

УДК 616–08–039.75
ББК 51.12

Современные тенденции долговременного ухода за пациентами общетерапевтического профиля

Комаров А.Н.

Комаров А.Н. – доцент кафедры адаптивной физической культуры и рекреации РГСУ, кандидат медицинских наук. Руководитель Национального центра развития технологий социальной поддержки и реабилитации «Доверие». ORCID ID: 0000–0001–5373–4006. SPIN-код: 2367–9035. AuthorID: 701939. Адрес: Россия, 127051 г. Москва, Лихов пер., д. 10. Email: prof_komarov@mail.ru

Аннотация

В условиях современного развития медицины и общества, скорости передвижения и цифровых технологий вопрос долго-срочного ухода за пациентами паллиативного профиля и просто людьми старческого возраста становится все более актуальной проблемой. Число таких пациентов и подопечных пожилых растет с каждым днем, а люди, нуждающиеся в ассистивных технологиях, живут дольше. Споры о долгосрочном уходе со стороны политиков и представителей общественности в течение последних трех десятилетий продолжают расти. Все больше специалистов в области управления здравоохранением сталкиваются с дилеммой о том, как отвечать потребностям пациентов, нуждающихся в длительном уходе. Среди нерешенных вопросов остаются стоимость долгосрочного ухода и необходимость его бюджетирования и планирования; бремя долгосрочного ухода за отдельными лицами, семьями и обществом и качество медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь, паллиативная помощь, социальная реабилитация, внестационарная помощь, маршрутизация, реабилитационный потенциал, нутритивная поддержка, система реабилитационная кинетическая.

Abstract

In the conditions of modern development of medicine and society, speed of movement and digital technologies are a matter of long-term care for palliative patients and simply the problem of senility is becoming more and more urgent problem. Number of such patients and elderly wards growing every day, and people in need of support technology, move on. Disputes about long-term care by politicians and members of the public during the past three decades have continued to grow. More and more healthcare management professionals face a dilemma about how to meet the needs of patients, needs long-term care. Among the outstanding issues what remains is the cost of long-term care and the need for it budgeting and planning; the burden of long-term care individuals, families, and society, as well as the quality of medical care.

Keywords: medical care, palliative care, social rehabilitation, non-stationary care, routing, rehabilitation potential, nutritional support, kinetic rehabilitation system

«Постарение» населения привело к неуклонному росту числа пациентов с прогрессирующей сердечно-сосудистой коморбидностью и, как следствие, к нерешенности важнейшей медико-социальной проблемы современного мира – увеличение инвалидизации, прежде всего от таких болезней системы кровообращения, как инсульт или инфаркт. По данным Росстата, в Российской Федерации ежегодно от болезней системы кровообращения умирает более 1 млн человек (1 151 900 в 2010 г., 1 076 458 в 2011 г.), в т. ч. от цереброваскулярной патологии (568 182 в 2011 г.) и ишемической болезни сердца (332 804 в 2011 г.). Другой проблемой современного общества стал рост инвалидизации вследствие не только сердечно-сосудистых катастроф, но и травматизма. Сегодня в нашей стране почти 1 млн инвалидов трудоспособного возраста с травматическими повреждениями спинного мозга, восстановление которых значительно затруднено ввиду как анатомического дефекта, так и выраженного дефицита реабилитационных центров, оказывающих качественную специализированную медицинскую помощь. При этом ежегодно численность лиц, впервые признанных инвалидами по причине

последствий травм и других внешних воздействий, увеличивается на 50 000 человек. Прогрессирующий рост числа пациентов с различной неврологической и терапевтической патологией приводит к постоянно увеличивающимся расходам бюджета на лечение и реабилитацию и обуславливает необходимость разработки и внедрения рациональных программ реабилитации. Ухудшение основных медико-демографических показателей здоровья населения Российской Федерации диктует необходимость поиска наиболее эффективных и экономически обоснованных подходов к организации системы долговременной поддержки и реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями (в том числе и лиц с ограниченными физическими возможностями).

Люди, нуждающиеся в долгосрочном уходе, также нуждаются в первичной медико-санитарной и неотложной помощи, когда они болеют, но эти временные эпизодические услуги направлены на лечение болезни или восстановление пациента до его обычного состояния. Feder и Lambrew (1996) обнаружили, что в США среди 5 миллионов пациентов, имеющих потребности в долгосрочном уходе, измеряемые ограничениями

в трех или более (??) по шкале ADL, средние расходы в году составили 8960 долл. по сравнению с 2835 долл. для пациентов без ухода. При этом 51% расходов приходилось на стационарное лечение, 28% – на визиты врачей и амбулаторный прием и 21% – на оказание квалифицированной медицинской помощи. Преобладающей стратегией долгосрочного ухода является интеграция ухода в повседневную жизнь пациентов пожилого и старческого возраста с функциональными ограничениями с целью улучшения качества жизни клиента. Одной из причин условных границ между долгосрочным лечением и различными этапами оказания медицинской помощи – неотложной, госпитальной и реабилитационной – является смешение обязанностей и времени их оказания. Все чаще высокотехнологичная реабилитация, ранее предоставлявшаяся в больницах, оказывается в негоспитальных условиях, традиционно используемых для долгосрочного ухода, таких как квалифицированные медицинские учреждения и частные дома. Трудно сказать, где прекращается медико-ориентированный уход и начинается долгосрочный уход. Должны ли медицинские вмешательства, такие как внутривенная медикаментозная терапия, длительная искусственная вентиляция легких и уход за раной, которые предоставляются в лечебном учреждении, в интернатном учреждении или на дому, рассматриваться как неотложная помощь, госпитальный или долгосрочный уход? Следует ли назначение лекарств для пациентов с хроническими нарушениями, включая введение инъекций и мониторинг неблагоприятных взаимодействий с лекарственными средствами, рассматривать как долгосрочный уход или постоянное медицинское обслуживание? Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), долговременный уход – это «система мероприятий, которые осуществляются неформальными помощниками (членами семьи, друзьями и/или соседями), ухаживающими за больными, и/или работниками здравоохранения и социальных служб, и направлены на то, чтобы обеспечить человеку с ограниченными возможностями в отношении ухода за собой как можно более высокое качество жизни в соответствии с его/ее предпочтениями, сохраняя все-таки в возможно большей степени его/ее самостоятельность, независимость, способность участвовать в происходящем, самореализацию и человеческое достоинство».

Цель создаваемой системы долговременного ухода состоит в обеспечении каждого человека, не полностью справляющегося с самостоятельным уходом, системой необходимой поддержки. Целевые группы системы долговременного ухода включают в себя несколько категорий:

- ♦ паллиативные пациенты;
- ♦ гериатрические пациенты;
- ♦ граждане РФ с инвалидностью;
- ♦ граждане РФ с психическими расстройствами, включая больных деменцией;

- ♦ маломобильные пациенты (необратимо и обратимо);
- ♦ граждане РФ, оказывающие надомную помощь нуждающимся.

В общем виде определение долговременного ухода не имеет возрастных ограничений и относится ко всем людям, имеющим те или иные функциональные нарушения, ограничивающие возможности самостоятельного ухода. Система долговременного ухода должна обеспечивать нуждающимся людям достойные условия жизни и гарантировать при наличии соответствующих показаний доступность всех форм медицинской и социальной помощи, в том числе на дому, полустационарной и стационарной, с осуществлением при этом постоянного контроля ее объема и качества, а также обеспечивать непрерывность помощи пожилым, преемственность и взаимосвязь всех ее составляющих, включая медицинскую и социальную помощь (диагностика, лечение, реабилитация, медико-психологическая поддержка, уход, социальная активность). Важным принципом выстраивания системы долговременного ухода является сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде, в связи с этим приоритетной формой обслуживания является предоставление ухода на дому, в том числе с применением стационарозамещающих технологий и различных форм сопровождения граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности.

Система долговременного ухода состоит из семи основных элементов:

- ♦ выявление реальной потребности в уходе и создание реестра нуждающихся в помощи (типизации);
- ♦ маршрутизация нуждающихся, стандартизация ухода;
- ♦ организация взаимодействия вовлеченных ведомств;
- ♦ квалифицированные кадры;
- ♦ инфраструктура (учреждения и пр.);
- ♦ надомный уход и поддержка семей;
- ♦ информирование.

В настоящий момент целостной системы долговременного ухода в Российской Федерации не существует – требуемые для нуждающихся уход и медицинское обслуживание осуществляются органами здравоохранения и социального обеспечения независимо друг от друга. Существующая на данный момент практика осуществления долговременного ухода характеризуется следующими проблемами:

- ♦ отсутствие системы прогнозирования потребностей в уходе – текущие оценки потребности не отражают реальную ситуацию;
- ♦ отсутствие единых принципов оценки состояния людей, нуждающихся в уходе, отнесения их в ту или иную группу и правил их дальнейшей маршрутизации, т.е. определения форматов и мест оказания ухода;
- ♦ отсутствие единых стандартов осуществления ухода;

- ♦ межведомственная разобщенность;
- ♦ отсутствие простого доступа к информации о пациентах для специалистов в различных сферах;
- ♦ недостаточность стандартных протоколов взаимодействия и коммуникации;
- ♦ отсутствие единых стандартов контроля процесса и результатов ухода; несбалансированность количества разных типов учреждений, обеспечивающих уход;
- ♦ острый дефицит кадров для обеспечения ухода;
- ♦ отсутствие единой системы обучения и переподготовки специалистов в области долговременного ухода;
- ♦ отсутствие системы поддержки родственников, осуществляющих уход;
- ♦ недостаточная информированность семей, задействованных в уходе, о возможности получения помощи.

Для эффективного функционирования системы долговременного ухода необходимо создать механизмы регулярного мониторинга потребности в долговременном уходе, нацеленные на максимально объективное выявление количественных показателей этой потребности. Данные механизмы должны быть ориентированы на решение следующих ключевых задач:

- ♦ среднесрочное и долгосрочное прогнозирование потребности в долговременном уходе на основе статистических данных для определения структурных изменений в системе долговременного ухода, необходимость в которых возникнет в будущем;
- ♦ выявление текущей потребности в долговременном уходе у конкретных людей, нуждающихся в уходе, но не всегда имеющих возможность заявить о своей нуждаемости.

Функционирующей системы прогнозирования потребностей в долговременном уходе в настоящий момент не существует, а текущие оценки потребности в долговременном уходе не отражают реальную ситуацию. Основными причинами этого являются:

- ♦ заявительный характер помощи, из-за чего в социальные учреждения реально обращается только часть людей, нуждающихся в помощи;
- ♦ отсутствие достаточной и качественной информации об оказываемой социальной помощи;
- ♦ стремление региональных властей выполнить распоряжения, данные Президентом правительству, ликвидировать до 2025 г. очереди в дома престарелых;
- ♦ общие социальные тренды, среди которых изменение психологии людей, предъявляющих более высокие требования к инфраструктуре социальных и медицинских учреждений и в целом системе помощи;
- ♦ увеличение количества людей, желающих получать современную квалифицированную помощь, оставаясь у себя дома.

В результате значительное количество граждан, реально нуждающихся в долговременном уходе, остаются вне зоны действия системы, а сама система

социальной защиты оказывается не готова к новым вызовам, обусловленным изменяющимися демографической и социальной ситуациями.

Существующий мировой опыт функционирования системы долговременного ухода предлагает уже многократно апробированный инструментарий решения поставленных задач:

- ♦ методика ВОЗ широко применяется в разных странах для оценки общей потребности в долговременном уходе;
- ♦ системы оценки нуждаемости в уходе представлены функциональными показателями ADL (Activities of Daily Living, «повседневные действия») и IADL («инструментальные повседневные действия»), которые представляют собой грамотные подходы к оценке функционального уровня и вариативности в функциональной нагрузке (variations in functional capacity). Есть тесты, которые измеряют когнитивные функции (MMSE), способность к самообслуживанию (тест Бартел) и даже риск возникновения пролежней (индекс Нортон).

Для модели системы долговременного ухода целесообразно определить:

- ♦ Методики оценки нуждаемости граждан в долговременном уходе.
- ♦ Перечень регулярно обновляемых статистических данных.
- ♦ Многоканальную систему мониторинга нуждаемости (социальные службы, органы здравоохранения, региональные органы ПФР, совет ВОВ, почта РФ, МВД, родственники и др.) с учетом демографической и географической специфики региона.
- ♦ Механизмы межведомственного взаимодействия.
- ♦ Состав необходимых для нормального функционирования системы мониторинга нормативных документов.

Это позволит на основе единых принципов оперативно оценить состояние пациента, чтобы в дальнейшем выбрать соответствующие методы ухода. Решение этой задачи возможно на основе активно используемых в мировой практике инструментов – функциональных показателей ADL и IADL, тестов Бартел, методов измерения когнитивных функций MMSE и других объективных шкал. Другой составной частью типизации является оценка социального статуса и финансового состояния пациента для определения потенциальной возможности осуществления долговременного ухода в домашних условиях, без помещения в стационар.

- ♦ Маршрутизация: определение методов ухода и мест его оказания на основе выявленных по результатам типизации потребностей (например, помещение в стационарное учреждение, организация социального обслуживания на дому, в т. ч. с привлечением службы сиделок, помещение в социальную семью, помещение на паллиативную койку в медицинскую организацию, организация поддержки неформального семейного (родственного) ухода и т. д.).

♦ Уход: протоколы и стандарты долговременно-го ухода для всех видов ухода, которые могут быть выбраны по результатам типизации потребностей. Данная стандартизация позволит не только обеспечить единый уровень обслуживания вне зависимости от социального статуса пациента и географии его положения, но и создаст реальную базу для оценки потребности в персонале, вовлеченном в системы долговременного ухода, и необходимом медицинском и реабилитационном оборудовании.

♦ Информирование: методы информирования населения о возможностях системы долговременного ухода и способах доступа к ней, а также обучение полезным навыкам, способным облегчить уход, пациентов системы долговременного ухода и людей их окружающих (членов семей, соседей и т. д.). Важной проблемой, требующей решения, является отсутствие единой и эффективной системы контроля качества осуществления долговременного ухода. На текущий момент нет действенного способа оценить качество предоставляемых услуг. Система социальной защиты в России недостаточно прозрачна, нет возможности контролировать качество услуг, как это делается в мировой практике. В рамках проработки данного вопроса необходимо разработать и апробировать порядок проведения независимого контроля и независимой оценки качества ухода и внедрить регулярную систему контроля во всех учреждениях, как социальных, так и медицинских. Также необходимо учесть специфику организации долговременного ухода на дому.

Следует отдельно отметить, что объектами контроля должны стать:

- ♦ процесс долговременного ухода;
- ♦ результаты долговременного ухода;
- ♦ целевое расходование средств, выделяемых на финансирование ухода.

Для контроля качества в других странах систему долговременного ухода делают максимально открытой за счет:

- ♦ посещения родственниками;
- ♦ визитов волонтерских организаций;
- ♦ свободных посещений прессой и правозащитными организациями;
- ♦ сочетания опросов и наблюдений.

Рассмотрим два вида организации систем долговременного ухода: стационарную модель «Дом сестринского ухода» и внестационарную модель «Забота дома».

Вопросы создания сети и материально-технической базы домов сестринского ухода в Москве стоят остро. Отсутствие единой концепции организации и соответствующих нормативных документов для проектирования и строительства тормозит создание в Москве сети этого типа учреждений медико-социальной помощи и приводит к госпитализации и обслуживанию хронических больных пожилого и старческого возраста, нуждающихся

в медицинском и социальном уходе, в отделения многопрофильных и специализированных больниц. Госпитализация этих больных в специализированные отделения значительно снижает эффективность использования дорогостоящего коечного фонда больниц, создает дефицит медицинского персонала, а также выявляет его неподготовленность к выполнению специфических медицинских и социальных функций. В результате на практике люди пожилого и старческого возраста с естественными для них хроническими болезнями, снижением трудоспособности и ограничениями привычной деятельности оказываются социально незащищенными, лишенными медико-социальной помощи.

Актуальность создания сети домов сестринского ухода в Москве, кроме медицинских и социальных факторов, обусловлена также специфической демографической ситуацией.

Единственно распространенным типом этих учреждений являются дома-интернаты больничного типа для престарелых. Однако практика их эксплуатации, а также анализ проектных решений и натурные обследования показали ряд присущих им существенных недостатков:

1) интернаты размещаются чаще всего на окраинах города, что приводит к неоправданной сегрегации пожилых и больных людей, усложняет или прерывает связи пациентов с друзьями и родственниками, усугубляет вынужденную изоляцию пациентов, усиливающуюся их ограниченной двигательной активностью;

2) интернаты переукрупнены, что приводит к недопустимо большой концентрации людей пожилого и старческого возраста в одном здании (500–600 человек и более);

3) количество многоместных (от трех и более коек) палат преобладает над одно- и двухместными, в результате чего не в полной мере учитываются потребности пациентов, их психологическая совместимость (несовместимость), тяжесть состояния и другие факторы, определяющие оптимальную вместимость палат;

4) условия пребывания больных как в палатах, так и в помещениях общего пользования не комфортны;

5) количество помещений санитарно-гигиенического назначения недостаточно, их оборудование не отвечает потребностям пожилых людей;

6) не предусматриваются помещения психологической и психоэмоциональной разгрузки персонала, не учитываются специфика работы и кадровые трудности учреждений подобного типа;

7) недостаточно учитываются потребности больных, пользующихся креслами-колясками;

8) не учитываются религиозные чувства пожилых пациентов, отсутствуют культовые помещения.

Для решения проблемы медико-социальной помощи пожилым больным в Москве на базе существовавших ранее отделений терапевтического

профиля больниц для взрослого населения организованы отделения сестринского ухода вместимостью от 20 до 40 коек. Однако их организация осуществлена без проведения предварительной перепланировки палатных отделений в соответствии с медико-технологическими требованиями, предъявляемыми к этому типу отделений. В результате в них значительно снижена комфортность пребывания больных, неоправданно завышено число многоместных палат (на 4 и более человек), отсутствуют условия для привлечения к уходу за пациентами родственников, добровольных помощников и др.

Дома сестринского ухода обеспечивают:

- ♦ первую экстренную и неотложную медицинскую помощь;
- ♦ своевременный перевод больных при обострении хронических заболеваний или ухудшении их состояния в соответствующие лечебно-профилактические учреждения;
- ♦ периодические врачебные осмотры госпитализированных лиц в зависимости от состояния, но не реже одного раза в неделю;
- ♦ консультативную помощь хроническим больным по рекомендации врачей;
- ♦ психологическую помощь и адекватную симптоматическую терапию;
- ♦ питание, в том числе диетическое, в соответствии с врачебными рекомендациями.

Нами было проведено исследование применения роботизированной системы кинетической для снижения нагрузки на персонал отделения сестринского ухода и повышения профилактики осложнений от иммобилизации. Кроме того, вторичной точкой эффективности мы приняли увеличение качества жизни и социальной адаптации ухаживающих. С учетом современных тенденций в настоящее время создалась острая необходимость шире рассмотреть вопрос создания и внедрения робототехники в процесс долговременного сопровождения и «профилактической» реабилитации, особенно в группе обездвиженных больных. Ни у кого не вызывает сомнения факт положительного влияния движения и правильного позиционирования на всех этапах медицинской реабилитации в группе больных с сочетанными поражениями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Учитывая, что реабилитация пациентов с последствиями травм спинного мозга остается одним из наиболее сложных и одновременно перспективных методов их медико-социальной реабилитации, требующей длительного и систематического реабилитационного воздействия, специалисты все больше уделяют внимания внедрению робототехники и ее совершенствованию. Длительность адаптации и физические затраты персонала явились предпосылкой к созданию роботизированных систем, сочетающих раннюю мобилизацию и вертикализацию с двигательной активностью.

Возможности компенсации и протезирования произвольной двигательной активности легли в основу разработки реабилитационных систем, сочетающих в себе профилактические компоненты и продолжительную мало нагрузочную двигательную реабилитацию. Требования к физической активности крупных суставов, аппроксимацию опорных сегментов и сочленений, осевую нагрузку можно моделировать при помощи искусственного интеллекта и индивидуальной программы двигательной активности. Специалисты в области реабилитации акцентируют внимание на основных показателях стимуляции:

- ♦ циркадная активность;
- ♦ смена положения и ориентации в пространстве;
- ♦ стимуляция восходящей ретикулярной формации;
- ♦ стимуляция реципрокного взаимодействия;
- ♦ афферентация по всем видам чувствительности.

Создание СРК (системы реабилитационной кинетической), представляющей собой роботизированный комплекс с возможностью создания физиологических алгоритмов движений туловища и конечностей обездвиженного пациента (с тетраплегией, параплегией, в коме) по заданным программам круглосуточно с возможностью изменения характеристик движения на всем времени реабилитации, способствовало внедрению новой медицинской технологии в реабилитации – постоянной длительной импульсной кинетикотерапии.

Рис. 1. Система реабилитационная кинетическая (СРК Олме)



Периодически создаваемое раздражение эфферентных и афферентных путей, замыкание рефлекторных дуг и тем самым включение в работу сегментарно-рефлекторного аппарата спинного мозга через один и тот же промежуток времени, с одной и той же силой, в одной и той же последовательности в круглосуточном режиме на протяжении всего времени нахождения пациента на продолженной реабилитации или долговременного ухода (сутки, недели, месяцы и годы). Данная технология позволила оптимизировать потребности и возможности современной организации медицинской помощи в аспекте реабилитации и паллиативного ухода. Методика позволяет сохранить суставно-мышечный аппарат, периферическую нервную систему, сегментарный ап-

парат, значительно снизить нагрузку на медицинский персонал и родственников пациента, предотвратить осложнения, сопутствующие обездвиженности, до момента включения сознания или перехода в иное функциональное состояние адаптирующих систем.

Применение роботизированных систем – на базе СРК, таких как: подвесная система Multira, система Lokomat, система EriGo дают возможность снизить физические затраты обслуживающего персонала, сократить койко-день, ускорить процесс восстановления утраченных функций, предотвратить осложнения, сопутствующие обездвиженности (пролежни, гипостатические пневмонии и т. д.).

Анализ клинических исследований за период 2003–2009 гг., осуществленный путем наблюдения за группой, состоящей из 50 пациентов с последствиями спинальных травм, дал возможность оценить эффективность применения импульсной кинетикотерапии на комплексе СРК с подключением всех ранее применяемых методов реабилитационного лечения. В группу вошли все пациенты, составившие основную группу (28 пациентов), получавшую комплексное лечение с применением способа постоянной длительной импульсной кинетикотерапии (далее ПДИК) на комплексе СРК, и контрольную группу (22 пациента), не получавшую данного вида лечения.

Таблица 1. Данные сравнительного анализа

	Группы (количество)	Основная (N=28)	Контрольная (N=22)
1	Пролежни,%	21/73* 2/9,5**	20/86,9* 9/45***
2	Нарушение функции тазовых органов,%	25/89,2* 2/8,5**	21/95,4* 5/21,7
3	Тревожно-депрессивные расстройства,%	25/89,2* 5/17,8**	20/90,9* 10/45,4

Примечание:

* – числитель: общее количество больных с данным видом осложнения и их процентное соотношение до начала комплексного лечения.

** – знаменатель: общее количество больных с данным видом осложнения и их процентное соотношение после комплексного лечения с применением способа ПДИК.

*** – знаменатель: общее количество больных с данным видом осложнения и их процентное соотношение после комплексного лечения без применения ПДИК.

Применение способа ПДИК на комплексе СРК в клинических условиях по борьбе с пролежнями повышает эффективность общепринятого комплексного лечения у спинальных больных ($p < 0,001$). Эффективность лечения нарушений функции тазовых органов при подключении способа ПДИК на комплексе СРК достоверно повышает их эффективность. Различия достоверны ($p < 0,05$). Так как частота образования пролежней уменьшается, а функция тазовых органов у наблюдаемых больных восстанавливалась в более короткие сроки после применения способа постоянной длительной импульсной кинетикотерапии, то повышается и значимость использования метода при купировании тревожно-депрессивных расстройств. По данным исследований, частота та-

ких проявлений более чем в 2 раза ниже у больных основной группы ($p < 0,001$). Одновременная оценка качества жизни по шкале показала прирост удовлетворенности на 56% и уменьшение жалоб на 23% по шкале общего глобального улучшения в основной группе. Частота смены персонала по уходу (отказ от работы) была значительно ниже в основной группе наблюдения, и этот показатель был отмечен родственниками больных.

Одновременно был оценен показатель социальной адаптации семьи в основной и контрольных группах.

Таблица 2. Показатель социальной адаптации семьи в основной и контрольных группах

Критерий	Степень адаптации		
	Низкая	Средняя	Высокая
Личная гигиена больного	1	2	3
Использование профессиональных средств ухода	0	1	2
Профилактика осложнений от иммобилизации (пролежни, гипостатическая пневмония, атрофии, контрактуры, патологические позы)	0	1	2
Психологический комфорт пациента	0	1	2
Информированность семьи о проблеме	0	1	2
Экономическая адаптация семьи	1	2	3
Социальная адаптация семьи Временная	0	1	2
Социальная адаптация семьи Трудовая	1	2	3
Осознание проблемы семьей/ способность коррекции депрессии и тревоги (Тест Спилберга – Ханина)	0	1	2

Результаты оценки статуса адаптации семьи: 3–7 баллов – социальная дезадаптация;

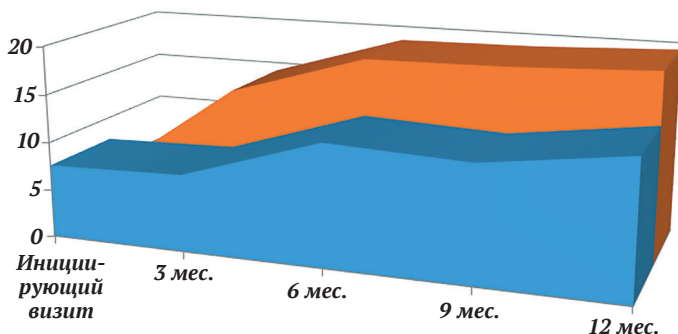
8–14 баллов – низкая социальная адаптация (напряженность, синдром выгорания);

15–18 баллов – семья адаптирована, компенсирована.

Данный показатель демонстрировал достоверный прирост интегрального балла адаптации семьи в группе с применением в индивидуальной программе реабилитации программы СРК. В 73% случаев в основной группе показатель составлял 19 ± 3 по сравнению с контрольной группой пациентов ($p < 0,05$). Таким образом, в клинических условиях доказана высокая эффективность включения в комплексное реабилитационное лечение в посттравматическом периоде роботизированных систем на весь период реабилитации.

В настоящее время проводится наблюдение за пациентами с позвоночно-спинальной травмой на длительном отрезке времени – от 6 месяцев до 10 лет. Все пациенты оснащены СРК, индивидуально один – подвесной системой Multira, у всех имеются вертикализаторы различных систем, параподиумы, инвалидные коляски.

Рис. 2. Прирост показателя социальной адаптации семьи



	Контрольная	Основная
Иницирующий визит	7,6	4,1
3 мес.	8	14,1
6 мес.	12,6	18,5
9 мес.	12	18,7
12 мес.	14	19,3

Второй вариант системы долговременного ухода, имеющий право на существование и обеспечивающий неиссякаемый объем коечного фонда, опосредованно снижающий стоимость для организаций здравоохранения и социальной защиты и, при правильном исполнении, повышающий качество жизни как пациента, так и семьи. – медико-социальная помощь на дому, модель «Забота дома». Это важный и активно развивающийся сегмент здравоохранения во многих промышленно развитых странах. Например, число компаний, предоставляющих такие услуги, в Великобритании превышает 2500, в США – более 36 тысяч. Этот сегмент рынка растет очень быстро во всем мире: с 220 млрд долларов в 2016 г. до 364 млрд долларов прогноз на 2022 г.

В России этот сегмент находится на раннем этапе становления и развития. Чаще всего он сводится к предоставлению услуг патронажа и отдельных медицинских услуг. В частности, в России насчитывается порядка 250 частных патронажных служб. Потенциал развития стационарзамещающих технологий на дому очень велик, т. к. потребность в них реализована менее чем на 10% от необходимой.

Чаще всего медицинская помощь и долгосрочное медицинское сопровождение на дому востребованы при следующих ситуациях и состояниях:

1) Выхаживание и медицинская реабилитация пациентов после высокотехнологичного лечения (хирургической операции) по поводу травмы или хронического заболевания.

2) Сопровождение и реабилитация пациентов с прогрессирующими хроническими инвалидизирующими заболеваниями: нейродегенеративными (паркинсонизм, болезнь Альцгеймера), сердечно-сосудистыми (ХСН, дисциркуляторная энцефалопатия), эндокринными (сахарный диабет), заболеваниями опорно-двигательной системы (артроз) и др.

3) Паллиативная помощь.

Помощь перечисленным группам пациентов в условиях стационара создает большую нагрузку на систему здравоохранения и ограничивает возможности оказания помощи другим тяжелым пациентам.

С другой стороны, число доступных мест для медицинской реабилитации в стационаре по системе ОМС очень ограничено (вряд ли превышает 10% от потребности), а платная медицинская реабилитация в условиях стационара ввиду высокой себестоимости доступна лишь небольшой части населения.

Активному развитию стационарзамещающих технологий способствует появление мобильных устройств и развитие информационных технологий. В частности, число приложений для управления процессом оказания помощи на дому насчитывает более сотни (<https://www.capterra.com/home-health-care-software/>). Большинство из них представляет собой CRM-систему, обеспечивающую бизнес-процесс, регистрацию и сопровождение сделок, управление персоналом в языковой и нормативно-правовой среде США. Для применения в России они не подходят.

Между тем в России спрос на услуги длительного медицинского сопровождения на дому очень высок. Это направление получило государственную поддержку. К 2024 г., по словам вице-преьера РФ Татьяны Голиковой, система долговременного ухода должна быть внедрена повсеместно.

Однако без автоматизации и использования современных коммуникационно-информационных технологий программы долгосрочного сопровождения на дому обречены на низкую эффективность. Решение этой задачи требует сочетания очень сложных условий:

- 1) Координация действий большого числа людей.
- 2) Оперативное реагирование на urgentные состояния пациента.
- 3) Индивидуальный подход к каждому пациенту.
- 4) Обеспечение доступа к медицинской информации пациента участников организации лечебного процесса.
- 5) Обеспечение стандартов документооборота.
- 6) Соответствие нормативно-правовым требованиям оказания медицинской помощи.
- 7) Непрерывное обучения персонала, пациентов и их родственников.

Все это осложняется отсутствием или острой нехваткой квалифицированных кадров, прежде всего управленцев.

В описанных условиях создание цифровой системы для автоматизации стационар-замещающих технологий на дому представляет собой задачу государственного масштаба.

Разработка такой системы внестационарной системы долговременной поддержки «Забота дома» начата АНО «Национальный центр развития технологий социальной поддержки и реабилитации «Доверие»

(АНО «Доверие») при поддержке благотворительного фонда «Эко Фонд Данон» и при участии Ассоциации клинических реабилитологов. Территориально работа производится в Москве. Одним из направлений улучшения уровня медицинской помощи пациентам на дому можно рассматривать внедрение ряда мобильных информационных и коммуникационных технологий (так называемых технологий домашней телемедицины).

Основные функции стационара на дому с использованием телемедицинских технологий включают в себя, но не ограничены, следующими видами деятельности:

1) Осуществление назначений для пациента, проходящего лечение в домашних условиях, планируя:

- ♦ лечебно-охранительный режим (распорядок дня);
- ♦ прием лекарственных препаратов;
- ♦ гигиенические мероприятия;
- ♦ режим двигательной активности, в т. ч. ЛФК с использованием БОС;
- ♦ режим приема пищи, в т. ч. через зонд и энтеростому;
- ♦ регламент регистрации физиологических параметров.

2) Контроль выполнения вышеуказанных плановых назначений.

3) Организация сеансов между пациентом и врачом телемедицинских консультаций с использованием технологий видеосвязи.

4) Регистрация, хранение результатов регистрации основных физиологических показателей пациента (ЭКГ, АД, уровень глюкозы, температура, вес и др.), их анализ и передача для хранения на сервере и доступ к этим данным врачей по Интернету, в том числе по низкоскоростному.

5) Хранение информации в базе данных, обработка информации, ведение электронной истории болезни.

6) Создание баз данных для научно-практической работы, обеспечение доступа специалистам для анализа данных.

Подбор и апробация лечебных методик, отбор и обучение пациентов начинаются на этапе стационарного реабилитационного центра с последующим переносом в домашние условия.

Наглядно эффективность предлагаемого подхода иллюстрирует пилотное исследование, проведенное в 2014 г. В исследование были включены пациенты, находившиеся на лечении и обследовании в неврологических отделениях реабилитационного центра (реабилитационный центр Управления делами Президента РФ) с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения». В качестве контрольной группы были обследованы сопоставимые по полу, возрасту, индексу массы тела и диагнозу пациенты, распорядок дня которых формировался естественным, спонтанным образом.

Таблица 3. Основные характеристики пациентов, включенных в исследование.

Характеристика	Основная группа	Контрольная группа
Количество пациентов, чел.	25	20
Пол (м/ж)	10/13	12/8
Возраст, лет	67,4 ± 6,4	65,9 ± 9,5
ИМТ, кг/м ²	31,1 ± 4,3	29,3 ± 4,5

Методика: При поступлении в центр реабилитации пациенты получали информационные буклеты о возможности проведения продолженной реабилитации после выписки из стационара, под контролем лечащих врачей, работающих в центре реабилитации. Это позволяло поднять степень доверия и комплаентность на новый качественный уровень, при повторном предложении «стационара на дому» после осмотра мультидисциплинарной бригадой и определения реабилитационных целей. Важнейшим компонентом продолженной реабилитации является желание пациента и его родственников взаимодействия с персоналом центра и психоэмоциональный настрой на результат. Однако важно избегать гиперопеки, как пациента, так и его семьи, иногда приводящей к злоупотреблению со стороны родственников. Для оценки психологических параметров проведено психологическое тестирование всех пациентов и ухаживающих родственников.

Далее, в течение стационарной реабилитации, врач-координатор обучал владению и применению компьютерной программы на персональном ноутбуке или планшете (важно! – не требуется дорогостоящее оборудование для начала работы). Оптимизировал и синхронизировал приборы и аппараты, применяющиеся в процессе реабилитации, планируемые к передаче в домашние условия. Такой подход позволял успокоить и подготовить пациента к программе «Стационар на дому».

При выписке все пациенты подписывали информированное согласие на электронную передачу и обработку персональных данных, а также материальную ответственность за переданное оборудование.

Все пациенты получали механические, либо роботизированные реабилитационные комплексы и письменные рекомендации на 30 дней амбулаторного этапа. Пациенты основной группы, по приезду домой, связывались с куратором и регистрировались в медицинской информационной системе. Срок наблюдения равнялся 2 месяцам, с контрольными точками каждые 30 дней. Пациенты основной группы имели плановые и, при необходимости, экстренные сеансы связи для коррекции реабилитационного процесса и медикаментозной поддержки.

В результате среди пациентов основной группы 25 человек (100%) продолжали участие в реабилитационном процессе и достигли контрольных реабилитационных целей в 83% случаев.

У 8 пациентов (5 из основной группы и 3 из контрольной) одной из целей была коррекция нейропатического болевого синдрома и синдрома Джерина – Русси. В результате у 95% пациентов основной группы удалось купировать болевой синдром. Против 0% в контрольной. Показательно, что формирование патологических поз отсутствовало как таковое в основной группе. Так как в контрольной имело место у 50% пациентов. Телефонный опрос, имеющий своей целью уточнение эмоциональной переносимости реабилитации и контроля за выполнением пациентами на амбулаторном этапе назначенной схемы лечения, показал, что среди пациентов основной группы регулярный прием гипотензивных препаратов продолжали 18 пациентов (78%), среди пациентов контрольной группы – 11 больных (64%).

Таким образом, применение системы планирования и контроля реабилитационного процесса и дистанционного мониторинга медикаментозной поддержки позволило оптимизировать продолженную реабилитацию и обеспечить преемственность в условиях стационара на дому и улучшить восприятие терапии (compliance) на постгоспитальном этапе.

Как вывод можно сказать, что современные информационные и коммуникационные технологии позволяют эффективно организовывать продолженную реабилитацию в домашних условиях (так называемый стационар на дому) на постгоспитальном этапе дистанционно:

- ♦ планировать и контролировать процесс лечебно-охранительного режима (алгоритм лечения);
- ♦ осуществлять динамическое наблюдение за динамикой физиологических и физических показателей (на принципе БОС) пациента на фоне реализации плана реабилитации.

Хотелось бы отметить, что даже при отсутствии плана лечебно-охранительного режима со стороны лечебно-профилактического учреждения пациент имеет в своем распоряжении специализированный инструмент сбора, хранения, анализа и передачи медицинской информации, таким образом имеет при себе свою персональную электронную историю болезни, в том числе и на мобильном телефоне.

Важно отметить возможности взаимоперехода и взаимодополнения двух представленных на рассмотрение систем долговременной поддержки. Формирование интервенции долгосрочного ухода за пациентами реализуются в моделях ухода на дому, в семьях либо в домах сестринского ухода. Модели помощи в семьях или домах сестринского ухода направлены клиентам, которые не способны проживать самостоятельно из-за физического или психического состояния. Их биопсихосоциальные особенности определяют требования к системным интервенциям, которые должны обеспечивать их жизнедеятельность. Таким образом, внедрение системы долговременного ухода в Москве и в целом в России – это поэтапный однонаправленный

системный многоуровневый междисциплинарный процесс, требующий разработки методического инструментария для оценки необходимости в долговременном уходе, повышения компетенций в вопросах специализированного ухода, медико-социальной реабилитации и в вопросах освоения новых, в т. ч. технологических, методов повышения качества медицинской и социальной помощи для пациентов и вообще для всех участников системы долговременного ухода, разработки преодоления рисков для всех участников процесса долговременного ухода и оценки качества предоставляемых услуг в системе долговременного ухода.

Литература

1. Адо А. Д. Патологическая физиология. /А. Д. Адо, Л. М. Ишимова. – М., 1973. – 535 с.
2. Анисимова С. А. Разработка управленческих решений в организации социального обслуживания. Учебное пособие. – М.: АП-КиППРО, 2015.
3. Берецкая Е. А., Соколова В. Ф. Теория и практика реабилитации граждан пожилого возраста: учебное пособие. – М.: Флинта, 2012.
4. Бержадская М. Медико-социальные проблемы ухода за больным. Проблемы управления здравоохранением, 2011. – № 4. – С. 79–82.
5. Бойко Ю. П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса. Клиническая геронтология, 2007. – № 3. – С. 45–49.
6. Бояркина С. И. Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных [электронный ресурс]//URL: <http://www.dissercat.com/content/kachestvo-zhizni-i-sotsialnaya-reabilitatsiya-onkologicheskikh-bolnykh> (дата обращения 17.03.2016).
7. Буракова Т. Я. Уточнение перевода термина «Реабилитация»// Науч. конф. молодых ученых ИГМИ им. Н. С. Бубнова: Тез. докл. Иваново, 1987, с. 13
8. Вагин А. А. Патифизиологическое обоснование применения метода постоянной длительной импульсной кинетикотерапии в лечении и реабилитации больных с последствиями спинальной травмы: дис. канд. мед. наук. – СПб., 2010. – 188 с.
9. Васильчиков, В. М. Идеолого-правовые и организационные аспекты деятельности государственной системы социально-медицинского обслуживания пожилых людей. Клиническая геронтология, 2007. – № 3. – С. 11–21.
10. Вдовина М. В. Глоссарий по социально-геронтологической работе. – М.: ИПК ДСЭН, 2010.
11. Войтенко А. И., Комаров Е. И. Организация управления и администрирования в социальной работе: учебник – М.; РИОР: ИНФРА-М, 2010.
12. Волкова, Т. Н. Социальные и психологические проблемы старости. Вопросы психологии, 2005. – № 2. – С. 118–126.
13. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru>.
14. Галасюк И. Н., Краснова О. В., Шинина Т. В. Психология социальной работы. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.
15. Галкин Р. А., Гехт И. А., Яковлев О. Г. Одинокая старость: медицинские и социальные проблемы. Самара: Перспектива, 2005. – 307 с.
16. Гасумова С. Е. Информационные технологии в социальной сфере: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2012.

17. Голубева Е. Ю., Данилова Р. И. Оценка потребности в уходе/обслуживании как ключевая составляющая в планировании услуг для лиц пожилого возраста. *Клиническая геронтология*, 2009. – № 12. – С. 23–27.
18. Горелик С. Г., Пономарева И. П., Ильницкий А. Н., Процаев К. И. Основы социально-медицинской помощи пожилым людям (методические рекомендации для социальных работников), Бишкек: ОсОО «Гознак», 2017 г. – 40 с.
19. Грабе М. Синдром выгорания. Болезнь нашего времени./Под ред. Л. Г. Лысюк. – СПб.: Речь, 2010.
20. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии//Социальная и клиническая психиатрия. № 3. 2001, 492 стр
21. Гусов К. Н., Буянова М. О. Право социального обеспечения России: Учебник. – М.: Проспект, 2012.
22. Дементьева Н. Ф., Рязанов Д. П. К проблеме взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения в обслуживании пожилых людей на дому. Государство и общество: проблемы социальной ответственности: материалы IX научных чтений МГСУ.– Москва, 2003. – С. 207–209.
23. Ермолаева М. Н. Психолого-педагогическое сопровождение пожилого человека: учебное пособие для вузов. – Московский психосоциальный институт, 2011.
24. Еругина М. В., Кром И. Л., Шмеркевич А. Б. Контент-анализ правовых актов и определение направлений оптимизации паллиативной помощи в современной России//Саратовский научно-медицинский журнал. Т. 11. № 4. 2015, С. 506–511.
25. Ефимова Н. С., Литвинова А. В. Социальная психология. Учебник для бакалавров. – М.: Юрайт, 2012.
26. Закон г. Москвы от 12.03.2008 № 11 «Об охране труда в городе Москве».
27. Закон г. Москвы от 9.07.2008 № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве» (в ред. от 24.12.2014 г. № 66).
28. Зинченко Ю. П., Вишнева А. Н. Психологические проблемы нейрореабилитации//Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, Москва, 2011, 26–30.
29. Иванова Г. Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. *Consilium Medicum*. 2016; 13: 9–13
30. Иванова Г. Е., Кезина Л. П., Комаров А. Н., Силина Е. В., Трофимова А. К., Косяева С. В., Курбанов Р. С., Степочкина Н. Д. Психо-эмоциональный статус у инвалидов, перенесших спинальную травму// Вестник восстановительной медицины, 2013 (4), 2–8.
31. Ильницкий А. Н., Процаев К. И. Специализированный гериатрический осмотр. *Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича*, 2012. – № 4–5. – С. 66–84.
32. Ильницкий А. Н., Процаев К. И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии. *Геронтология*, 2013. – Т. 1, № 1. – С. 408–412.
33. Инвалидность//URL: <http://www.medarticle14.moslek.ru/articles/18305.htm> (дата обращения 26.02.2016).
34. Кассирский Г. И., Воробьев Р. Н. Реабилитация в медицине (определение, задачи, проблемы)//Сов. здравоохранение. 1988. № 4. С. 22–26.
35. Кезина Л. П., Комаров А. Н., Силина Е. В. Современные аспекты реабилитации больных с ДЦП и перенесших спинальную травму, инсульт, эндопротезирование.//Научно-информационный журнал «Современная медицинская наука» № 2/2012, 104–108.
36. Клинические рекомендации «Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации» Геотар 2017. с. 2–5
37. Кодекс этики социального работника и социального педагога/Союз социальных педагогов и социальных работников России. – М., 2014.
38. Колов С. А. Психодиагностика и психотерапия в восстановительной медицине//Вестник восстановительной медицины, 2010 (3), 25–28.
39. Комаров Е. И., Стрельникова Н. Н., Малофеев И. В. Управление эффективностью социальных учреждений: Учебно-практическое пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.
40. Комплексный мониторинг уровня и качества жизни граждан пожилого возраста в городе Москве/Информационно-аналитический доклад. – М.: ИПК ДСЗН, 2011.
41. Коротков Э. М., Антонов С. А. и др. Корпоративная социальная ответственность: Учебник для бакалавров/Под ред. Э. М. Короткова. – М.: Издательство Юрайт, 2013.
42. Корпоративная социальная ответственность: Учебник для бакалавров/Э. М. Коротков, С. А. Антонов и др.; под ред. Э. М. Короткова. – М.: Издательство Юрайт, 2013.
43. Коршунова Т. А. Опыт организации работы специализированных отделений медико-социальной помощи, обслуживающих граждан пожилого и старческого возраста. Главная медицинская сестра, 2005. – № 1. – С. 55–60.
44. Косяева С. В., Меркин А. Г., Новикова Е. М., Белоскурская О. Н., Динов Е. Н., Комаров А. Н., Кезина Л. П. Возможности оказания медицинской и психологической помощи инвалидам со снижением двигательной функции в домашних условиях (опыт выездных мультидисциплинарных бригад) *Consilium Medicum*. 2017; 09:4–8
45. Кошелев Н. С. Социальное обслуживание и права населения: Практическое пособие. 2-е изд., перераб. – М.: Издательство Омега-Л, 2010.
46. Краснова О. В. Геронтопсихологический словарь. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
47. Критерии эффективности и качества социальной работы/учебное пособие. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
48. Кром И. Л. Медико-социологическая концептуализация инвалидности при болезнях системы кровообращения. Автореф. дисс. ... д. м. н. Саратов. 2007, с. 234–256
49. Кром И. Л., Еругина М. В., Шмеркевич А. Б. Современные векторы паллиативной помощи (обзор)//Саратовский научно-медицинский журнал. Т. 11. № 4. 2015, С. 503–506.
50. Майерс Д. Социальная психология. – 7-е изд. – СПб.: Питер, 2012.
51. Малофеев И. В. Развитие социальных услуг в современном обществе: теория вопроса. Монография. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
52. Малофеев И. В. Социальная инноватика и перспективы модернизации социального обслуживания населения. Монография. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
53. Малофеев И. В. Социальные услуги в рыночной экономике: опыт и проблемы//Гос. ун-в. управл. Вестник университета. – М., 2011. –№ 13.
54. Маяцкая И. Н., Никонова О. В., Коржинек Т. А., Евсеев В. О. Экономические основы социальной работы. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.
55. Медведева Г. П. Этические основы социальной работы. Учебник и практикум. – М.: Издательство Юрайт, 2014.

56. Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья/Одобрена Резолюцией Ассамблеи ВОЗ 54.21 от 22.05.2001. URL: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>.
57. Модель экспертной системы помощи принятия решений специалистам по определению пакета социальных услуг. Методические рекомендации. – М.: ИПК ДСЗН, 2014.
58. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, социальные услуги гражданам пожилого возраста) – ГОСТ Р 53058–2008.
59. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, требования к персоналу учреждений социального обслуживания) – ГОСТ Р 52883–2007.
60. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, термины и определения) – ГОСТ Р 52495–2005.
61. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, контроль качества социальных услуг, Основные положения) – ГОСТ Р 52496–2005.
62. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, классификация учреждений социального обслуживания) – ГОСТ Р 52498–2005.
63. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, качество социальных услуг, Общие положения) – ГОСТ Р 52142–2003.
64. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, основные виды социальных услуг) – ГОСТ Р 52143–2003.
65. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ 54738–2011 «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов»
66. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52877–2007 «Реабилитация инвалидов. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов»
67. Нор-Аревян О.А. Социальная геронтология: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко»; Ростов н/Д: НаукаСпектр, 2011.
68. О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (с изменениями и дополнениями): приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 5 августа 2003 г. N 330.
69. О порядке организации медицинской реабилитации: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705-н.
70. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
71. Паллиативная медицинская помощь. Информационный бюллетень ВОЗ 2015; 402 URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/>.
72. Пантелеева Т. С., Червякова Г. А. Экономические основы социальной работы. – М.: Академия, 2012.
73. Парфенов В. А., Хасанова Д. Р., Ишемический инсульт. М.: МИА, 2012. – 288 с.
74. Перечень поручений Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 г. № Пр-1650.
75. Петросян В. А. Особенности социальной защиты населения в г. Москве. – М.: ИПК ДСЗН, 2011.
76. Платные услуги в системе социального обслуживания населения города Москвы. Методические материалы. – М.: ИПК ДСЗН, 2011.
77. Платонова Н. М., Платонов М. Ю. Инновации в социальной работе: учеб пособие для студ. учреждений высшего проф. образования/Н. М. Платонова, М. Ю. Платонов. – М.: Изд. центр «Академия», 2011.
78. Пономарева И. П., Процаев К. И. «Прикладное значение международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в паллиативной гериатрии». Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. с. 18–31
79. Попов П. В. Информационные технологии как элемент модернизации социального обслуживания населения//Отечественный журнал социальной работы. – 2012. – № 1. – 137–141.
80. Поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О. Ю. Голодец от 31 августа 2017 г. № ОГ-П44–5804 по итогам встречи Президента Российской Федерации с представителями социально ориентированных некоммерческих организаций, благотворительных организаций и волонтерского движения 26 июля 2017 г.
81. Постановление Минтруда России от 17.12.2002 № 80 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке государственных нормативных требований охраны труда».
82. Постановление Правительства г. Москва от 26.12.2014 № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».
83. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 827-ПП «Об утверждении дополнительного перечня категорий граждан, имеющих право на бесплатное предоставление социальных услуг в городе Москве по формам социального обслуживания, установленным Федеральным законодательством».
84. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».
85. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 830-ПП «Об утверждении Порядка организации осуществления регионального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания населения в г. Москве».
86. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы».
87. Приказ от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке медицинской реабилитации» Министерство Здравоохранения Российской Федерации» Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. № 27276
88. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»
89. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому»
90. Приказ Минтруда России 18 ноября 2013 № 677н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник».
91. Приказ Минтруда России от 22.10.2013 № 571н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по социальной работе».
92. Приказ Минтруда России от 29.12.2012 № 650 «План мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013–2018 годы)».

93. Приказ Минтруда России от 31.12.2013 г. № 792 «Об утверждении Кодекса этики и служебного поведения работников органов управления социальной защитой и учреждений социального обслуживания населения».
94. Приказ Правительства г. Москвы «Об организации работы по реализации положений постановления Правительства Москвы от 26.12.2014 г. № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».
95. Процаев К. И. *Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: учеб.-метод. Пособие.* Москва; Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. – 172 с.
96. Процаев К. И., Ильницкий А. Н., Жернакова Н. И. *Основные гериатрические синдромы: учеб. пособие.* Белгород, 2012. – С. 41–54.
97. Процаев К. И., Ильницкий А. Н., Павлова Т. В. *Синдром старческой астении (Frailty) в клинической практике.* Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013, – 88 с.
98. *Психология социальной работы: учеб. пособие для вузов/Под ред. М. А. Гулиной.* – 2-е изд., перераб. и доп. – С-Пб.: Питер, 2010.
99. *Развитие и модернизация инфраструктуры социальных служб в сфере поддержки семей с детьми, попавших в кризисную ситуацию, в том числе пострадавших от жестокого обращения. Информационно-методические рекомендации.* – М.: ГАУ ИПК ДСЗН, 2013.
100. *Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (с изменениями и дополнениями)».*
101. Ренкер К. *Основы реабилитации: Научный обзор: Пер. с нем.* М.: ВНИИМИ, 1980, с. 108–112
102. *Руководство Р2.2.2006–05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».*
103. Румянцева С. А., Силина Е. В., Свищева С. П. *Медицинские и организационные проблемы до- и постинсультной инвалидизации./ Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Инсульт: выпуск 2. 2013, – Т. 111; № 9. С. 43–49.*
104. Савина Л. Ю. *Стандартизация социального обслуживания. Критерии эффективности и качества социальной работы/учебное пособие.* – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
105. Сигида Е. А., Лукьянова И. Е. *Теория и методология практики медико-социальной работы.* – М.: ИНФРА-М, 2013.
106. Скворцова В. И., Стаховская Л. В., Айриян Н. Ю. *Эпидемиология инсульта в Российской Федерации//Consilium medicum – 2005. Прил. 1. – С. 10–12.*
107. Смышлёв М. В. *Основные принципы реабилитации. [Электронный ресурс] – URL: http://www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri (дата обращения 13.03.2016).*
108. *Социальная политика/Под ред. Е. И. Холостовой, Г. И. Климантовой.* – М.: Издательство Юрайт, 2013.
109. *Социальная политика/Под ред. Н. А. Волгина, В. И. Кушлина.* – М.: Изд-во РАГС. 2010.
110. *Социальная политика региона: теория и практика: учебное пособие/Кол. авторов под ред. И. П. Скворцова.* – М.: Издательство КНОРУС, 2010.
111. Стаховская Л. В., Клочихина О. А., Богатырева М. Д., Коваленко В. В. *Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2012). Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2013. – N 5. – С. 4–10.*
112. Стюарт-Гамильтон Я. *Психология старения. 4-е изд./Серия: Мастер психологии.* – С-Пб.: Питер, 2010.
113. Сытник С. А. *Основы психологического консультирования: Учебное пособие.* – 2-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2012.
114. Сьюэлл К., Браун П. *Клиенты на всю жизнь.* – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013.
115. *Теория социальной работы: учебник для бакалавров/Под ред. Е. И. Холостовой, Л. И. Кононовой, М. В. Вдовиной.* – М.: Издательство Юрайт, 2014.
116. *Технология социальной работы: учебник/Под ред. Е. И. Холостовой, Л. И. Кононовой.* – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2014.
117. Ткаченко В. С. *Основы социальной медицины: учеб. Пособие.* Москва: Инфра-М, 2004. – 195 с.
118. Топчий Л. В., Романычев И. С., Стрельникова Н. Н., Комаров Е. И., Малофеев И. В. *Социальная квалиметрия, оценка качества и стандартизация социальных услуг: учебник.* – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2012.
119. *Федеральный закон от 10.06.1993 № 5154-1 «О стандартизации» (в ред. от 10.03.2003).*
120. *Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах» (в ред. от 22.12.2014 № 426-ФЗ).*
121. *Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (в ред. от 21.07.2014).*
122. *Федеральный закон от 22.08.2004 № 122 «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный Закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (в ред. от 21.12.2004).*
123. *Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в ред. от 21.07.2014).*
124. *Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».*
125. *Федеральный закон от 3.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях».*
126. *Федеральный закон от 8.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».*
127. *Федеральный закон РФ от 27.08.2010 № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)».*
128. Фирсов М. В., Шапиро Б. Ю. *Психология социальной работы. Содержание и методы психосоциальной практики.* – М.: Издательство Юрайт, 2012.
129. Хавинсон В. Х. Коновалов С. С. *Избранные лекции по геронтологии.* Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, 2008. – 890 с.
130. Холостова Е. И. *Социальная работа с пожилыми людьми.* – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2014.
131. Холостова Е. И. *Социальная работа с пожилыми людьми: Учебник для бакалавров, 7-е изд., перераб. и доп.* – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2014.
132. Холостова Е. И. *Социальная работа: история, теория, практика. Учебное пособие.* – М.: Издательство Юрайт, 2012.
133. Холостова Е. И. *Социальная работа: Учебник для бакалавров.* – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.

134. Холостова Е. И., Климантова Г. И. Социальный контракт от заключения до исполнения: Учебно-методическое пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.
135. Целевич Т. И., Белобородова Е. А. Теория и практика психосоциальной работы: Учебное пособие. – М.: ФОРУМ; ИНФРА-М, 2012.
136. Черникова Л. А., Демидова А. Е., Домашенко М. А. Эффект применения роботизированных устройств («Эриго» и «Локомат») в ранние сроки после ишемического инсульта. Вестник Восстановительной медицины. – 2008. – № 5. – С. 73–75.
137. Чуйко Л. Синдром менеджера. Эмоциональное выгорание и управление стрессом. – СПб: Речь, 2010.
138. Шварков С. Б., Давыдов О. С., Кууз Р. А. Новые подходы к реабилитации больных с неврологическими двигательными дефектами//Журнал Неврология и психиатрия им. С. С. Корсакова. – 2006. – ЖЗ. – С. 51–54.
139. Шелковин И. Д. Охрана труда в организациях социального обслуживания населения: основные аспекты деятельности: Учебно-методические рекомендации. – М.: ИДПО ДСЗН, 2015.
140. Экономика социальной работы: учебник для бакалавров/Под ред. И. Н. Маяцкой. – М.: «Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.
141. Alberda C, et al. The relationship between nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: Results of an international multicenter observational study. *Intensive Care Med* 2009;35:1728–1737
142. Busner J., Targum S. D. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007; 4 (7): 28–37.
143. Crasilneck HB, Hall JA. The use of hypnosis in the rehabilitation of complicated vascular and post-traumatic neurological patients//*Int J Clin Exp Hypn*. 1970 Jul;18 (3):145–59.
144. Dickerson R, et al. Influence of aging on nitrogen accretion during critical illness. *J Parenter Enteral Nutr* 2015;39 (3):282–290
145. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1960; 23: 56–62
146. Hernández Hernández R. Group psychotherapy. Institutional group psychotherapy with a realistic aim//*Neurol Neurocir Psiquiatr*. 1977;18 (2–3):113–6.
147. Homberg V. Neurorehabilitation approaches to facilitate motor recovery. *Handb Clin Neurol*, 2013–110: 161–173.
148. Krupinski J., Secades J., Shiraliyeva R. *Int J Phys Med Rehabil* 2014, 2:2 <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9096.1000183>
149. Lee ZY, et al. Enhanced protein-energy provision via the enteral route in critically ill patients (PEP up protocol): A review of evidence. *Nutr Clin Pract* 2016;31:68–79
150. Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MÁ, et al. The costs of stroke in Spain by aetiology: the CONOCES study protocol. *Neurologia*, 2013–28: 332–339.
151. McClave SA, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *J Parenter Enteral Nutr* 2016;40 (2):159–211
152. Schönberger M., Ponsford J., McKay A., Wong D., Spitz G., Harrington H., Mealings M. Development and predictors of psychological adjustment during the course of community-based rehabilitation of traumatic brain injury: A preliminary study//*Neuropsychol Rehabil*. 2014 Apr;24 (2):202–19.
153. Secades J. J. Citicoline: pharmacological and clinical review. *Rev Neurol*, 2010. 52 Suppl 2: S1–S62.
154. Secades J. J. Probably role of citicoline in stroke rehabilitation: review of the literature. *Rev Neurol*, 2012–54: 173–179.
155. Ward A, Alvarez P, Vo L, Martin S (2014) Direct Medical Costs of Complications of Diabetes in the United States: Estimates for Event-year and Annual State Costs (USD 2012). *J Med Econ* 17: 176–183.
156. Weijs PJ, et al. Optimal protein and energy nutrition decreases mortality in mechanically ventilated, critically ill patients: A prospective observational cohort study. *J Parenter Enteral Nutr* 2012;36 (1):60–68
157. Zanca JM, Dijkers MP, Hsieh CH, Heinemann AW, Horn SD, Smout RJ, Backus D. Group therapy utilization in inpatient spinal cord injury rehabilitation//*Arch Phys Med Rehabil*. 2013 Apr;94 (4 Suppl): S145–53.
158. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale//*Acta Psychiatr. Scand*. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.