных организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям

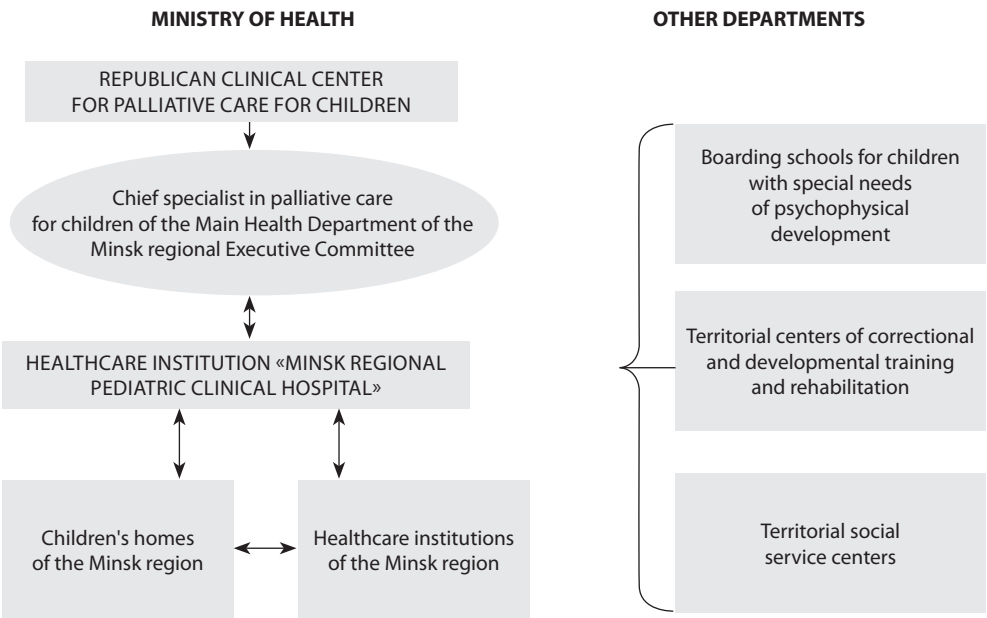


Fig. 1. Structure and interdepartmental interaction of state organizations providing palliative medical care to children

Для организации адекватной помощи необходим учет пациентов, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи. Для реализации этой задачи приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.10.2014 № 1084 «О создании Республиканского регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи» была создана единая республиканская база данных, которая объединила всех пациентов в возрасте с рождения до 18 лет, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. В базу вносятся сведения о пациенте, есть возможность прикрепить сканированные изображения медицинских документов и документы в электронном виде.

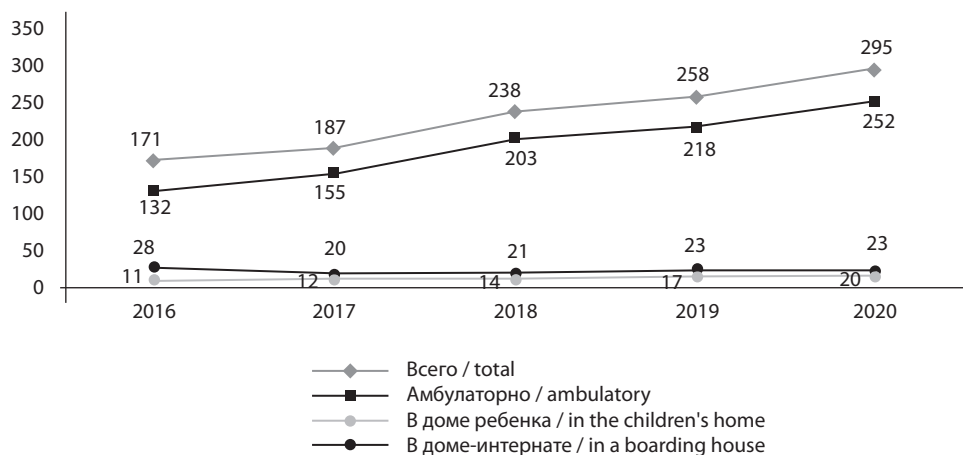
В 2020 году приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.09.2020 № 890 «Об утверждении положения о республиканском регистре детей, нуждающихся в паллиативной помощи» усовершенствовал работу с данным информационным ресурсом. Создание единой базы позволило систематизировать работу с документацией, оценить качество оказания паллиативной помощи детям, обеспечить взаимодействие между различными организациями здравоохранения в области оказания паллиативной помощи детскому населению.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.12.2014 № 107 «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи» определены медицинские показания для оказания паллиативной медицинской помощи:

- хронические неизлечимые, ограничивающие продолжительность жизни и угрожающие жизни заболевания, требующие купирования боли и других патологических симптомов у пациента, когда выполнение иных методов оказания медицинской помощи неэффективно и (или) невозможно, в целях улучшения качества жизни пациента;
- прогнозируемый ограниченный срок жизни пациента или терминальная фаза заболевания;
- отказ пациента с хроническим прогрессирующим заболеванием от всех видов и методов оказания специализированной медицинской помощи при наличии патологических симптомов, усугубляющих качество жизни пациента.

Под паллиативное наблюдение ребенок оформляется консилиумами республиканского, областного или территориального учреждения здравоохранения с определением группы паллиативной медицинской помощи. Изменение или снятие группы паллиативной медицинской помощи также проводится консилиумом государственной организации здравоохранения, которая оказывает ребенку медицинскую помощь [7]. Информация о ребенке, нуждающемся в паллиативной помощи, передается в РКЦ ПМПД и главному внештатному специалисту по паллиативной помощи детям для внесения в республиканский регистр детей, нуждающихся в паллиативной помощи, планирования паллиативной помощи, проведения анализа качества оказания паллиативной помощи детям.

В Минской области, как и во всем мире, наблюдается увеличение количества детей, нуждающихся в паллиативной помощи. На 01.01.2017 под паллиативным наблюдением состоял 171 ребенок, из них амбулаторно наблюдались 132 ребенка. В доме ребенка находилось 11 детей,

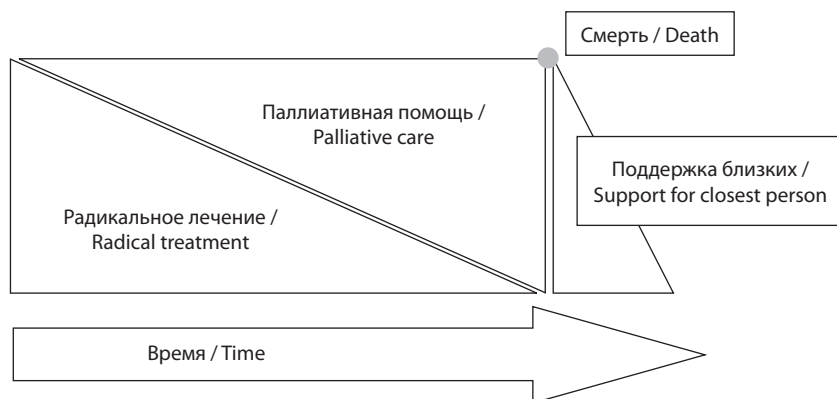


**Рис. 2. Динамика количества детей, находящихся под паллиативным наблюдением в Минской области в 2016–2020 гг.**

Fig. 2. Dynamics of the number of children under palliative care in the Minsk region in 2016–2020

в домах-интернатах – 28 детей. На 01.01.2021 количество детей, находящихся под паллиативным наблюдением, увеличилось на 124 человека и составило 295 детей, из них 252 ребенка наблюдались амбулаторно, 20 – в доме ребенка и 23 – в домах-интернатах (рис. 2).

Однако, несмотря на рост числа детей, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, это еще не все дети, которым требуется данный вид помощи. При появлении в семье ребенка, нуждающегося в паллиативной помощи, перед семьей встает неизбежная угроза смерти близкого человека. В жизни пациента и его семьи происходят значительные изменения, направленные на организацию быта в новых условиях. Не развитая в должной мере безбарьерная среда, стигматизация в обществе пациентов, имеющих паллиативный статус, отождествление у большинства населения понятий «паллиативная помощь» и «смерть» создают риск того, что семья становится более уязвимой и выключается из общественной жизни. Несмотря на существующие программы социального обеспечения, работу по реабилитации и т. д., в обществе транслируется мнение, что паллиативная помощь оказывается детям в терминальном состоянии без проведения реанимационных мероприятий. Родители, опасаясь статуса паллиативного пациента, отказываются от данного вида помощи. Кроме того, не исключена ситуация, когда медработники на местах отговаривают родителей от оформления статуса паллиативного пациента, убеждая в том, что паллиативный статус пациента – это отказ от лечения. Эта проблема актуальна не только для Беларуси, но и для зарубежных стран [8]. На самом деле это не так, и наряду с лечением ребенок получает паллиативную помощь в виде работы с физическим терапевтом, игровым терапевтом, логопедом-дефектологом, инструктором по лечебной физкультуре, коррекцию белково-энергетической недостаточности, психологическую помощь семье и другие виды помощи.



**Рис. 3. Соотношение радикального лечения и паллиативной помощи детям [4]**

Fig. 3. The proportion of radical treatment and palliative care for children [4]

Боль и другие физические страдания, беспомощность, одиночество и социальная изоляция не должны быть повседневными реалиями пациента, имеющего статус паллиативного. Согласно схеме, предложенной ВОЗ для оказания паллиативной помощи, если представить оказание помощи ребенку с заболеванием, позволяющим включить его под паллиативное наблюдение, можно заметить, что лечебная и паллиативная помощь должны начинаться практически одновременно, с постепенным увеличением доли паллиативной помощи и сопровождением специалистами по паллиативной помощи семьи после потери ребенка (рис. 3) [4].

О неполноте охвата паллиативной помощью нуждающихся в ней детей свидетельствует тот факт, что число пациентов, находящихся под паллиативным наблюдением, ниже расчетного числа нуждающихся в паллиативной помощи. Потребность в паллиативной помощи детям вычисляется как сумма числа умерших детей (за исключением детей, умерших в раннем неонатальном периоде, от внешних причин и синдрома внезапной смерти) и числа детей-инвалидов со степенью утраты здоровья (СУЗ) 3 и 4, имеющих заболевания по МКБ-10, при которых показана паллиативная помощь. В среднем по республике данный показатель составляет 10–12 на 10 тысяч детей [7]. Для Минской области на 288 251 ребенка расчетный показатель составляет примерно 345 человек, число детей под паллиативным наблюдением на 01.01.2021 – 295 человек.

В настоящее время в Республике Беларусь согласно Инструкции «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.04.2019 № 403, выделяют три группы паллиативной помощи:

- 1-я группа (краткосрочная паллиативная медицинская помощь) – дети с тяжелыми, угрожающими жизни состояниями или ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями в терминальной стадии (например, с онкологическими заболеваниями);

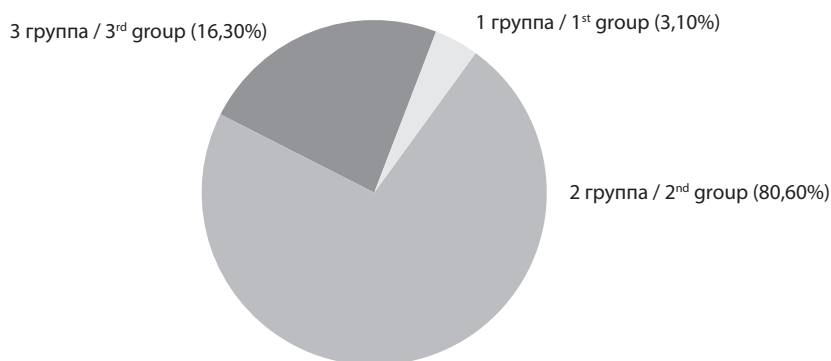
- 2-я группа (долгосрочная паллиативная медицинская помощь) – дети с ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, имеющими разную степень прогрессирования, при которых преждевременная смерть неизбежна, но прогнозируется в относительно отдаленном периоде при условии проведения паллиативных мероприятий (генетические заболевания, тяжелые неврологические заболевания и др.);
- 3-я группа – дети с угрожающими жизни состояниями или ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, имеющими неопределенный прогноз, в том числе возможность восстановления функции (последствия черепно-мозговой травмы, врожденные пороки развития и др.).

В Минской области на 01.01.2021 распределение детей по группам паллиативной помощи выглядело следующим образом (рис. 4): к 1-й группе относилось 9 человек (3,1%), ко 2-й группе – 238 человек (80,6%), к 3-й группе – 48 человек (16,3%).

Следует отметить, что нозологическая структура заболеваний у детей, находящихся под паллиативным наблюдением, отличается от взрослых. Так, по данным российских авторов, в нозологической структуре среди причин статуса паллиативного пациента преобладают онкологические заболевания [9], в то время как у детей процент новообразований невелик, а основную часть составляют заболевания нервной системы.

Нозологическая структура детей, находящихся под паллиативным наблюдением на 01.01.2021 по Минской области, представлена на рис. 5. Можно заметить, что на долю заболеваний нервной системы приходится 68,1%.

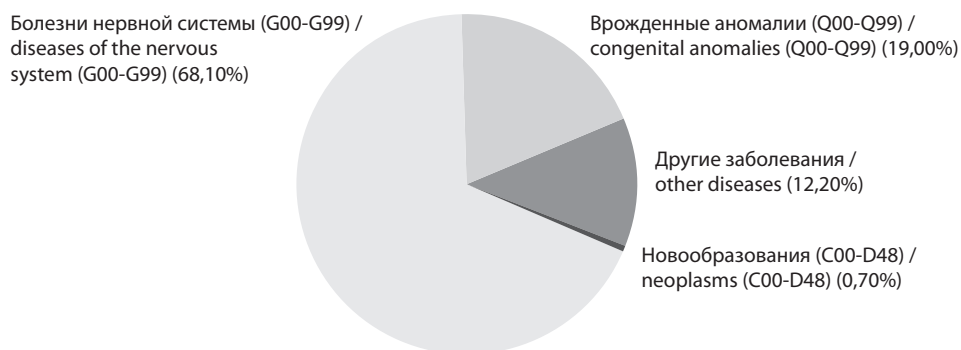
Основная цель детской паллиативной службы – оказание паллиативной помощи по месту жительства ребенка. При посещении детей, находящихся под паллиативным наблюдением, специалист проводит общий осмотр, выполняет необходимые процедуры, проводит обезболивающие мероприятия, обучает родителей уходу за ребенком. Одним из методов, позволяющих улучшить качество жизни пациентов с



**Рис. 4. Структура детей Минской области по группам паллиативной помощи**

**Fig. 4. The structure of children of the Minsk region by palliative care groups**





**Рис. 5. Нозологическая структура заболеваний у детей, находящихся под паллиативным наблюдением в Минской области**

Fig. 5. Nosological structure of diseases of children under palliative care in the Minsk region

некоторыми заболеваниями, является длительная респираторная поддержка. Респираторная поддержка детей дома обученными родителями – безопасный и эффективный метод паллиативной помощи [10].

В Минской области на 01.01.2021 из всех детей, находящихся под паллиативным наблюдением, 12 пациентов (4%) нуждались в длительной респираторной поддержке, при этом все из них были обеспечены портативными аппаратами искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на дому. Неинвазивную вентиляцию легких получали 5 детей, инвазивную вентиляцию легких – 7 детей. Основными показаниями для перевода детей на ИВЛ были нервно-мышечные заболевания – 9 детей, из них со спинальной мышечной атрофией I типа (G12.0) – 4 ребенка, мышечной дистрофией (G71.0) – 3 ребенка, другими наследственными спинальными мышечными атрофиями (G12.1) – 2 ребенка.

Среди других нозологий, послуживших причиной перевода ребенка на ИВЛ, были детский церебральный паралич (G80), дегенеративная болезнь нервной системы неуточненная (G31.9) и последствия воспалительных заболеваний центральной нервной системы (G09) – по одному пациенту соответственно.

В Республике Беларусь обеспечение аппаратом для проведения ИВЛ в домашних условиях проводится согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.06.2016 № 77 «Об установлении перечня медицинских показаний и медицинских противопоказаний для обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации». Данным документом определены следующие показания к ИВЛ на дому: прогрессирующие нервно-мышечные заболевания, нарушения дыхания центрального генеза, фиброз легочной ткани различной этиологии, нарушения проводимости дыхательных путей и иные заболевания и состояния, приводящие к необходимости длительной респираторной поддержки. Важным условием проведения ИВЛ на дому является стабильное состояние пациента, наличие спонтанного дыхания, нахождение пациента в сознании, а также желание и возможность родителей ухаживать за пациентом на ИВЛ [7].

Специалистами УЗ «МОДКБ» ведется учет детей, нуждающихся в респираторной поддержке, осуществляется индивидуальный подбор респираторного оборудования, проводится обучение родителей уходу за ребенком, находящимся на ИВЛ, проводится подготовка пациента к переводу из отделения анестезиологии и реанимации под домашнее наблюдение. Дети, находящиеся на ИВЛ, регулярно наблюдаются участковым врачом-педиатром; за каждым ребенком приказом главного врача территориальной организации здравоохранения закреплен врач-реаниматолог. При необходимости медицинские работники и родители получают консультацию врача-реаниматолога выездной бригады Республиканского консультативного центра паллиативной медицинской помощи детям, областного педиатрического реанимационного консультативного центра МОДКБ.

Еще одним разделом паллиативной помощи детскому населению является медико-социальная помощь, когда в трудной жизненной ситуации при необходимости дать семье отдых от ухода за тяжелобольным ребенком и организовать психологическую поддержку по заявлению законного представителя организовывается наблюдение и уход силами медицинского персонала стационарного отделения РКЦ ПМПД. Срок оказания медико-социальной помощи составляет до 28 дней в календарном году, данный вид помощи оказывается на платной основе.

Одним из разделов паллиативной помощи является «помощь в конце жизни». Хотя смерть – это нормальная часть жизни, она часто рассматривается как нечто негативное. Это сложный вопрос, из-за которого паллиативная помощь продолжает стигматизироваться. Как следствие, многие люди умирают в одиночестве и с болью не только физической, но и душевной [11, 12]. Удовлетворение желания пациента или его законных представителей провести последние дни жизни там, где они хотели бы, считается одним из основных этических принципов оказания паллиативной помощи.

При планировании помощи в конце жизни больным со злокачественными новообразованиями и другими тяжелыми заболеваниями рассматриваются такие формы помощи в зависимости от места ее оказания, как стационарное отделение РКЦ ПМПД, помощь на дому силами участковой службы или организация паллиативной палаты в территориальном учреждении здравоохранения с привлечением специалистов выездной службы РКЦ ПМПД. Чаще всего сложные некурабельные пациенты получают помощь в конце жизни в стационаре. За 12 месяцев 2020 года по Минской области умерло 11 пациентов, из них 9 человек – в стационаре и только 2 ребенка – на дому.

Следует отметить, что продолжительность болезни, а соответственно и паллиативного наблюдения у детей может протекать от нескольких дней до нескольких лет, что также является отличительной чертой детской паллиативной помощи. Подопечные могут находиться под паллиативным наблюдением длительно, вплоть до 18 лет, переходя впоследствии под патронаж взрослых служб. Кроме того, при успешном лечении и реабилитации пациентов с 3-й группой паллиативного наблюдения статус паллиативного пациента может быть снят. Так, в 2020 году под наблюдение взрослой паллиативной службы было переведено 11 пациентов: 10 из них – с болезнями нервной системы и один ребенок – с ВИЧ.

Таким образом, паллиативная помощь детскому населению успешно развивается в Минской области, однако требует пристального внимания к своим проблемам. Для полноценного функционирования системы паллиативной помощи необходимы значительные ресурсы, которые заключаются не только в материально-техническом обеспечении пациентов необходимыми устройствами и расходными материалами. Также необходимо участие многих специалистов со средним и высшим медицинским и психологическим образованием для осуществления реабилитации пациента и его семьи. Залогом успешного решения проблемы стигматизации паллиативной помощи в первую очередь является работа со специалистами первичного звена, повышение их уровня знаний о целях, методах и способах оказания паллиативной помощи, просвещение населения в вопросах оказания паллиативной помощи.

**Вклад авторов:** Кашляк О.С., Лазарчик И.В., Галашевская А.А. – концепция и дизайн исследования; Кашляк О.С., Галашевская А.А. – сбор материала; Кашляк О.С. – написание текста; Кашляк О.С., Зайцев Д.В., Лазарчик И.В., Тихоновец М.Ю., Галашевская А.А. – редактирование.

**Authors' contribution:** Kashliak O., Lazarchik I., Halasheuskaya A. – research concept and design; Kashliak O., Halasheuskaya A. – collection of material; Kashliak O. – writing the text; Kashliak O., Zaitsev D., Lazarchik I., Tikhonovets M., Halasheuskaya A. – editing.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

## ■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Connor S.R., Downing J., Marston J. (2017) Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis. *J. Pain Symptom Manag.*, no 53, pp. 171–177.
2. Vajnilovich E.G., Legkaja L.A., Gorchakova A.G., Burykin P.S. (2015) *Mezhdunarodnye principy organizatsii palliativnoj pomoshchi detyam* [International principles of the organization of palliative care to children]. *Zdravooohranenie (Minsk)*, no 5, pp. 22–27.
3. (2013) *The International Children's Palliative Care Network. Palliative Care for Children Living with Non-Communicable Diseases – An ICPN Position Paper*. Available at: <http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/07/ICPCN-Position-Paper-on-Living-with-Non-Communicable-Diseases.pdf> (accessed June 29, 2021).
4. Davies E., Higginson I.J. (2004) *Palliative care. The solid facts*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/palliative-care-the-solid-facts> (accessed June 29, 2021).
5. Simakhodsky A.S., Tkachenko A., Erman L.V. (2014) *Chronicheskie progressirujushchie zabolevaniya u detej, trebuyushchie prinjatija mediko-socialnykh reshenij (na osnovanii opyta Sankt-Peterburgskogo Detskogo Chospisa)* [Chronic progressing diseases in children that require medical and social decisions (based on the experience of the St. Petersburg Children's Hospice)]. St. Petersburg: Mikhail Fursov Printing House. (In Russian)
6. *O zdravooohranenii: Zakon Respubliki Belarus ot 18.06.1993 № 2435-XII: s izmeneniyami i dopolneniyami* [On healthcare: Law of the Republic of Belarus of June 18, 1993 № 2435-XII: with changes and additions]. Available at: <https://etalonline.by/document/?regnum=v19302435> (accessed June 29, 2021).
7. Leghkaja L.A. (2021) Organizatsiya palliativnoj pomoshchi detyam [Organization of palliative care for children]. *Rukovoditel. Zdravooohranenie*, no 2. Available at: <http://erz.by/journal/statia/organizatsiya-palliativnoj-pomoshchi-detyam> (accessed June 29, 2021).
8. Fliedner M.C., Zambrano S.C., Eychmueller S. (2021) Public perception of palliative care: a survey of the general population. *Palliat Care Soc Pract*, vol. 15. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8191057/> (accessed June 29, 2021).
9. Shchepin V.O., Telnova E.A., Karpova O.B., Proklova T.N. (2019) O problemah palliativnoj pomoshchi. [On the problems of palliative care] *Problemyi sotsialnoy gigieny, zdravooohraneniya i istorii meditsiny*, vol. 27, no 1, pp. 36–40.
10. Tibballs J., Henning R., Robertson C.F., Massie J., Hochmann M., Carter B., Osborne A., Stephens R.A., Scoble M., Jones S.E., White J., Bryan D. (2010) A home respiratory support programme for children by parents and layperson carers. *J Paediatr Child Health*, vol. 46, no 1–2, pp. 57–62.
11. Johnston E.E., Alvarez E., Saynina O., Sanders L., Bhatia S., Chamberlain L.J. (2017) Disparities in the Intensity of End-of-Life Care for Children with Cancer. *Pediatrics*, vol. 140: e20170671. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28963112/> (accessed June 29, 2021).
12. Johnston E.E., Alvarez E., Saynina O., Sanders L., Bhatia S., Chamberlain L.J. (2017) End-of-Life Intensity for Adolescents and Young Adults With Cancer: A Californian Population-Based Study That Shows Disparities. *J Oncol Pract*, vol. 13, no 9, pp. 770–781.

Подана/Submitted: 02.07.2021

Принята/Accepted: 20.09.2021

Контакты/Contacts: [olga.kashliak@gmail.com](mailto:olga.kashliak@gmail.com)