

УДК:616.6-08-035.75

Д.Р.Кайдарова<sup>1,2</sup>, Г.А.Афонин<sup>2</sup>, Г.Ж.Кунирова<sup>3</sup>, С.Субраманиан<sup>4</sup>, А.К.Абабакиев<sup>5,6</sup><sup>1</sup>Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии<sup>2</sup>Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова<sup>3</sup>Казахстанская ассоциация паллиативной помощи (Алматы, РК)<sup>4</sup>Евразийская федерация онкологии (Москва, Российская Федерация)<sup>5</sup>Алматинский онкологический центр Управления здравоохранения г. Алматы<sup>6</sup>Казахский медицинский университет непрерывного образования

## РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ СЕТЕЙ КАК ЧАСТЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИИ

**Резюме:** Служба паллиативной помощи является многоуровневой. Для эффективного функционирования системы паллиативной помощи в данном регионе необходимо наличие различных организационных форм с обязательным присутствием стационаро-замещающих видов помощи. Развитие региональных сетей организаций паллиативной помощи должно стать частью национальной стратегии здравоохранения с целью оказания максимально качественного и своевременного лечения такой тяжелой категории пациентов как неизлечимые онкологические больные.

**Ключевые слова:** онкологические больные, паллиативная помощь, региональные сети, стационаро-замещающая помощь.

Анализ структуры заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Казахстан свидетельствует о стабильно высоком уровне т.н. «запущенных» форм при отдельных локализациях опухолей, что отражает мировые тенденции и показатели заболеваемости аналогичными видами рака в странах СНГ. Так, в 2014 году в республике было выявлено 34352 впервые диагностированных случаев злокачественных новообразований (в 2013 г. – 33029, в 2012 г. – 32005). Удельный вес запущенных форм (IV стадия) к моменту установления диагноза составил в 2014 г. в среднем 12.5% для всех выявленных злокачественных новообразований (в 2013 г. – 14.1%, в 2012 г. – 14.6%). Относительно большая доля запущенных форм отмечена при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы (36.1%, в 2013 г. – 37.3%), печени (23%, в 2013 г. – 27.4%), желудка (22.7%, в 2013 г. – 25.6%), легкого (23.1%, в 2013 г. – 24.0%), ободочной кишки (15.7%, в 2013 г. – 17.0%) и саркомах костей (15.1%, в 2013 г. – 16.2%) [1]. В целом показатель заболеваемости злокачественными опухолями в республике не имеет существенной тенденции к снижению и составил в 2014 г. 198.7‰ (в 2013 г. – 193.9‰, в 2012 г. – 190.6‰) с темпом прироста 2.5%.

Несмотря на то, что абсолютное число больных с IV

стадией рака в динамике снижается, общее количество лиц с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования и лиц, состоящих на диспансерном учете, неуклонно повышается. Так, если в 2003 году в Казахстане было выявлено 28834, а на учете состояло 110592 больных со злокачественными новообразованиями, то в 2011 году количество больных стало равно 144899, при этом в указанном году было впервые выявлено 30139 лиц со злокачественными опухолями. Каждый год это число увеличивается на несколько тысяч человек с параллельным ростом индекса накопления. Кроме того, Казахстан относится к странам с ускоренными темпами старения, и к 2050 году приблизительно ¼ населения будет представлена лицами пожилого и старческого возраста, следовательно, будут увеличиваться и показатели заболеваемости пациентов старших возрастных групп. Практически это означает то, что онкологи все чаще будут иметь дело с пациентами со сложными и угрожающими жизни состояниями (развившимися в силу возраста, сопутствующей патологии и истощающихся резервов организма), многие из которых будут нуждаться в паллиативном и симптоматическом лечении.

Для эффективного функционирования современной системы паллиативной помощи принципиальными являются практика адекватной клинической оценки и распределение «потоков» больных в соответствии со стратификацией риска и учетом наличных возможностей для оказания оптимального вида помощи.

В Республике Казахстан, как и в большинстве постсоветских стран, процесс оказания паллиативной и симптоматической помощи онкологическим больным организационно не дифференцирован. Так, в РК отсутствует градация по уровням оказания помощи и не внедрена практика направления пациентов на лечение в соответствии с уровнями риска, ожидаемой продолжительностью жизни, с учетом возраста и состояния организма больного. Между тем, в настоящее время в развитых странах паллиативная помощь оказывается в зависимости от уровня организации учреждений, что способствует

ет эффективному лечебному процессу и оптимизации комфорта пациента, а также снижению нагрузки на больного и бюджет системы здравоохранения.

В большинстве документов рекомендательного и нормативного характера, опубликованных в Европе до 2009 года описывается двухуровневая градация паллиативной помощи, представленная т.н. паллиативным подходом и специализированной паллиативной помощью. Однако разработчики «Стандартов и норм хосписной и паллиативной помощи в Европе» под руководством таких признанных специалистов в области паллиативной помощи как Франко де Конно, Карл-Йохан Фюрст и Джеффри Хэнкс, приводят четыре уровня функционирования паллиативной помощи: паллиативный подход, общая паллиативная помощь, специализированная паллиативная помощь и т.н. центры передового опыта [2].

Паллиативный подход – это применение принципов и методов паллиативной помощи в учреждениях, не специализирующихся на оказании таковой. Данный уровень оказания паллиативной помощи может быть использован врачами общей практики и сотрудниками общетерапевтических клиник и больниц сестринского ухода и домов-интернатов. Для возможности реализации паллиативного подхода необходимо качественное изменение программ подготовки медицинских кадров с включением предмета паллиативной помощи в образовательные стандарты обучения врачей (особенно общей практики) и медсестер.

Общая паллиативная помощь оказывается медицинскими работниками первичного звена (т.е. в данном случае – районными онкологами и врачами онкологической амбулаторно-поликлинической службы) и специалистами, имеющими достаточные знания и навыки в области паллиативной помощи. Специалистам, которые в своей практике сталкиваются с пациентами с угрожающими жизни состояниями (например, онкологам и гериатрам), но для которых паллиативная помощь не является их основной специальностью, как правило требуется специализация и дополнительная подготовка. Этот уровень может быть реализован в отделениях паллиативной помощи онкологических центров и крупных многопрофильных больниц.

Специализированная паллиативная помощь (СПП) оказывается службами, основной деятельностью которых является паллиативная помощь в составе мультидисциплинарных команд. Функционирование данного уровня паллиативной помощи происходит, как правило, на базе хосписов и заключается в оказании помощи пациентам, нахождение которых в домашних условиях невозможно, и членам их семей. Сотрудники таких служб должны иметь более высокий уровень образования и подготовки по паллиативной помощи (и быть обязательно сертифицированными именно в этой области медицины). Кроме того, для работы таких команд требуется гораздо большее число специалистов и дополнительные ресурсы. Службы СПП, основной задачей которых является адекватный контроль и активное купирование симптомов угрожающего жизни состояния, должны в идеале быть доступными всем больным с прогрессирующими онкологическими заболеваниями.

На данном уровне оказания паллиативной помощи проводится широкий спектр терапевтических вмешательств и хирургических манипуляций (проведение торако- и лапароцентеза, эпидуральной анестезии, трахеостомии, наложение гастро-, эпицисто- и нефростом, имплантация внутривенных портов длительного доступа). Для безопасного проведения этих манипуляций в составе служб СПП должно быть необходимое количество подготовленного персонала. Деятельность служб СПП требует применения мультидисциплинарного подхода, при этом лечение пациентов должно осуществляться специалистами, основным родом деятельности которых является паллиативная помощь. Именно этот уровень реализации паллиативной помощи может являться тем уровнем, где «пересекаются» различные направления лечения: собственно противоопухолевая терапия, паллиативная помощь, и помощь, оказываемая при возникновении неотложных состояний.

Центры передового опыта являются примером учреждений четвертого уровня оказания паллиативной помощи. Такими центрами могут быть учреждения как стационарные, так и амбулаторные, оказывающие помощь пациентам на дому и учреждения, которые занимаются подготовкой специалистов, разработкой стандартов и проведением клинических исследований. Место таких центров в многоуровневой системе паллиативной помощи зависит от конкретной национальной системы здравоохранения и модели паллиативной помощи в целом. В качестве примера можно привести получившую мировую известность службу «стационар паллиативной помощи на дому» города Болонья, в которой круглосуточно работают 120 врачей и 12 психологов, обслуживающие за день около 2500 пациентов [3].

Практически весьма важно учитывать не только уровень, на котором будет оказываться помощь пациенту, но и все аспекты ее организации. Применительно к онкологическим больным процесс предоставления паллиативной помощи предполагает соблюдение принципов, определенных ВОЗ в качестве ключевых [4]: заблаговременное планирование помощи, непрерывность оказания помощи, доступность помощи, выбор необходимого именно данному пациенту места оказания помощи.

Мы отдаем себе отчет, что рассматриваемые принципы организации паллиативной помощи являются осуществимыми только в системе хорошо развитой отрасли здравоохранения, как и то, что для Республики Казахстан реализация части этих принципов в настоящее время является все еще более или менее отдаленной перспективой. Но мы также осознаем, что без устремления в будущее с намерением реализовать эти принципы мы вряд ли достигнем баланса между ожиданиями и потребностями наших пациентов и теми условиями, которые должны этим ожиданиям и потребностям отвечать. То есть между реальной практикой оказания помощи в каждом конкретном случае. Это касается и неразвитой в государстве в настоящее время системы альтернативных форм оказания помощи больным и того факта, что пациентам по сути не из чего выбирать место получения помощи, поскольку система ее оказания в своих организационных формах представлена почти исключительно

центрами паллиативной помощи (стационарными хосписами).

В соответствии с международными (прежде всего европейскими) стандартами, пациенты, их близкие и команда, оказывающая паллиативную помощь, «могут совместно обсуждать вопросы планирования и предоставления помощи, принимая во внимание предпочтения больного, имеющиеся ресурсы и рекомендации квалифицированного специалиста» (Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи, 2003). Естественно, что изменение состояния пациента, его функциональных возможностей приводит к изменению и режима лечения, что требует постоянного обсуждения и адаптации индивидуального плана оказания помощи на всем протяжении болезни. Однако по мере прогрессирования заболевания происходит ухудшение когнитивных функций и физического состояния больных, и наступает момент, когда они больше не в состоянии принимать решения. Поэтому паллиативная помощь должна включать условия для заблаговременного ее планирования, а пациенты могли получить при желании лечение и уход в соответствии со своими предпочтениями. Стоит заметить, что юридические установки относительно заблаговременного планирования помощи согласно практике развитых стран включают составление распоряжения пациента о его лечении на перспективу и привлечение доверенного лица. Правовая основа в Республике Казахстан, как и в странах СНГ для этого до сих пор не создана.

Что касается доступности, то службы паллиативной помощи должны быть доступны всем пациентам при первой необходимости вне зависимости от того, когда и где такая потребность возникнет. Исходя из содержания основополагающих государственных нормативно-правовых актов, касающихся паллиативной помощи, команды паллиативной помощи должны работать так, чтобы помощь была доступна пациентам всех возрастов и социальных групп, с любым диагнозом и во всех медицинских учреждениях, а также на дому, что закреплено соответствующими статьями Конституции Республики Казахстан. Общедоступность или «равный доступ» имеют значение глобального принципа, и закреплены, в частности в Декларации ВОЗ [6], а организационные и правовые аспекты конкретизированы например, для масштаба национальной системы в Клинических рекомендациях по паллиативной помощи Национального консенсусного проекта США (NationalConsensusProjectforQualityPalliativeCare.ClinicalPracticeGuidelinesforQualityPalliativeCare, 2009). При многих различиях европейской или американской и казахстанской систем здравоохранения, рациональное зерно, содержащееся в этих документах стоит использовать в отечественной практике, и основным мотивом в пользу этого является тот факт, что до сих пор в Казахстане живет некоторое число людей (точное их количество не поддается учету), лишенных доступа к любому, даже самому простому виду паллиативной помощи. Это в первую очередь лица БОМЖ, контингент пенитенциарной системы, лица, не имеющие прикрепления к организации ПМСП через РПН, одинокие лица, находящиеся в домах престарелых и интернатах для психоневротиков, законные права которых представляются

исключительно органами социальной опеки.

Основное требование при оказании паллиативной помощи – непрерывность ее оказания на всем протяжении заболевания в различных учреждениях здравоохранения. Непрерывность определяется не только наличными региональными ресурсами, но и динамической оценкой состояния пациента и типом лечебного учреждения. Соблюдение этого принципа помогает «избежать ошибок и предотвратить бессмысленное страдание пациентов с угрожающими жизни заболеваниями» [8]. Уникальность паллиативной помощи в том, что она является интегральной частью многих учреждений системы здравоохранения – многопрофильных больниц и онкологических клиник, амбулаторно-поликлинической службы, стационаров сестринского ухода и служб оказания помощи на дому, домов престарелых и интернатов для лиц с ограниченными возможностями, наконец, собственно отделений паллиативной помощи и хосписов. Именно поэтому для соблюдения принципа непрерывности необходимо эффективное взаимодействие членов команды с близким окружением больного и лицами, осуществляющими уход. Делается это с целью координации действий по оказанию помощи в стационарных условиях и на дому.

В настоящее время признано, что в дополнение к специализированной стационарной помощи как можно большему числу нуждающихся должна оказываться паллиативная помощь на дому. Так как время жизни пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, ограничено, врачи должны иметь возможность при необходимости быстро перенаправить их из одной службы в другую. Это касается как специализированных, так и неспециализированных служб.

Если рассматривать структуру медицинской помощи Республики Казахстан вообще, то неспециализированными учреждениями, оказывающими паллиативную помощь могут выступать: районные службы сестринского ухода, сеть общей врачебной практики, амбулаторные службы сестринского ухода, отделения больниц общего профиля, интернаты для престарелых.

Аналогично службами специализированной паллиативной помощи могут являться: стационарные отделения паллиативной помощи, стационарные хосписы, команды, оказывающие паллиативную помощь на дому, а также хосписные команды, оказывающие помощь по месту проживания пациента. Последние включают: «дневные» хосписы, стационары на дому, амбулаторные клиники.

Очевидно, что сегодня, также как и в перспективе, большая часть паллиативной помощи будет оказываться неспециализированными службами, особенно если принять во внимание количество нуждающихся и ресурсы системы здравоохранения. До настоящего времени официальной статистики общей потребности в паллиативной помощи в Казахстане не ведется. Однако, согласно рекомендациям ВОЗ, количество хосписных коек должно составлять не менее 30 на 300–400 тыс. населения. Несложно посчитать, что на 17 млн. 700 тыс. населения количество стационарных коек должно быть порядка 1.5–1.7 тысяч, то есть в четыре–пять раз больше, чем имеется в настоящее время. В Республике Казахстан эта ситуация усугубляется нехваткой медицинских кадров и

специализированных коек, проблемами с обеспечением современными лекарственными средствами для терапии болевого синдрома, особенно таблетированными и трансдермальными формами анальгетиков центрального действия.

В республике не существует официального регистра лиц, которым требуется паллиативная помощь, однако в 2012 году международный эксперт по паллиативной помощи Томас Линч провел приблизительную оценку потребности, которая обнаружила, что ежегодно в паллиативной помощи нуждаются от 94000 до 97000 пациентов. На момент исследования число этих (т.е. нуждающихся в помощи в данный момент времени) больных составляло, по меньшей мере, 15500. Кроме того, учитывая, что в уходе за больным обычно задействованы два или более человека из числа близких, помощь необходимо оказывать еще приблизительно 282600 лицам ежегодно. Естественно, что только стационарной (хосписной) помощью эти потребности удовлетворить невозможно. Для того чтобы обеспечить паллиативную помощь в первую очередь в амбулаторных условиях (на дому) и в стационарах в таких масштабах, понадобится существенное перераспределение человеческих ресурсов в городских и сельских районах. Это является существенной проблемой в условиях реформирования национальной системы здравоохранения и дефицита кадров, поскольку для полного покрытия этих потребностей, согласно отчету программы International Palliative Care Initiative необходимо, по крайней мере, «6675 единиц персонала и 825 койко-мест для оказания паллиативной помощи».

Процесс оказания паллиативной помощи должен быть организован таким образом, чтобы пациенты имели возможность обращаться в различные учреждения в соответствии с клиническими показаниями и личными предпочтениями. Это означает, что службы паллиативной помощи должны быть не изолированными структурами, а работать в виде системы, состоящей из различных форм учреждений, среди которых должны быть стационарные отделения, отделения помощи на дому и консультативные службы. Решение этой проблемы нам видится в развитии т.н. «региональных сетей» организаций паллиативной помощи по примеру некоторых стран Европейского союза.

Региональные сети учреждений и организаций паллиативной помощи могут включать в себя широкий спектр учреждений и служб, деятельность которых должна эффективно координироваться. Публикации ведущих экспертов по вопросам качества паллиативной помощи свидетельствуют о том, что центром региональной сети паллиативной помощи должно быть стационарное отделение (Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004, Jünger S., Pestinger M., Elsner F., 2007). При

этом качество помощи в отдельном регионе определяется не только качеством помощи в отдельных учреждениях или службах. Оно определяется также координацией деятельности специализированных служб и подразделений первичной медицинской помощи. Если службы организованы в рамках единой региональной сети, это позволяет улучшить доступ к паллиативной помощи, повысить ее качество и непрерывность оказания [9,10]. Для того чтобы такая сеть функционировала эффективно, должны быть выполнены два условия: нормальная координация работы и наличие более или менее широкого спектра учреждений и служб. Эффективное взаимодействие, в частности, может быть установлено через специалиста, ответственного за оказание помощи данному больному, осуществляющему так называемый casemanagement, т.е. ведение больного. Этот специалист занят передачей информации и обеспечивает преемственность предоставления помощи в учреждениях различного уровня, включенных в региональную сеть. Для организации эффективной работы, службы обеспечивающие координацию должны работать 24 часа в сутки, 7 дней в неделю [10,11].

Развитие региональных сетей согласуется с принципами, заложенными в Государственной программе развития здравоохранения на 2016-2019 годы «Денсаулық» («Здоровье») одним из главных направлений которой является формирование интегрированной модели оказания медицинской помощи при основных социально-значимых неинфекционных заболеваниях, заболеваниях, существенно влияющих на демографическую ситуацию в стране, в том числе злокачественных новообразованиях. Важным для развития помощи онкологическим больным является направление по внедрению системы прогнозирования и управления рисками и заболеваниями, прогнозирование динамики факторов риска общей смертности. Программа управления заболеваниями предусматривает персонализированный учет, профилактику и квалифицированную медицинскую помощь. Еще одной важной для развития региональных сетей особенностью является заложенные в программе кластерный подход, который предполагает, что весь цикл диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических и медико-социальных мероприятий будет концентрироваться по каждому конкретному направлению.

Кроме координации оказания помощи, хорошо функционирующая сеть согласованно определяет цели и разрабатывает стандарты качества, разрабатывает единые критерии госпитализации и выписки из стационара на всех уровнях оказания помощи, внедряет и использует единые методы оценки и единую терапевтическую стратегию, основанную на доступных доказательствах.

## Список литературы

1. Нургазиев К.Ш., Байпеисов Д.М., Аuezова Э.Т. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2014 год (статистические материалы.- Алматы, 2015. – С. 92-117.
2. Jünger S., Payne S., Radbruch L. et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe // European J. of Palliative Care. -2010. – Vol. 17. – №1. – P. 22-33.
3. Tanneberger S., Catane R., Cherny N.I. et al (eds). Palliative care in advanced cancer. In: ESMO Handbook of advanced cancer care. - London and New York, Taylor & Francis, 2006. – P. 5.
4. Centeno C., Clark D., Lynch T. et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force // Palliative Medicine. - 2007. – Vol. 21. – P. 463-471.
5. Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. Приняты Комитетом Министров 12 ноября 2003 года на 860 заседании уполномоченных представителей министров./Перевод Е.С. Введенской. Н., Нижегородская государственная медицинская академия, Нижегородская областная общественная организация «Паллиативная помощь», 2003. – С. 6.
6. Stjernsward J., Clark D. Palliative Medicine: A global perspective, In Doyle D., Hanks G., Cherny N., Calman K. (eds.). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2004. – p. 1197-1224.
7. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual. National Institute for Health and Clinical Excellence. -2004. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.
8. Jünger S., Pestinger M., Elsner F. et al. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams // Palliative Medicine. - 2007. – Vol. 21. – P. 347-354.
9. Schroder C., Seely J.F. Pall-Connect: a support network for community physicians // J. Palliat. Care. - 1998. – Vol. 14. – P. 98-101.
10. Mitchell G., Price J. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model // Aust. Fam. Physician. -2001. – Vol. 30. – P. 59-62.
11. Ferris F.D., Balfour H.M., Bowen K. et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice // J. Pain Symptom Manage. -2002. – Vol. 24. – P. 106-123.

## Тұжырым

## Summary

**Д.Р.Кайдарова, Г.А.Афонин, Г.Ж.Кунирова, С.Субраманян, А.К.Абабакиев**  
**Қазақтың онкология және радиология ғылымизерттеу институты**  
**С. Д. Асфедияров атындағы Қазақтың Ұлттық медициналық университеті**  
**«Қатерлі ісікке қарсы біргеміз» қоғамдық фонды.**  
**Денсаулық сақтау басқармасының Алматылық онкологиялық орталығы**  
**Қазақтың үздіксіз білім беру медициналық университеті Евразиялық онкология федерациясы (Мәскеу, РФ)**  
**Емгекке лайық онкологиялық науқастарға ұлттық стратегия бойынша паллиативтік көмек көрсету деградациялық желілерді дамыту**

**D.R.Kaidarova, G.A.Afonin, G.Zh. Kunirova, S.Subramanian, A.K.Ababakriev**  
**Endoscopic endolaryngeal microsurgery in the treatment of precancer lesions and early forms of cancer of the throat**

**Kazakh institute of oncology and radiology**  
**Kazakh national medical institute S.D.Asfendiyarov**  
**Kazakh association of palliative care**  
**European federation of oncology**  
**Almaty oncology center**  
**The Kazakh medical university of continuing education**

**АЙМАҚТЫҚ БӨЛІМШЕЛЕРДІҢ ДАМУЫ –**  
**ОНКОЛОГИЯДАҒЫ ПАЛИАТИВТІ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕГІ**  
**ҰЛТТЫҚ СТРАТЕГИЯНЫҢ БІР БӨЛІГІ**

**DEVELOPMENT OF REGIONAL NETWORKS AS THE**  
**PART OF NATIONAL STRATEGY OF PALLIATIVE CARE IN**  
**THE ONCOLOGY**

Паллиативті көмек көрсету қызметі көп салалы болып табылады. Паллиативті көмек көрсету қызметін қолайлы атқару үшін аймақта стационар алмастыру бөлімі бар ұйымдардың болғаны қажет. Жазылмайтын онкологиялық науқастарға дер кезінде сапалы көмек көрсету мақсатында аймақтық паллиативті көмек көрсету бөлімшелердің дамуы ұлттық денсаулық сақтау стратегиясының бір бөлігі болып табылу керек.

The service of palliative care is multilevel. For efficient functioning of system of palliative care in this region requires existence of various organizational forms with obligatory presence of hospital-replacing types of the help. Development of regional networks of the palliative care's organizations has to become a part of national strategy of health care for the purpose of rendering the most high-quality and well-timed treatment of such heavy category of patients as incurable oncological patients.

Түйінді сөздер: онкологиялық науқастар, паллиативті көмек, аймақтық бөлімшелер, стационар алмастыратын көмек.

Keywords: oncological patients, palliative care, regional networks, hospital-replacing help.