



**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская  
медицинская академия»**

**ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС**

**Дисциплина: «Паллиативная помощь и онкология»  
Специальность: 09130200 «Акушерское дело»  
Квалификация: 4S09130201 «Акушер»**

Курс: 3  
Семестр: 5  
Форма контроля: Д/зачет  
Общая трудоемкость часов КЗ: 48/2  
Аудиторные занятия: 8

**Шымкент, 2024 г.**

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 ( ) 2 стр из 20

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине «Паллиативная помощь и уход за больными онкологического профиля»

Преподаватель: Мәди Ә.Қ.

Специальность: 09130200 «Акушерское дело»

Квалификация: 4S09130201 «Акушер»

Лекционный комплекс утвержден на заседании кафедры «Сестринское дело-2»

«27» 08 2024 г.

Протокол № 1

Заведующая кафедрой «Сестринское дело-2» Айбекова Г.Н.

ONTÚSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 ( ) 3 стр из 20

## Лекция №1

**4.1. Тема:** Введение. Понятие паллиативной медицины. Основные цели и задачи паллиативной помощи.

**4.2. Цель:**

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимания роли и ответственности врача в обществе.

**4.3. Тезисы лекции:**

**Паллиативная медицина (ПМ)** занимается неизлечимыми больными, помогая жить максимально активно и чувствуя себя удовлетворительно. Главная задача паллиативной помощи — облегчение проявлений болезни для улучшения жизни пациента и его близких. В онкологии паллиативная помощь имеет более широкое наполнение, фактически это весь спектр медицинских мероприятий при неоперабельных новообразованиях.

Суть паллиативной медицины — в защите пациента от боли, физических и психологический страданий, а в онкологии это ещё и максимально возможное восстановление с продлением жизни и позитивным её качеством. При невозможности радикальной операции лекарственная терапия решает сугубо паллиативную задачу — избавление от неприятных симптомов болезни, что зачастую выливается в существенное продление жизни и возвращение пациента к активной деятельности.

Паллиативная помощь оказывается амбулаторно, в режиме круглосуточного или дневного стационара. Ответственность за ее своевременное оказание находится на государстве, органах здравоохранения, общественных институтах. Кабинеты, направленные на оказание помощи пациентам с неизлечимыми диагнозами, создаются при многих хосписах и больницах.

В них:

- производят наблюдение за общим здоровьем пациента;
- выписывают лекарства;
- выдают направления в стационарные медицинские учреждения;
- направляют пациентов на консультацию к врачам;
- консультируют;
- проводят меры, направленные на улучшение эмоционального состояния пациента.

При работе с детьми во внимание принимается и состояние родителей. Главной задачей выступает предоставление возможностей для полноценного общения, обеспечения малышу хорошего настроения. Поскольку малыши чувствуют боль в несколько раз острее, чем взрослые, главным принципом является использование любых законных методов, направленных на облегчение общего состояния пациента. Паллиатив для взрослых и детей оказывается на основе принципов соблюдения моральных и этических норм, уважительного и гуманного отношения к больному и его родственникам.

В паллиативной помощи нуждаются не только онкологические больные в терминальной стадии рака, но и тяжелые пациенты с заболеванием любого профиля:

- последняя стадии хронической болезни, когда невозможно «ни есть, ни пить» без посторонней помощи;
- необратимые последствия инсультов, неврологических заболеваний и разнообразных деменций;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 ( ) 4 стр из 20

- снижение до полного прекращения функционирования органа или системы органов, как при тяжелой сердечной, почечной и печеночной недостаточности;
- с лишающими движений последствиями травм.

Медицина должна возвращать здоровье и приостанавливать развитие болезни, паллиативная — всемерно с помощью медицинских манипуляций и лекарственных средств облегчает жизнь и уменьшает страдания.

### **Принципы паллиативной помощи**

Паллиативная медицина руководствуется принципами общечеловеческой и религиозной морали. Три десятилетия назад Всемирная организация здравоохранения закрепила принципы паллиативной помощи:

- \*признание смерти таким же естественным процессом, как и жизнь, что должно нести душевное успокоение смертельно больному;
- \*не стараться ускорить или отдалить смерть, просто помогать достойно жить;
- \*сохранение и поддержание активности пациента сколь возможно долго, отдаляя момент физической и психической немощи;
- \*эффективная помощь невозможна без участия специалистов разных медицинских профилей;
- \*семья больного нуждается в поддержке и требует психологической подготовки к неизбежной утрате.

### **Цели и задачи помощи**

Цель паллиативной помощи — дать каждому смертельно больному достойную жизнь на конечном её отрезке.

В мире развитость паллиативной медицины на уровне государства определяется процентом обеспечения наркотическими анальгетиками нуждающихся в обезболивании. Отсюда и задача государства — обеспечение полной доступности наркотических анальгетиков. Не спасающая от смерти химиотерапия нарушает один из принципов ВОЗ — нельзя отдалить смерть, поскольку цель клинического исследования противоопухолевого лекарства — увеличение продолжительности жизни в сравнении со стандартом, к примеру, с наиболее эффективной при заболевании комбинацией цитостатиков.

При метастазах химиотерапия уменьшает негативные симптомы болезни и добивается регрессии новообразований с долгой ремиссией без проявлений или с минимальными признаками рака. Тем не менее, химиотерапия и другие нелекарственные — малоинвазивные способы уменьшения опухолевого поражения всё-таки нерадикальны, потому что не возвращают здоровья и не избавляют от смерти в результате прогрессирования злокачественного процесса.

**Задача паллиативной помощи** — эффективно и профессионально помогать каждому пациенту жить активно и без страданий, при возможности продлить его жизнь, соблюдая его интересы и даря ему необходимое внимание.

Поскольку главная задача паллиативной помощи в государственном аспекте — обезбоживание, все медицинские структуры нацелены именно на медикаментозное купирование болевого синдрома. Основной спектр паллиативных операций и малоинвазивных вмешательств возлагается на обычные онкологические отделения, где нет реальной возможности оказания такого рода медицинских услуг.

Паллиативная медицина помогает жить и продляет жизнь онкологическим пациентам, она должна быть полноценной и может быть полноформатной, без урезания по «финансовым соображениям». Любое заболевание может привести к смерти, но

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ( )
Лекционный комплекс		5 стр из 20

подготовка к смерти — не главное в паллиативной медицине, главное — активная и качественная жизнь как можно дольше.

Стандарты паллиативной помощи предусматривают следующие аспекты:

- Каждый пациент имеет право выбрать место и способ оказания ему паллиативной помощи;

- Постоянное взаимодействие как с больным, так и с близкими людьми, осуществляющими уход за ним. При этом следует избегать резкой смены лечения без согласования с пациентом;

- Необходимо постоянно осуществлять мониторинг состояния пациента и, если потребуется, корректировать схему лечения.

Многие неизлечимые больные «уходят в себя», социально изолируются, избегают контактов. Но доброжелательное, корректное общение улучшает качество оказания медпомощи.

Для оказания полноценной психологической и духовной поддержки задействуются психологи, социальные работники, волонтеры, религиозные служители.

**4. 4. Иллюстративный материал:** 15-20 слайдов

**4. 5. Литература:**

На последней странице

**4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)**

1. Принципы паллиативной помощи;
2. Цели и задачи помощи.

## 2-лекция

**4.1. Тема:** Принципы оказания паллиативной помощи и сестринского ухода.

**4.2. Цель:**

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

**4.3. Тезисы лекции:**

Основные принципы паллиативной помощи:

— любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь;

— главный приоритет – не продолжительность, а качество жизни: уменьшение страданий и стремление к максимальному комфорту и самостоятельности пациента;

— индивидуальный подход к пациенту с учетом его потребностей и социального статуса;

— поддержка не только пациента, но и его близких как во время болезни, так и после смерти.

Люди, сталкивающиеся с тяжелыми заболеваниями, которые не удается излечить, часто замыкаются в себе, теряются. Понимание того, что жизнь стремительно уходит иногда причиняет вреда и страданий больше, чем опухолевые или другие заболевания, поэтому больной нуждается не только в квалифицированной медицинской помощи, но и участии, а также организации быта, решении социальных проблем.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИАСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 ( ) 6 стр из 20

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на улучшения качества жизни тяжелобольных пациентов. Врачи и медсестры, психологи и священнослужители, волонтеры и социальные работники стараются облегчить участь обреченного человека – уменьшить как физические страдания, за счет применения наркотических обезболивающих, так и душевные; максимально улучшить качество жизни больного. Паллиативная сестринская помощь играет особую роль. Довольно часто пациенту сложно довериться родным, так как он переживает, что разговорами о своей боли только огорчает их, расстраивает. С врачом больной общается редко – и во время приема много не расскажешь, особенно о душевном состоянии. Сестринский уход предполагает ежедневные визиты и частое общение, поэтому именно медсестры могут и выслушать пациента, и заметить изменения в состоянии пациентов.

Сестринское дело – обязанности при паллиативном уходе

В обязанности медицинской сестры при работе с тяжелобольными пациентами входит не только своевременное введение лекарственных препаратов, но и:

- постоянный мониторинг состояния подопечного, в том числе и отслеживание болевого синдрома;
- отслеживание основных симптомов – тошноты и других расстройств в работе ЖКТ, головокружения, помутнения ясности сознания и других;
- профилактика осложнений, вызванных малоподвижным образом жизни;
- психологическая и эмоциональная поддержка родственников и близких;
- общий уход за подопечным;
- обучение пациента, а также его близких способам помощи.

Длительное время при изучении сестринского дела не включались в программу вопросы, связанные с предоставлением именно паллиативной помощи. Такие медицинские услуги значительно отличаются от обязанностей медсестры. В частности, сестринский персонал должен уметь наблюдать, выявлять более важные аспекты для пациентов, при этом учитывать особенности характера больного, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующих недугов.

### **Правила и принципы**

В рамках оказания сестринской помощи каждый работник должен:

- уважать жизнь;
  - понимать неизбежность смерти;
  - разумно использовать имеющиеся средства;
  - добродушно относиться ко всем пациентам;
  - уважать мнение и решение больного, в том числе касающееся лечения и питания.
- Паллиативные больные, несмотря на оказание поддержки, имеют целый ряд психотерапевтических проблем: они испытывают собственную беспомощность, вину и беспокойство. Однако самое неприятное чувство – это страх. Страх боли, приближающейся смерти, наркотической зависимости.

Потому медсестры, которые предоставляют паллиативную помощь, должны знать основы психотерапевтического общения, а также уметь обучить методам присмотра родственников больного. Их задача своевременно информировать, предоставлять рекомендации и обучать близких пациента. В сестринском деле очень много аспектов, поэтому в оказании паллиативной поддержки должны принимать участие не просто сотрудники имеющие соответствующее образование, но и хорошо владеющие навыками психотерапевтического общения, то есть это далеко не те медработники, которые являются помощниками врача и имеют ограниченную профессиональную самостоятельность.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 ( ) 7 стр из 20

Правильно подобранный терапевтический комплекс, прекрасный уход, хорошее питание, нежное отношение, и болезнь словно дает человеку отпуск. Надолго ли? В паллиативной медицине говорят осторожно: скорее месяцы, чем годы, дни - чем недели. Иногда речь идет о часах. Цель общего ухода - создание максимально комфортных условий для пациента. Медицинская сестра составляет план ухода, в котором учитываются привычки и пожелания больного. Хороший уход в паллиативной помощи является важным психологическим фактором, влияющим на настроение больного, желание жить, облегчает общение и взаимопонимание. Основными целями постоянного ухода являются: облегчение страданий больного от болей и других мучающих симптомов; психологическая помощь больному; создание системы поддержки больного, помогающей ему жить настолько возможно деятельно перед лицом надвигающейся смерти; психологическая помощь членам семьи больного во время болезни и после тяжелой утраты. При поступлении пациента в отделение паллиативной помощи или в стационар (хоспис) медицинская сестра составляет карту «предпочтений пациента». В карте отражено, что и в какое время пациент выполняет: просыпается, умывается, бреется, когда принимает душ, какое время дня любит, любимое занятие, любимая еда и напитки, в какое время ложится спать, курение и др. В карте отмечается, нужна ли больному помощь в проведении гигиенических процедур и в приеме пищи. Медицинская сестра объясняет и показывает ему, как пользоваться предметами ухода, кнопкой вызова, совместно с пациентом вырабатывает распорядок дня. Составление такой карты облегчает планирование ухода, позволяет избежать дублирования в сборе информации, обеспечивает преемственность в проведении ухода. Задачи медицинской сестры при оказании паллиативной помощи. общий уход; контроль над синдромами и симптомами; психологическая поддержка пациента и семьи; обучение пациента и семьи приемам само- и взаимопомощи. Этого можно достичь, если будет обращено внимание на решение следующих основных потребностей и проблем больного: облегчение боли и смягчение других тягостных симптомов; психологическая и духовная поддержка пациента; поддержание у пациента способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти; создание системы поддержки в семье больного во время болезни и после кончины пациента; ощущение принадлежности семье (больной не должен чувствовать себя обузой); любви (проявления внимания к пациенту и общение с ним); понимание (идущее от объяснения симптомов и течения болезни и возможности поговорить о процессе умирания); принятие больного в обществе других людей (независимо от его настроения, общительности и внешнего вида); самооценка (обусловленная участием больного в принятии решений, особенно если возрастает его физическая зависимость от окружающих, когда надо найти возможность для больного не только получать, но и давать). Таким образом, качество и эффективность организации, применения и управления паллиативной помощью зависит от оптимального подбора кадров для работы в междисциплинарном коллективе, а также от его специализированного обучения и квалификации; от мобильности и полноценности межведомственного сотрудничества и партнерства, от оптимального выделения и перераспределения ресурсов (финансовых, материальных, кадровых и др.). А самое главное – желание людей обеспечить терминальных больных и умирающих медицинской помощью и уходом, реализовав на деле тем самым принцип гуманности нашей медицины и основной принцип общечеловеческой этики.

**4. 4. Иллюстративный материал:** 15-20 слайдов

**4. 5. Литература:**

На последней странице

**4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)**

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 ( ) 8 стр из 20

1. Правила и принципы оказания паллиативной помощи;
2. Основные цели постоянного сестринского ухода.

### 3-лекция

**4.1. Тема :** Стандарт организации паллиативной помощи населению Республики Казахстан.

**4.2. Цель:**

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

**4.3. Тезисы лекции:**

В соответствии с [пунктом 2](#) статьи 126 Кодекса Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020 "О здоровье народа и системе здравоохранения" Министром здравоохранения Республики Казахстан утвержден стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи

Стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи составлен из 8 глав:

Глава 1. Общие положения

Стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи разработан в соответствии с [пунктом 2](#) статьи 126 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и устанавливает требования и правила к процессам организации оказания паллиативной медицинской помощи.

1. Паллиативная медицинская помощь оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) по перечню заболеваний, определяемому уполномоченным органом согласно подпункту 7) [пункта 3](#) статьи 196 Кодекса, добровольного медицинского страхования, на платной основе, за счет средств благотворительных организаций.

2. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях, а также на дому оказывается медицинскими, а также неправительственными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность на амбулаторно-поликлиническую, либо стационарную помощь и (или) стационарозамещающую помощь взрослому и (или) детскому населению в соответствии с [Законом](#) Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях".

3. Штаты медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, устанавливаются в соответствии с нормативами обеспеченности регионов медицинскими работниками, утвержденными согласно подпункту 39) статьи 7 Кодекса.

4. Обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи предусматривается не менее 10 коек на 100 000 населения.

**Глава 2. Структура организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь**

5. Паллиативная медицинская помощь осуществляется в специализированных структурных подразделениях (отделениях, палатах, койках) организаций здравоохранения, самостоятельных специализированных медицинских организациях (больницах сестринского ухода, хосписах) в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому, в том числе с использованием мобильных бригад.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 ( ) 9 стр из 20

6. Организации паллиативной медицинской помощи создаются в районных и областных центрах, городах республиканского значения и столице.

### **Глава 3. Задачи и направления деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь**

7. Основными задачами и направлениями деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, являются:

- 1) организация мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями (состояниями);
- 2) облегчение боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента при отсутствии показаний к проведению радикального лечения (инкурабельные пациенты);
- 3) обеспечение сестринского ухода за неизлечимо больным пациентом;
- 4) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;
- 5) оказание персоналом медицинской организации психологического и социально-правового консультирования членов семьи пациента.

8. При оказании паллиативной медицинской помощи для поддержки пациентов и членов их семей в хосписе (отделении) и на дому предусматриваются должности социального работника и психолога.

Социальный работник осуществляет содействие в госпитализации, сопровождение пациентов в медицинские организации, обучение членов семьи пациента основам ухода, организацию и проведение медико-социального обследования, консультирование по социальным вопросам.

Психолог осуществляет социально-психологический патронаж, психологическую поддержку пациентов и совместно проживающих членов их семьи, поддержку в период смерти близкого человека, экстренную психологическую помощь.

### **Глава 4. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях**

9. Паллиативная медицинская помощь оказывается на районном, городском, областном уровнях, а также в городах республиканского значения и столице с соблюдением принципов преемственности на всех этапах ее оказания и непрерывности наблюдения: на приеме врача, в дневном или круглосуточном стационаре, при вызове медицинского работника, МБ, активном патронаже медицинскими работниками, организации лечения на дому.

10. Врач, оказывающий паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому, осуществляют: прием, осмотр, составление плана паллиативной медицинской помощи, ее оказание, назначение выписки лекарственных средств, выполнение процедур и манипуляций, ведение учетной и отчетной документации в области здравоохранения, утвержденной согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса.

11. Для оказания паллиативной медицинской помощи пациенту в медицинских организациях областного уровня, а также в городах республиканского значения и столице создается МДГ.

В состав МДГ входят: врачи (врачи), профильные специалисты (онколог, фтизиатр, инфекционист, педиатр), средний (средние) медицинский (медицинские) работник (работники), психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник). Состав МДГ утверждается внутренним приказом медицинской организации.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 ( ) 10 стр из 20

МДГ проводит комиссионное обсуждение оказания паллиативной медицинской помощи пациенту после изучения его медицинских документов, результатов клинко-диагностических обследований и консультирование пациентов и специалистов медицинской организации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, включая:

- 1) оценку физического и психологического состояния пациента;
- 2) составление и коррекцию индивидуального плана;
- 3) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств;
- 4) расчет дозировки лекарственных препаратов с определением плана их введения, в том числе назначение и применение ненаркотических, а также лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества пациентам, согласно клиническим протоколам;
- 5) ведение учетной и отчетной документации, внесение данных в медицинские информационные системы организации.

Врач МДГ при выписке оформляет статистическую карту выбывшего из стационара по форме, утвержденной согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, где указываются проведенный объем диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению, а также основам ухода на дому. Электронная версия выписки высылается в организацию ПМСП по месту прикрепления (фактического проживания).

При выписке из стационара, а также первичном установлении показаний для паллиативной медицинской помощи информация о больных, нуждающихся либо получающих паллиативную медицинскую помощь, вносится в медицинскую информационную систему медицинской организации профильным специалистом или врачом ПМСП.

В случаях, если пациент проходил лечение в медицинской организации, оказывающей специализированную или паллиативную медицинскую помощь в стационарных или стационарозамещающих условиях, за пределами административно-территориальной единицы, где он прикреплен, при выписке пациенту, получающему лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, и нуждающемуся в продолжении лечения на дому, выдаются одновременно с выпиской из истории болезни лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества в соответствии с Правилами использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 января 2015 года № 32.

12. Показаниями для госпитализации неизлечимо больных пациентов в организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, являются:

- 1) необходимость подбора или коррекция поддерживающей, противоболевой терапии в условиях круглосуточного наблюдения для последующего перевода больного на лечение в амбулаторных условиях;
- 2) необходимость симптоматического лечения тяжелых проявлений заболевания (состояния) в условиях круглосуточного наблюдения;
- 3) необходимость проведения медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных, стационарозамещающих условиях, в том числе на дому.

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 ( ) 11 стр из 20

13. В условиях хосписа (отделения) к пациенту предоставляется круглосуточный доступ членов семьи и ухаживающих лиц.

14. Госпитализация больных в стационарозамещающие и стационарные условия, в том числе для оказания паллиативной медицинской помощи осуществляется через Портал бюро госпитализации.

### **Глава 5. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и на дому**

15. Врач ПМСП после получения информации о пациенте, нуждающемся или получающем паллиативную медицинскую помощь из числа прикрепленного населения, осуществляет:

- 1) плановое посещение (актив на дому 1 раз в месяц);
- 2) своевременный вызов мобильной бригады для оказания паллиативной медицинской помощи;
- 3) организацию своевременного получения паллиативной медицинской помощи в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому при наличии показаний;
- 4) оформление документов для проведения медико-социального обследования с целью первичного или вторичного освидетельствования при стойких нарушениях функций организма для дальнейшего установления инвалидности;
- 5) ведение учетной и отчетной документации, внесение данных в медицинские информационные системы организации.

При необходимости получения помощи на дому от пациента, прикрепленного к медицинской организации ПМСП и нуждающегося в паллиативной помощи, регистрируется заявка в медицинской информационной системе организации. После получения заявки врач ПМСП оценивает критичность срочности выезда.

При плановом осмотре врач ПМСП осуществляет активное посещение пациента на дому. Плановое посещение пациента на дому осуществляется врачом не менее 1 раза и не менее 4 раз средним медицинским работником в месяц.

16. Для лечения пациентов при наличии медицинских показаний используются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы купирования боли и других тяжелых проявлений заболевания (состояния).

17. Пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, обеспечиваются лекарственными препаратами, содержащие наркотические средства и психотропных вещества для облегчения боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента.

Деятельность медицинских организаций в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, которая осуществляется на основании соответствующих лицензий и (или) приложений к лицензиям, в соответствии с Законом Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях".

18. В случае приема пациентом лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства свыше трех месяцев, врач ПМСП выносит на рассмотрение врачебно-консультативной комиссии медицинской организации с участием МБ вопрос по дальнейшей противоболевой терапии.

19. Медицинские работники информируют пациента или его законных представителей о проводимом лечении, включая название медикаментов, показаний для назначения, дозировки, условий хранения, действий при обнаружении побочных эффектов, по соблюдению порядка и режима приема препаратов, условий продолжения лечения данным препаратом, позволяя ему участвовать в процессе принятия решения.

20. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь при гистологически

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> 1979	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 ( ) 12 стр из 20

неподтвержденном диагнозе, осуществляется по совместному решению МБ и ВКК медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

21. При наличии показаний и возможности самостоятельного посещения пациентом медицинской организации больному, на амбулаторном уровне паллиативная медицинская помощь оказывается на приеме или в стационарозамещающих условиях.

22. При отсутствии возможности самостоятельного посещения пациентом медицинской организации больному оказывают паллиативную медицинскую помощь на дому.

Показаниями для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях на амбулаторном уровне и на дому являются:

- 1) подбор или коррекция поддерживающей, противоболевой терапии;
- 2) симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния);
- 3) проведение врачебных манипуляций и сестринских процедур;
- 4) отсутствие хосписов, отделений (коек) для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.

23. При ухудшении состояния пациента, возникновении осложнений, оказание паллиативной медицинской помощи передается МБ.

#### **Глава 6. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи мобильными бригадами**

24. МБ предназначены для оказания паллиативной медицинской помощи (в том числе дистанционно) в амбулаторных условиях и на дому, формируются на базе любых медицинских организаций и утверждаются внутренним приказом медицинской организации.

25. Выезд МБ осуществляется врачебными бригадами или фельдшерскими (сестринскими) с использованием специализированного или неспециализированного автомобиля, обеспечивающего своевременную доставку бригады к месту обслуживания пациента с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований, в часы работы организации ПМСП.

В состав МБ входят: врач (врачи), средний (средние) медицинский (медицинские) работник (работники), психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник).

Первый выезд МБ осуществляет врач и (или) фельдшер в сопровождении медицинской сестры в течении суток после приема заявки. Последующие вызовы для оказания паллиативной медицинской помощи, связанные с данной заявкой, в зависимости от тяжести состояния и потребности пациента, осуществляются отдельными членами МБ.

Работа МБ осуществляется под руководством врача. В условиях ограниченных ресурсов, минимальный состав МБ включает врача (фельдшера) и медицинскую сестру, прошедших соответствующую подготовку по паллиативной помощи.

В целях повышения эффективности паллиативной помощи в МБ привлекаются другие медицинские специалисты, волонтеры.

26. МБ осуществляют:

1) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств на дому.

2) составление индивидуального плана ведения пациента и мониторинг за состоянием больного, в том числе с применением дистанционных медицинских услуг;

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 ( ) 13 стр из 20

3) назначение лекарственных препаратов, в том числе содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (в медицинской организации и на дому);

4) подбор или коррекцию поддерживающей, противоболевой терапии на дому;

5) проведение врачебных вмешательств и процедур сестринского ухода;

6) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

7) направление пациента при наличии показаний в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях.

27. В организации, оказывающей услуги МБ, предусматриваются в соответствии с назначением следующие помещения (зоны):

1) зона приема звонков бригадами (call-центр) и связи с выездными МБ;

2) помещение (зона) для хранения медицинского оснащения бригад, комплектации медицинских упаковок и текущего запаса медикаментов;

помещение (зона), оборудованное мойкой, для проведения санитарной обработки медицинских сумок, использованных инструментов и материалов; помещение для хранения запаса лекарственных препаратов.

#### **Глава 7. Порядок организации дистанционного оказания паллиативной медицинской помощи**

28. Дистанционные услуги для оказания паллиативной медицинской помощи оказываются согласно статье 129 Кодекса.

29. На амбулаторном уровне дистанционно оказываются следующие услуги:

1) мониторинг за состоянием больного;

2) консультирование пациентов членами МДГ;

3) выписка рецептов.

30. Работниками МБ дистанционно проводится консультирование членов семей и ухаживающих лиц по основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому.

31. Неизлечимо больным пациентам и членам их семей в дистанционной форме оказывается индивидуальное психологическое консультирование, а также консультирование социальным работником медицинской организации.

#### **Глава 8. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям**

32. Для обеспечения качества и непрерывности оказания паллиативной медицинской помощи детям соблюдается постоянное взаимодействие участников МДГ, МБ и специалистов ПМСП.

33. Заболевания, при которых детям оказывается паллиативная медицинская помощь:

1) заболевания, при которых радикальное лечение неэффективное;

2) заболевания, ограничивающие срок жизни, при которых интенсивное лечение улучшает качество жизни;

3) прогрессирующие заболевания, при которых паллиативная медицинская помощь оказывается с самого начала;

4) заболевания с развитием осложнений при неврологических расстройствах.

34. Ребенок обеспечивается психосоциальной помощью соответствующей его возрасту.

Психологическая поддержка семьи, братьев и сестер осуществляется при затянувшемся течение болезни.

35. Медицинский работник проходит соответствующее обучение оказанию паллиативной медицинской помощи в педиатрии.

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 ( ) 14 стр из 20

#### 4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

#### 4. 5. Литература:

На последней странице

#### 4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Структура организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь;
2. Задачи и направления деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь;
3. Порядок организации дистанционного оказания паллиативной медицинской помощи;
4. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям.

### 4-лекция

#### 4.1. Тема : Методы используемые в паллиативной медицины.

#### 4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимания роли и ответственности врача в обществе.

#### 4.3. Тезисы лекции:

Методы паллиативной медицины в онкологии

##### **Паллиативная хирургия**

Паллиативные хирургические вмешательства проводят при неоперабельных опухолях, чтобы улучшить состояние пациента. Например, хирург может удалить злокачественную опухоль, если она вызывает боль, кровотечение, перекрывает просвет полого органа. При этом рак не удаляют полностью: злокачественные клетки остаются в организме, человек по-прежнему болен, но его состояние улучшается.

В последнее время становятся всё более распространены малоинвазивные операции. Например, при опухолевой обструкции в клинике часто прибегают к стентированию. Стент – это полая трубка с сетчатой стенкой из металла или полимерного материала. Ее устанавливают в заблокированной опухолью участке органа, чтобы восстановить его проходимость. Стентирование проводят во время эндоскопических процедур, без разрезов на коже. Стенты можно устанавливать в разные органы: кишечник, пищевод, мочеточники, желчевыводящие, дыхательные пути.

##### **Паллиативная противоопухолевая терапия**

При поздних стадиях рака, когда имеется неоперабельная опухоль, метастазы, противоопухолевая терапия зачастую становится основным методом лечения. Как правило, она не может излечить пациента и привести к ремиссии, но помогает продлить жизнь, уменьшить симптомы, улучшить состояние. Революция в онкологии произошла с появлением таких современных противоопухолевых средств, как таргетные препараты, иммунопрепараты из группы ингибиторов контрольных точек. Если в опухолевых клетках есть определенные молекулы-мишени, то эти препараты действуют намного эффективнее классических химиопрепаратов, вызывают меньше побочных эффектов, пациенты лучше их переносят.

##### **Молекулярно-генетическое тестирование**

В настоящее время большое значение в онкологии приобретают молекулярно-генетические характеристики злокачественных опухолей. Зная об активирующих мутациях и присутствии в раковых клетках определенных белков-мишеней, врач может

ONTUSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 ( ) 15 стр из 20

назначить пациенту более эффективную терапию, которая существенно продлит жизнь и повысит ее качество:

Например, при меланоме на поздних стадиях химиопрепараты практически неэффективны, при этом часто вызывают выраженные побочные эффекты. А таргетные препараты и иммунопрепараты зачастую приводят к уменьшению злокачественного новообразования, симптомов, увеличивают продолжительность жизни.

При определенных молекулярных типах рака легкого и почки таргетные препараты эффективно уменьшают боль. Иногда на фоне терапии опухоль уменьшается настолько, что ее получается удалить хирургическим путем.

При раке молочной железы определение молекулярно-генетических характеристик опухоли всегда имеет важное значение. Правильно подобранное лечение на поздних стадиях нередко позволяет продлить жизнь на годы, и при этом женщина живет обычной жизнью, не испытывает симптомов.

При поздних стадиях рака паллиативную противоопухолевую терапию назначают на неограниченно долгий срок. Пациент периодически проходит курсы лечения. Но со временем всегда развивается резистентность: опухоль становится устойчивой к препаратам и начинает снова прогрессировать. Однажды может возникнуть ситуация, когда уже не помогает ни одна стандартная схема лечения из протоколов. И в таких случаях молекулярно-генетическое тестирование тоже может помочь. Современный метод секвенирования нового поколения (NGS) позволяет «прочитать» ДНК опухолевых клеток, найти их уязвимые места и подобрать для пациента персональную терапию.

В клинике выполняются все виды генетических анализов при онкозаболеваниях.

#### **Химиоэмболизация опухолей**

При некоторых типах злокачественных опухолей проведение системной химиотерапии затруднено. Чтобы достичь нужной концентрации препарата в опухолевой ткани, нужно применять высокие дозы, а это грозит серьезными побочными эффектами. Например, это распространенная проблема при раке печени.

К счастью, есть методики, которые помогают доставить химиопрепарат непосредственно в опухоль и минимизировать его попадание в кровоток. К ним относится внутриартериальная химиотерапия – когда препарат вводят в кровеносный сосуд, питающий опухоль. Усовершенствованным видом этой методики является химиоэмболизация – когда вместе с химиопрепаратом в питающий опухоль сосуд вводят специальные эмболизирующие частицы. Они перекрывают просвет сосуда, нарушают приток крови и тем самым вызывают гибель опухолевых клеток.

В частности, при раке печени химиоэмболизация помогает: продлить жизнь больного на месяцы, а иногда и на годы; подарить больному, которому показана трансплантация печени, время, чтобы он мог дождаться донорского материала.

#### **Радиочастотная абляция метастазов под контролем КТ (РЧА)**

В некоторых случаях пациенту противопоказана операция и лучевая терапия, возможности противоопухолевой терапии исчерпаны, но с заболеванием нужно бороться. При небольших опухолевых очагах оптимальным решением зачастую становится радиочастотная абляция, сокращенно РЧА. Во время процедуры в опухолевый узел под контролем компьютерной томографии вводят иглу-электрод и подают на нее электрический ток. Он буквально «сжигает» раковые клетки, не затрагивая окружающую здоровую ткань. Преимущества РЧА перед операцией в том, что это малоинвазивное вмешательство. Во время него вместо разреза делают всего один прокол иглой. Восстановительный период существенно короче, а эффект постепенно развивается в течение нескольких месяцев. РЧА применяют в определенных случаях при различных онкопатологиях: раке печени, почек, легкого, надпочечников, простаты, костей.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 ( ) 16 стр из 20

### **Имплантация венозных инфузионных порт-систем**

При поздних стадиях рака химиотерапию обычно приходится проводить длительно, причем зачастую препарат нужно вводить внутривенно. Частые инъекции причиняют пациентам сильный дискомфорт. Химиопрепараты при повторных введениях повреждают эндотелий (внутреннюю выстилку) вен, приводят к воспалению (флебиту), образованию тромбов.

Чтобы избежать этих проблем, в клинике применяют инфузионные порт-системы (венозные порты). Такой порт представляет собой небольшой резервуар, напоминающий по форме монету. Его подшивают под кожу, обычно в верхней части груди, и соединяют тонкой трубочкой – катетером – с венозным сосудом. Одна из стенок порта представлена мембраной и после имплантации находится прямо под кожей. В дальнейшем, чтобы ввести препарат, нужно просто проколоть кожу и мембрану специальной иглой. Порт полностью находится под кожей, не заметен внешне, не требует специального ухода и не мешает носить одежду, мыться. Это позволяет пациенту комфортно переносить курсы длительного лечения и снижает риск развития осложнений из-за внутривенного введения препаратов.

### **Нейролизис**

Медикаментозные препараты, в том числе наркотические анальгетики, не всегда помогают справиться с упорным мучительным болевым синдромом. В таком случае показано хирургическое вмешательство. Проводят нейролизис (невролиз) – разрушение нервных структур, ответственных за болевую импульсацию. Разрушить болевой нервный путь можно разными способами:

Химический нейролизис предусматривает использование различных веществ, обычно этанола.

Криодеструкция – разрушение нерва холодом.

Радиочастотная абляция – этот метод был описан выше. Как и опухолевые очаги, нерв, ответственный за болевые импульсы, можно разрушить током высокой частоты.

Обычно во время нейролизиса не нужно делать разрезов. На нервные структуры воздействуют с помощью иглы, введенной под контролем УЗИ или КТ через кожу (транскutánный нейролизис) или стенку внутренних полых органов, например, желудка (трансгастральный нейролизис). Например, в онкологии часто прибегают к нейролизису чревного сплетения, в частности, при болях, вызванных злокачественными опухолями поджелудочной железы. Это позволяет добиться стойкого обезболивающего эффекта и не принимать постоянно наркотические анальгетики.

#### **4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов**

#### **4. 5. Литература:**

1. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь: Краткое руководство. - Архангельск, 2016. - 192 с.
2. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянцеv Н.Е. и соавт. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие. - Ульяновск. - УлГУ. - 2014. - 48 с.
3. Новиков Г.А., Осипова Н.А. Лечение хронической боли онкологического генеза // Учебное пособие - Москва, 2015. - 82 с.
4. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2013. - 240 с.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации // Российский онкологический журнал. - 2016. - N 1. - С. 5 - 12.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 ( ) 17 стр из 20	

6. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебнопрофилактической помощи населению // Учебное пособие. - Москва, 2018. - С. 357-380.

#### **Дополнительная литература**

1. Приложение к журналу «Сестринское дело» «Паллиативная помощь. Медико-социальные принципы и основы сестринского ухода». Выпуск №3 (11) 2018 г.
2. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Перевод с англ. - Киев: «София», 2016.
3. Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь. Краткое руководство ГИПП, «Искусство России» Санкт-Петербург, 2018.
4. Проблема прав тяжелобольных и умирающих в отечественном и зарубежном законодательствах. Под ред. Академика РАМН Ю.Л.Шевченко. - М.: Изд.дом «ГЭОТАР - МЕД», 2018.
5. Российско-французская конференция по паллиативной медицине. «Тяжелобольной ребенок: психология, этика, контроль боли, реабилитация». Москва, 2019.
6. Сондерс С. Помощь умирающим. Здоровье мира, №11, 2012.

#### **4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)**

1. Паллиативная хирургия. Паллиативная противоопухолевая терапия;
2. Химиоэмболизация опухолей;
3. Молекулярно-генетическое тестирование;
4. Радиочастотная абляция метастазов под контролем КТ (РЧА).

<p> ONTÚSTIK-QAZAQSTAN  <b>MEDISINA</b>  <b>AKADEMIASY</b>  «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL</b>  <b>ACADEMY</b>  АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия» </p>
<p> Кафедра «Сестринское дело-2»  Лекционный комплекс </p>		<p> 80-11-2024 ( )  18 стр из 20 </p>

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	 <p>SKMA -1979-</p>	<p>SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс</p>		<p>80-11-2024 ( ) 19 стр из 20</p>

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	 <p>SKMA -1979-</p>	<p>SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс</p>		<p>80-11-2024 ( ) 20 стр из 20</p>