

## Правовая медицина

# Медицинская и социальная реабилитация в паллиативной практике. Практические рекомендации



## Комаров Александр Николаевич

Руководитель Национального центра развития технологий социальной поддержки и реабилитации «Доверие», доцент кафедры адаптивной физической культуры и рекреации Российского государственного социального университета, кандидат медицинских наук. Адрес: 127051, Российская Федерация, Москва, Лихов переулок, 10. E-mail: prof\_komarov@mail.ru. ORCID: 0000-0001-5373-4006.

### Аннотация

Современное состояние медицинской помощи позволяет выжить большому количеству пациентов, нуждающихся в долговременном постороннем уходе, но не имеющих возможности в ближайшей перспективе вернуться к прежнему физическому и социальному состоянию. Это необязательно пациенты с ограниченно малым сроком жизни вследствие основного заболевания. В подавляющем числе случаев это пациенты, имеющие высокую способность к долгой жизни, но обладающие низким реабилитационным потенциалом в части восстановления утраченных функций. В этом аспекте возникает потребность в применении медицинской и социальной реабилитации этой категории больных с целью частичного возвращения временно утраченных функций и сохранения участия в социальной жизни. Многие государственные институты и негосударственные организации, в том числе Агентство стратегических инициатив, озабочены созданием системы долгосрочной поддержки пациентов. Долговременный профессиональный уход с применением современных технологичных приемов и автоматизированной цифровой системы динамического наблюдения в большинстве случаев минимизирует человеческое участие и снимает нагрузку с первичного звена, а если он совмещен с продолжительной комплексной «профилактической» реабилитацией, проводимой мультидисциплинарной командой специалистов, то это позволяет сохранять функциональный статус пациента в течение длительного времени и даже повысить его. В аспекте современных нормативных документов есть указывающие дефиниции для развития этой составляющей и есть инструменты ее реализации, как пилотно-грантовые, так и системообразующие. Реабилитация должна включать в себя ряд лечебно-реабилитационных, социально-средовых мероприятий, оценку реабилитационного потенциала, нутритивную поддержку. Паллиативная помощь

создает материальную базу для реализации медико-социальной реабилитации, ее воплощения для пациентов подобного профиля. В свете этого возникает острая потребность во внедрении новых организационных форм управления и государственно-частного сотрудничества в сфере межведомственного взаимодействия, что, в свою очередь, приводит к упорядочиванию концепции финансирования данных проектов. Внедрение пилотных проектов, проектно-социального взаимодействия, поддержка негосударственных социально ориентированных некоммерческих организаций, действующих в интересах пациентов, – всё это позволит расширить спектр государственных гарантий и даст возможность реализовать права нуждающихся пациентов и их семей.

## Ключевые слова

Медицинская реабилитация; паллиативная помощь; социальная реабилитация; эрготерапия; маршрутизация; реабилитационный потенциал; нутритивная поддержка.

**Для цитирования:** Комаров А.Н. Медицинская и социальная реабилитация в паллиативной практике. Практические рекомендации / А.Н. Комаров // Публичное право сегодня. 2021. № 1. С. 84–99.

УДК 34.2-34.6  
ББК 67

DOI: 10.24411/2541-8440-2021-1-0006

Развитие современной медицины и общества формирует новые социальные запросы в аспекте качества жизни пациентов и окружающего социума. Ушли в прошлое лепрозории и резервации для неизлечимых больных, и давно перестало быть аксиомой, что болезнь – это обязательно боль и страдания. Современная нормативная база и медико-социальные технологии позволяют решить многое на качественно высоком уровне, даже с учетом ограниченных ресурсов<sup>1</sup> [Буракова Т.Я., 1987; Glare P.A., Christakis N.A., 2004]. Министерством здравоохранения Российской Федерации издан ряд документов, регламентирующих развитие направлений медицинской реабилитации и паллиативной помощи на современном этапе, основные принципы ее оказания: этапность, комплексность и своевременность, непрерывность, преемственность реализации этапов и помощи. В их числе ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. (ст. 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе»; ст. 8 «Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья»; ст. 19 «Право на медицинскую помощь»; ст. 33 «Первичная медико-санитарная помощь»; ст. 34 «Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь»; ст. 38. «Медицинские изделия»; ст. 40 «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение»; ст. 46 «Медицинские осмотры, диспансеризация»; ст. 54 «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья»; ст. 60 «Медико-социальная экспертиза»; ст. 83 «Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения»); Приказ № 1705 от 29.12.2012 «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации» (зарегистрирован в Минюсте России 22.02.2013 № 21276); 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 меди-

<sup>1</sup> Инвалидность. URL: <http://www.medarticle14.moslek.ru/articles/18305.htm> (дата обращения: 26.02.2016).

цинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»; 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»<sup>2</sup> [Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., 2001: 12; Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б., 2015: 511; Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б., 2015: 504]. Все эти нормативные документы позволяют реализовать гарантированные права и пособия для граждан Российской Федерации в случае возникновения потребности.

Профессиональными сообществами сформулированы понятия «медицинская реабилитация» и «паллиативная помощь», «реабилитационный потенциал» и «паллиативный пациент» [Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., 2001: 12; Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б., 2015: 510; Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б., 2015: 506–511]. И ни у кого не возникает сомнения, что паллиативный пациент не возникает случайно, он формируется из разряда пациентов, к которым применялись все возможные виды лечения и реабилитации. И только 1–2% пациентов признаются паллиативными одновременно с постановкой клинического и морфологического диагноза.

Таким образом, пациент проходит ряд этапов, в числе которых есть медицинская реабилитация. Медицинская реабилитация относится к деятельности, целью которой является полное или частичное восстановление нарушенных или компенсация утраченных функций пораженного органа или системы, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося (или обострения хронического) патологического процесса в организме, а также предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов и систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидизации<sup>3</sup>.

В концепции присутствует три этапа медицинской реабилитации.

I этап предусматривает оказание медицинской реабилитационной помощи в остром периоде течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных клинических отделениях стационаров по профилю оказываемой помощи при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

II этап предусматривает оказание медицинской реабилитационной помощи в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) в специализированных реабилитационных отделениях многопрофильных стационаров или реабилитационных центров. Он включает в себя оказание помощи по медицинской реабилитации пациентам, нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения.

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке медицинской реабилитации» (зарегистрирован в Минюсте России 22 февраля 2013 г. № 27276); 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»; 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».

<sup>3</sup> Приказ от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке медицинской реабилитации». Министерство здравоохранения Российской Федерации (зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. № 27276).

III этап предусматривает оказание медицинской реабилитационной помощи в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, перемещения и общения, в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения, фельдшерско-акушерских пунктах, стационарах одного дня, в санаторно-курортных учреждениях, а также выездными бригадами на дому.

В соответствии с Приказом от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке медицинской реабилитации» сформулированы критерии принятия решения об окончании проспективной медицинской реабилитации при достижении реабилитационного плато и переходе в статус долговременной поддержки – паллиативной помощи. Решение принимается на основании анализа результатов предшествующих реабилитационных курсов и их эффективности в повышении функционального класса органов и систем, оценки реабилитационного потенциала на настоящий момент и наличия возможности его увеличения, социальных и психологических запросов, и на последнем месте стоит нозология заболевания и его стадия. В редких случаях это решение на основании заключения врачебной комиссии возможно сразу после диагностики, специализированной медицинской помощи или первого этапа медицинской реабилитации, если выявляются неопровержимые показатели и диагнозы. Необходимо понимать, что принятие решения об окончании периода энерго- и финансово затратной, активной проспективной реабилитации (высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), интенсивные «пульс»-курсы, интервенционные этапы хирургической реабилитации) не означает окончание ее в принципе. В этот период меняется юрисдикция предоставления этого вида медицинской помощи и на первый план выходит так называемая реабилитационная «профилактика» коморбидности и утяжеления основного заболевания в структуре паллиативной помощи и социально-медицинской реабилитации инвалидов. Таким образом формируется межведомственное взаимодействие здравоохранения и социальной защиты<sup>4</sup> [Ренкер К., 1980: 3; Szawlowski K., 1986: 44–46]. При этом пациент не должен вычеркиваться из сферы внимания первичного звена здравоохранения, лишаться возможностей получения специализированной помощи и ВМП по другим, не связанным с основным заболеванием, причинам, напротив, за пациентом сохраняются все права на доступную социальную помощь, даже несмотря на паллиативный статус и наличие прогрессирующего неизлечимого заболевания. Об этом нужно знать и говорить пациенту и его законному представителю<sup>5</sup> [Glare P.A., Christakis N.A., 2004: 77; Lunney J.R., Lynn J., Foley D.S., Lipson S., Guralnik J.M., 2003: 89]. Следует отметить, что в новом Приказе 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» сформулированы четкие критерии признания пациента с неизлечимым заболеванием, достигшим реабилитационного плато, или пациента с онкологическим заболеванием последней стадии, позволяющие заполнить имеющуюся пустоту между этапами медицинской реабилитации здравоохранения и началом работы социальной

<sup>4</sup> Смышчѐк М.В. Основные принципы реабилитации. URL: [http://www.belmapo.by/downloads/med\\_soc\\_ekspert/osnovnie\\_pri](http://www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri) (дата обращения: 13.03.2016).

<sup>5</sup> Паллиативная медицинская помощь. Информационный бюллетень ВОЗ. 2015. 402. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/>

защиты по реабилитации инвалидов. Кроме организационных документальных процессов (порядок оформления заключения о признании пациента паллиативным, регламента сроков поддержки принятия решений, методических рекомендаций по организации учреждений паллиативного профиля) в Приказе уделено внимание материально-техническому оснащению паллиативного пациента до проведения медико-социальной экспертизы ограничения его жизнедеятельности. Для реализации прав и финансирования закупки технических средств ухода и реабилитации сформулирован и утвержден 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», который на основании медико-технического заключения врачебной комиссии позволяет бесплатно получить, в том числе сложные технические средства реабилитации (далее – ТСР) для профилактики утяжеления состояния и улучшения качества жизни. Таким образом, предоставляется безопасное с точки зрения охраны здоровья время для качественного оформления пациента в бюро медико-социальной экспертизы с признанием его человеком с ограниченными возможностями и для взвешенного формирования индивидуальной программы реабилитации/абилитации, включающей в себя все необходимые государственные гарантии социальной защиты (социальная реабилитация, санаторно-курортное лечение, обеспечение ТСР и средствами ухода, медицинская реабилитация на дому). Регламент оформления представлен Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (с изменениями).

Соответственно, медико-социальная реабилитация в паллиативной практике представлена комплексным процессом, целью которого является сведение к минимуму функциональных последствий нарушения здоровья и негативных влияний заболевания на жизнь пациента и ухаживающих за ним лиц; увеличение степени самостоятельности пациента, социальная адаптация семьи.

Реабилитация строится на активностях в трех плоскостях:

- пациент, нуждающийся в медицинской и социальной помощи, в том числе профилактической;
- семья и окружение пациента, нуждающиеся в информационной, социальной и психологической помощи и содействии социальных групп;
- специалисты, работающие с данной категорией пациентов, нуждающиеся в повышении квалификации в рамках своей профессии, сохранении чувства значимости своего дела, профилактике синдрома выгорания и стимулировании творчества и инноваций в своей работе, ну и, конечно, в собственной социальной и финансовой защищенности.

Реабилитация подразумевает мультидисциплинарную деятельность, которая во многом зависит от слаженного взаимодействия между сотрудниками и индивидуальных навыков вовлеченных специалистов<sup>6</sup> [Murtagh FEM, Preston M., Higginson I., 2004: 39–44].

Мультидисциплинарная команда имеет четкие реабилитационные задачи для пациента, в которых пациент и его/ее близкие должны быть активными участниками. Значимость

<sup>6</sup> Ireland National Advisory Committee. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children, 2001. P. 3-9.

командной работы в этих условиях заключается в том, что результат работы команды лучше, чем суммарный результат работы каждого индивидуального специалиста. Преимущество командной работы – в возможности обмена опытом и распределения нагрузки. Границы функциональных ролей участников команды весьма размыты, и успешные команды выигрывают за счет вклада каждого, вне зависимости от профессиональной принадлежности. Большинство реабилитационных команд для инвалидов с физической дисфункцией будут включать в себя основное ядро профессионалов-реабилитологов и других, смежных специалистов при необходимости. Тесное взаимодействие медицинских специальностей востребовано в специализированной реабилитации, какой и является реабилитация паллиативного пациента, где должны быть рассмотрены различные повреждения и следующие за ними функциональные нарушения. С точки зрения практики, строение решения о возможности реабилитации в паллиативной практике принимает отнюдь не врач, а, как правило, семья пациента или сам пациент [Glare P.A., Christakis N.A., 2004: 72–75], инициирующие запрос в органы здравоохранения или социальной защиты. Для формирования пакета документов требуются заявление от пациента или его законного представителя, документы, удостоверяющие личность пациента, и страховой полис. По регламенту получения медицинской помощи по реабилитации требуется оценка реабилитационного потенциала и выбор учреждения по шкале реабилитационной маршрутизации с указанием балла по ней.

Шкала реабилитационного потенциала и шкала реабилитационной маршрутизации очень просты, и их оценку может провести лечащий врач, при необходимости привлекая узких специалистов. На основании анализа медицинских документов, физикального осмотра, выявления ограничивающих факторов и обсуждения целей реабилитации с пациентом и родственниками формируется направление по Форме 057-у на консультацию в реабилитационный центр с учетом социальных запросов семьи. Оценку данного показателя можно провести по опроснику качества жизни MOS SF-36 и шкале социальной адаптации семьи. Именно совокупность качественно оцененных показателей в начале пути позволяет правильно поставить краткосрочные и долгосрочные цели, избежать гиперопеки и неосуществимых ожиданий. Это важные моменты, определяющие доверие пациента и его близких к медицинскому персоналу, а также профилактирующие избыточные финансовые затраты со стороны государства и семьи пациента. Такая ситуация применима ко всем категориям пациентов и особенно к пациентам паллиативного профиля<sup>7</sup>.

Медицинская реабилитация пациентов паллиативного профиля должна осуществляться больным, имеющим выраженное нарушение функции, полностью зависимым от сторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения и не имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), подтвержденной результатами обследования. Медицинская реабилитация проводится в медицинских организациях, осуществляющих уход за пациентами, и заключается в поддержании достигнутого или имеющегося уровня функций и приспособлении окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента. Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания при условии стабильности клинического состояния пациента и наличии перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), а также при отсутствии

<sup>7</sup> Смышчѣк М.В. Основные принципы реабилитации. URL: [http://www.belmapo.by/downloads/med\\_soc\\_ekspert/osnovnie\\_pri](http://www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri) (дата обращения: 13.03.2016); Паллиативная медицинская помощь. Информационный бюллетень ВОЗ. 2015. 402. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/>; World Health Organization. Palliative care: the solid facts. Europe: WHO, 2004.

противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза и адекватно поставленных целей мероприятий. Она может осуществляться стационарно, в условиях дневного стационара на базе паллиативных отделений, в условиях пансионатов долговременной поддержки, по месту жительства пациента силами мобильных реабилитационных бригад<sup>8</sup>.

В сфере помощи пациенту возможно выделить мероприятия лечебно-реабилитационные и социально-средовые, дополняющие адаптационные физические возможности организма. К лечебно-реабилитационным относят физическую реабилитацию, эрготерапию, когнитивное шунтирование, профессиональный уход, функциональное питание, коррекцию патологических установок и болевого синдрома, обучение пользованию ТСР и медикаментозную поддержку. Физические методы лечения направлены на сохранение функции опорно-двигательного аппарата, профилактику контрактур, декубитальных трофических язв, ускорение регенеративных и репаративных процессов, повышение компенсаторных возможностей организма, восстановление функции тазовых органов. К реабилитационным технологиям нового типа относятся способы вертикализации пациента и восстановления ходьбы методом внешней реконструкции (стол-вертикализатор, роботизированный реабилитационный комплекс для ходьбы). Применение моторизованных пассивных велотренировок (механотерапия) вызывает нормализацию электрофизиологической активности мотонейронов, уменьшает саркопению и остеопороз, вызванные бездействием. Кроме того, выполнение циклических активно-пассивных или активных упражнений сохраняет кардио-респираторный резерв и способствует улучшению микроциркуляции. Ходьба по беговой дорожке с разгрузкой массы тела, по мнению многих исследователей, является одним из главных методов сохранения навыка ходьбы, тренировкой целенаправленного, специфического действия. Также пациентам паллиативного профиля показана разгрузка веса и тренировки в воде – гидротерапия. Гидротерапия (водолечение) – наружное применение пресной воды с лечебной и профилактической целью в виде различных процедур, из которых наиболее распространены души и ванны. Гидрокинезотерапия – эффективная мера для улучшения психических функций и физической адаптации у лиц с психиатрическими, поведенческими и эмоциональными расстройствами. Основные формы гидрокинезотерапии: ЛФК в воде (лечебное плавание, гимнастические упражнения в воде, обучение ходьбе, перевод тела в вертикальное положение и дыхательная гимнастика), подводное вытяжение. Конечно же, свое место в лечебно-реабилитационном комплексе занимает электролечение.

**Чрескожная электронейростимуляция** приводит к кратковременному уменьшению боли и спастичности, которое может сохраняться до 24 ч. Электростимуляция прямой кишки, по данным исследований, способствует уменьшению спастичности мышц нижних конечностей уже после нескольких сеансов, и эффект сохраняется до 8 ч.

**Криотерапия.** Согласно данным исследования, криотерапия может уменьшить боль на срок до 1 ч после прекращения холодовой стимуляции. Необходимость исследования нутритивного статуса у пациентов паллиативного профиля обусловлена нарушениями питания как в виде избыточности (ожирение), так и недостаточности питания (истощение, гипотрофия, саркопения, кахексия), которые могут существенно снижать эффективность реабилитационных мероприятий. Термин «нутрициальная поддержка» не применяется в законодательных актах РФ. Вместе с тем основной закон, формирующий отрасль законодательства о здравоохранении, Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от

<sup>8</sup> Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТ 54738-2011 «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов»; Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТ Р 52877-2007 «Реабилитация инвалидов. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов».

27.12.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020)<sup>9</sup> содержит специальную статью «Лечебное питание» (ст. 39), в которой дается следующее определение этого термина: «Лечебное питание – питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи»<sup>10</sup>.

Лечебное питание включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

В соответствии с данной статьей специализированными продуктами лечебного питания являются пищевые продукты с установленным химическим составом, энергетической ценностью и физическими свойствами, доказанным лечебным эффектом, которые оказывают специфическое влияние на восстановление нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, профилактику этих нарушений, а также на повышение адаптивных возможностей организма.

Термин «специализированные продукты лечебного питания» включает и нутритивные продукты, так называемую нутритивную поддержку.

Акты подзаконного уровня правового регулирования оказания медицинской помощи и медицинской деятельности определяют следующие виды нутритивной поддержки, используемые в лечебном процессе.

1. Парентеральное питание.
2. Энтеральное питание.
3. Лечебное питание с применением специализированных смесей.

Постановление Правительства РФ от 09.03.2010 г. № 132 (ред. от 01.08.2015) «Об обязательных требованиях в отношении отдельных видов продукции и связанных с требованиями к ней процессов проектирования (включая изыскания), производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, содержащихся в технических регламентах Республики Казахстан, являющейся государством – участником Таможенного союза»<sup>11</sup> содержит определение термина «энтеральное питание» – это вид нутритивной поддержки, при котором питательные вещества вводятся перорально в виде напитков или через зонд при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем при ряде заболеваний.

Статья 7 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ устанавливает приоритет охраны здоровья детей. Обращает на себя внимание ч. 4 ст. 7, на взгляд автора, перспективная для разрабатываемой темы. Органам государственной власти субъектов Российской Федера-

<sup>9</sup> Первоначальный текст документа опубликован в изданиях «Российская газета», № 263, 23.11.2011, «Парламентская газета», № 50, 24.11.2011–01.12.2011, «Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, № 48, ст. 6724. Начало действия редакции – 08.01.2020. Изменения, внесенные Федеральным законом 27.12.2019 № 518-ФЗ, вступили в силу по истечении 10 дней после дня официального опубликования // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 28.12.2019).

<sup>10</sup> В данном виде документ опубликован не был. Первоначальный текст документа опубликован в издании «Собрание законодательства РФ», 15.03.2010, № 11, ст. 1221. Начало действия редакции – 13.08.2015. Изменения, внесенные Постановлением Правительства РФ от 01.08.2015 № 780, опубликованы на Официальном интернет-портале правовой информации. URL: <http://www.pravo.gov.ru>, 05.08.2015.

<sup>11</sup> Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>, 25.12.2018, «Российская газета», № 294, 28.12.2018, «Собрание законодательства РФ», 31.12.2018, № 53 (часть I), ст. 8415. Начало действия документа – 01.01.2019 (за исключением отдельных положений).

ции и органам местного самоуправления в соответствии с их полномочиями вменяется в обязанность разрабатывать и реализовывать программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний детей, и принимать соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.

В соответствии со ст. 44 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ специализированными продуктами лечебного питания обеспечиваются лица, внесенные в Федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. В рамках рассматриваемой темы обращают на себя внимание правовые нормы ст. 80 и 37, регулирующие оказание медицинской помощи, обеспечение лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания исключительно с учетом стандартов медицинской помощи, а с 01.01.2022 г. – на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов.

Кроме этого, ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ устанавливает норму, в соответствии с которой стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций. Эта законодательная новелла была введена Федеральным законом от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ «О внесении изменений в ст. 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций»<sup>12</sup>.

В настоящее время значительное количество ранее разработанных клинических рекомендаций содержит указание на необходимость применения нутритивной поддержки пациентов, но, в основном, в условиях стационара. Белково-энергетическая недостаточность нуждается в своевременной диагностике и коррекции для предотвращения необратимых дистрофических изменений в органах. Эти же факторы при плохом уходе, а также нейродегенеративные нарушения, нейрогенная дисфагия, анорексия, мальдигестия и мальабсорбция на фоне нарушения функции тазовых органов ведут к развитию синдрома недостаточности питания. Диагностированный амбулаторно недостаток питания базируется также на следующих клинических признаках: снижение массы тела пациента более чем на 10% за 1 мес. или на 15% за 6 мес., ИМТ менее 18 кг/м<sup>2</sup>, сывороточный альбумин менее 30 г/л. Дополнительным показанием для нутритивной поддержки является неспособность пациента самостоятельно принимать пищу более недели или ежедневное поступление с пищей менее 60% необходимого ему количества энергии. Выбор доступа для проведения энтерального питания определяется возможностью самостоятельного приема необходимых нутриентов через рот (сиппинг). При невозможности последнего тип энтерального питания определяется степенью поражения (дисфункции) ЖКТ (назогастральный, гастростомический, назодуоденальный, еюностомический, назоюнальный доступы осуществляются посредством установки специальных зондов для проведения энтерального питания. Дифференцированная нутритивная поддержка позволяет избежать возникновения вторичных осложнений, значительно сократить сроки лечения и приспособления больного к неврологическому посттравматическому дефициту, увеличить его социальную активность и улучшить качество жизни пациента и его семьи [Иванова Г.Е., 2017: 9–13; Косяева С.В., Меркин А.Г., Новикова Е.М. и др., 2017: 4-8]. Вариантом реализации

<sup>12</sup> Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>, 25.12.2018, «Российская газета», № 294, 28.12.2018, «Собрание законодательства РФ», 31.12.2018, № 53 (часть I), ст. 8415. Начало действия документа – 01.01.2019 (за исключением отдельных положений).

программы обеспечения клиническим питанием в паллиативе и на этапе амбулаторной реабилитации является Постановление Правительства РФ от 21.11.2019 г. № 1491 «Об организации проведения субъектами Российской Федерации в 2019–2024 годах пилотной апробации проектов социального воздействия» (вместе с «Положением об организации проведения субъектами Российской Федерации в 2019–2024 годах пилотной апробации проектов социального воздействия»).

Одной из перспективных моделей привлечения частных инвестиций в социальную сферу являются проекты социального воздействия (далее – ПСВ), пилотная апробация которых осуществляется в 2019–2024 гг. согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2019 г. № 1491 (далее – Постановление № 1491).

Постановление № 1491 является развитием положений Концепции повышения эффективности бюджетных расходов в 2019–2024 гг. (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 января 2019 г. № 117-р), согласно которым необходимо развивать новые механизмы государственно-частного партнерства в социальной сфере, обеспечивающие соблюдение экономических интересов частного партнера. ПСВ предполагают привлечение средств частных инвесторов для решения социальных задач, а средства из бюджетной системы Российской Федерации предоставляются только после достижения социально значимого эффекта.

В соответствии с Постановлением № 1491 государственная корпорация «ВЭБ.РФ» наделена функциями оператора ПСВ на всем протяжении их пилотной апробации до 2024 г. и обеспечивает методическую, организационную и информационную поддержку структурирования проекта, подготовку финансовой модели (определяет методологию расчета показателя эффекта и размера гранта), поиск инвесторов, подбор провайдеров, заключение соглашений, мониторинг реализации проекта и организацию независимой оценки. Оператор выстраивает взаимодействие между всеми сторонами проекта и, по сути, является гарантом его реализации и выполнения обязательств каждым из участников.

Финансирование реализации проекта предполагается со стороны инвестора, затраты которого, включая согласованный уровень доходности, будут возмещены в заранее установленном объеме в виде гранта в форме субсидий лишь в конце срока реализации проекта (предполагаемый срок реализации проекта – 1–3 года) при условии достижения показателей (эффектов) по результатам независимого аудита.

Реализация ПСВ, в первую очередь, актуальна на территории регионов, где планируется запуск крупных инвестиционных проектов, предполагающих создание новых производственных объектов и требующих значительного числа квалифицированных рабочих и специалистов, а также строительство моногородов, в том числе с учетом «Стратегии пространственного развития Российской Федерации».

В роли партнера в ПСВ выступают некоммерческие организации (далее – НКО), в том числе негосударственные организации и инвесторы. Для некоммерческих/негосударственных организаций участие в проектах социального воздействия дает возможность масштабировать свою деятельность, что ведет к расширению доступа НКО к оказанию государственных услуг в социальной сфере. Инвестору в случае успешной реализации проекта гарантирован возврат инвестиций с учетом доходности при условии достижения целевых показателей. Таким образом, партнер-инвестор способствует позитивным изменениям в обществе, расширяет свои партнерские связи. Для фондов и компаний с корпоративной социальной ответственностью ПСВ предоставляет возможность переориентировать социально ответственную деятельность на гарантированную и (или) возвратную основу.

Преимущества от реализации ПСВ для субъектов Российской Федерации заключаются в том, что расходы из бюджета субъектов Российской Федерации осуществляются только в случае доказанного эффекта от проекта, что позволяет пробовать новые, инновационные подходы и решения. В результате эффективность расходования бюджетных средств повышается, в том числе и за счет так называемых превентивных мер воздействия, которые направлены на предотвращение нецелевого расходования бюджетных средств. Кроме того, ПСВ представляет дополнительный инструмент достижения национальных целей и решения стратегических задач, который позволяет создать новые рабочие места в регионе, способствует увеличению налогооблагаемой базы и развитию некоммерческого сектора.

Пока информации о пилотных проектах (ПСВ) в сфере здравоохранения нет. Методические материалы Министерства здравоохранения РФ по данной проблеме отсутствуют. Но всё впереди. Примером может служить пилотный проект по созданию комплексной программы ведения пациентов с ограничением самообслуживания и перемещения, нуждающихся в искусственном питании в домашних условиях, реализуемый Национальным центром развития технологий социальной поддержки и реабилитации «Доверие». В этой программе под названием «Забота дома» реализуется запрос от семей, имеющих на руках такого пациента и остро нуждающихся в государственной поддержке (подробнее на сайте [www.doverierehab.ru](http://www.doverierehab.ru)).

В социально-средовые мероприятия входят адаптация среды обитания пациента, обеспечение его средствами ухода, подбор и использование технических средств реабилитации. И как раз в эту сферу входит общение и поддержка родственников пациента. Привлечение самого больного к помощи его же родственникам через мастер-классы и интерактивные мероприятия с моделированием возможных ситуаций. Такой подход исключает менторские нотки в обучении, повышает осознанность участия самого пациента, его роль в обучении семьи и консолидирует эмоциональную общность целей. Социальная реабилитация включает в себя социально-средовую, социально-психологическую, социокультурную реабилитацию; социально-бытовую адаптацию. Искусство и творчество даже в самые тяжелые времена и состояния укрепляло веру и способствовало преодолению страданий. Поэтому социально-культурная реабилитация важна независимо от стадии заболевания и времени его течения. Она включает в себя проведение мероприятий, направленных на создание условий для полноценного участия пациентов в социокультурных мероприятиях, удовлетворяющих их социокультурные и духовные запросы, на расширение общего и культурного кругозора, сферы общения (посещение театров, выставок, экскурсии, встречи с деятелями литературы и искусства, праздники, юбилеи, другие культурные мероприятия); содействие в обеспечении доступности для людей с ограниченными возможностями посещения театров, музеев, кинотеатров, библиотек, возможности ознакомления с литературными произведениями и информацией о доступности учреждений культуры; разработку и реализацию разнопрофильных досуговых программ (информационно-образовательных, развивающих, художественно-публицистических, спортивно-развлекательных и т.п.), способствующих развитию творческой инициативы и самостоятельности.

С точки зрения организационно-функциональной структуры неважно, где пациент и его семья получают реабилитацию, важна преемственность в подходах, сохранение и достижение целей реабилитации, направленность на увеличение качества жизни пациента и его семьи. Интеграция элементов медицинской реабилитации в паллиативную помощь как раз решит эти задачи эффективно и надежно. Эффективность должна оцениваться после каждого курса реабилитации или обозначенного временного промежутка. Оценка

формируется в виде факта достижения поставленных целей, валидными шкалами, применяемыми для первоначальной оценки статуса и функций, и при помощи современного объективного инструмента Международной квалификации функционирования – МКФ<sup>13</sup> [Косяева С.В., Меркин А.Г., Новикова Е.М. и др., 2017: 4-8; Пономарева И.П., Прощаев К.И.: 18–31].

Таким образом, важно формировать мультидисциплинарное и межведомственное взаимодействие и поддерживать его нормативной документацией. Необходимо провести медико-экономическое исследование программы долговременной поддержки с интегрированной индивидуальной программой реабилитации во внестационарной форме ведения пациентов паллиативного профиля для предложения расчета услуги ТФОМС или бюджетного обеспечения данной услуги. При принятии предложенной формулы положительный результат не заставит себя долго ждать и качество жизни паллиативного пациента повысится.

<sup>13</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке медицинской реабилитации». Зарегистрирован в Минюсте России 22 февраля 2013 г. № 27276.

---

## Библиография

1. Бояркина С.И. Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных: дисс. ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Бояркина Сания Исааковна. – СПб.: СПбГУ, 2004. – 178 с.
2. Буракова Т.Я. Уточнение перевода термина «Реабилитация» // Научная конференция молодых ученых ИГМИ им. Н.С. Бубнова: тезисы докладов. – Иваново: ИГМИ, 1987. – С. 13.
3. Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации: клинические рекомендации / под общ. ред. Г.Е. Ивановой. – М.: [б. и.]; Казань: Татмедиа, 2017. – 319 с.
4. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика. – 2004. – 492 с.
5. 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. – 2015. – Т. 11, № 4. – С. 506–511.
6. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // Consilium Medicum. – 2016. – № 13. – С. 9–13.
7. Кассирский Г.И., Воробьев Р.Н. Реабилитация в медицине (определение, задачи, проблемы) // Советское здравоохранение. – 1988. – № 4. – С. 22–26.
8. Косяева С.В., Меркин А.Г., Новикова Е.М. и др. Возможности оказания медицинской и психологической помощи инвалидам со снижением двигательной функции в домашних условиях (опыт выездных мультидисциплинарных бригад) / С.В. Косяева, А.Г. Меркин, Е.М. Новикова, О.Н. Белоскурская, Е.Н. Динов, А.Н. Комаров, Л.П. Кезина // Consilium Medicum. – 2017. – № 9. – С. 4–8.
9. Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б. Современные векторы паллиативной помощи (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – Т. 11, № 4. – С. 503–506.
10. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.52 / Кром Ирина Львовна. – Саратов: Волгогр. гос. мед. ун-т, 2007. – 34 с.
11. Пономарева И.П., Прощаев К.И. Прикладное значение международной классифика-

- ции функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в паллиативной гериатрии // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 5. – С. 18–31.
12. Ренкер К. Основы реабилитации: научный обзор: пер. с нем. – М.: ВНИИМИ, 1980. – 115 с.
13. Glare P.A., Christakis N.A. Predicting survival in patients with advanced disease // *Oxford textbook of palliative medicine* / D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, K. Calman (eds.). – Oxford: Oxford University Press, 2004. – P. 71–89. [In English].
14. Lehman R. How long can I go on like this? Dying from cardiorespiratory disease // *British Journal of General Practice*. – 2004. – № 54(509). – P. 892–893. [In English].
15. Lunney J.R., Lynn J., Foley D.S., Lipson S., Guralnik J.M. Patterns of functional decline at the end of life // *Journal of the American Medical Association*. – 2003. – № 289(18). – P. 2387–2392. [In English].
16. Murtagh F.E.M., Preston M., Higginson I.J. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease // *Clinical medicine*. – 2004. – № 4(1). – P. 39–44. [In English].
17. Szawłowski K. Medycyna – społeczne aspekty rehabilitacji // *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie. Materiały II Kongresu TWK, 1–2 października 1983 r.* Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1986. – P. 44–48. [In Polish].
18. Смычек М. В. Основные принципы реабилитации. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.belmapo.by/downloads/med\\_soc\\_ekspert/osnovnie\\_pri](http://www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri) (дата обращения 13 марта 2016 г.).
19. Паллиативная медицинская помощь. Информационный бюллетень ВОЗ (2020). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/> (дата обращения: 12.11.2020).
20. Ireland National Advisory Committee. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children, 2001 [In English].
21. Инвалидность. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.medarticle14.moslek.ru/articles/18305.htm> (дата обращения 26 февраля 2016 г.).
22. World Health Organization. Palliative care: the solid facts. Europe: WHO, 2004 [In English].
23. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 1705н «О порядке медицинской реабилитации». (Зарегистрирован в Минюсте России 22 февраля 2013 г. № 27276).
24. 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».
25. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и системы организации человека, предоставляемых для использования на дому».
26. ГОСТ 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов: национальный стандарт Российской Федерации.
27. ГОСТ Р 52877-2007 Реабилитация инвалидов. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов: национальный стандарт Российской Федерации.

---

---

# Medical and Social Rehabilitation in Palliative Practice. Practical Guidelines

---

## Komarov Alexander Nikolaevich

Head of the National center for the development of technologies for social support and rehabilitation «Doverie», associate Professor of the Department of adaptive physical culture and recreation of the Russian State Social University (RSSU), Candidate Sci. (Med.). Address: 10 Likhov pereulok, Moscow, 127051, Russian Federation. E-mail: prof\_komarov@mail.ru.  
ORCID: 0000-0001-5373-4006.

---

### Abstract

The current state of medical care allows more patients who need long-term outside care to survive. These are not necessarily patients with a limited short life span due to the underlying disease. In the vast majority of cases, these are patients, who have a high ability to live a long life, but have a low rehabilitation potential in terms of restoring lost functions. In this aspect, there is a need for the application of medical and social rehabilitation of this category of patients, in order to partially return the temporarily lost functions and maintain participation in life. Many state institutions and non-state organizations, including the Agency for Strategic Initiatives, are concerned with creating a Long-Term Support System. Long-term professional care with the use of modern technological methods and an automated digital dynamic observation system in most cases removes excessive human participation and relieves the burden from the primary care, and if it is combined with continued comprehensive «preventive» rehabilitation carried out by a multidisciplinary team of specialists. This allows maintaining the functional status for a long time and even increasing it. In the aspect of modern regulatory documents, there are indicative definitions for the development of this add-on. There are tools for its implementation, both pilot-grant and backbone. Rehabilitation should include a number of activities such as assessment of the rehabilitation potential, treatment, social and environmental, nutritional support. Palliative care creates a material basis for the implementation of medical and social rehabilitation, its implementation for patients of a similar profile. For that reason, there is an urgent need to introduce new organizational forms of management and public-private cooperation in the field of interdepartmental interaction, which in turn leads to streamlining the concept of financing these projects. The introduction of pilot projects, project-social interaction, support of non-state socially-oriented non-profit organizations acting in the interests of patients, will expand the range of state guarantees and make it possible to realize the rights of patients in need and their families.

---

### Key words

Medical rehabilitation; palliative care; social rehabilitation; occupational therapy; routing; rehabilitation potential; nutritional support.

---

**For citation:** Komarov A.N. Medical and social rehabilitation in palliative practice. Practical guidelines / A.N. Komarov // Public law today. 2021. No. 1. P. 84–99.

UDC 34.2-34.6  
LBC 67

DOI: 10.24411/2541-8440-2021-1-0006

## References

1. Boyarkina S.I. Kachestvo zhizni i social'naya reabilitaciya onkologicheskikh bol'nyh [Quality of life and social rehabilitation of cancer patients]. Ph.D. thesis. St. Peterburg, 2004. 178 p. [In Russian].
2. Burakova T.Ya. (1987) Utochnenie perevoda termina «Reabilitaciya» [Clarification of the translation of the term «Rehabilitation»] // Scientific conference of young scientists of the Ivanovo State Medical Academy (ISMA) named after N.S. Bubnov: thesis reports. Ivanovo: ISMA, 1987. P. 13. [In Russian].
3. Vedenie bol'nyh s posledstviyami pozvonочно-spinnomozgovoj travmy na vtorom i tret'em etapah medicinskoj i mediko-social'noj reabilitacii: klinicheskie rekomendacii [Management of patients with the consequences of spinal cord injury at the second and third stages of medical and medico-social rehabilitation. Clinical recommendations] in G.E. Ivanova (ed.). Moscow, 2017. [In Russian].
4. Gurovich I.Ya., Storozhakova Ya.A. Psihosocial'naya reabilitaciya v psihiatrii [Psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moscow Medpraktika. 2004. 492 p. [In Russian].
5. Erugina M.V., Krom I.L., Shmerkevich A.B. Kontent-analiz pravovyh aktov i opredelenie napravlenij optimizacii palliativnoj pomoshchi v sovremennoj Rossii [Content analysis of legal acts and identification of ways to optimize palliative care in modern Russia] // Saratov journal of medical research. Vol. 11. No. 4. P. 506–511. [In Russian].
6. Ivanova G.E. Medicinskaya reabilitaciya v Rossii. Perspektivy razvitiya [Medical rehabilitation in Russia. Prospect of development] // Consilium Medicum. 2016. No. 13 P. 9–13. [In Russian].
7. Kassirskij G.I., Vorob'ev R.N. Reabilitaciya v medicine (opredelenie, zadachi, problemy) [Rehabilitation in medicine (definition, tasks, problems)] // Soviet healthcare. 1988. No. 4. P. 22–26. [In Russian].
8. Kosyaeva S.V., Merkin A.G., Novikova E.M., Beloskurskaya O.N., Dinov E.N., Komarov A.N., Kezina L.P. Vozmozhnosti okazaniya medicinskoj i psihologicheskoy pomoshchi invalidam so snizheniem dvigatel'noj funkcii v domashnih usloviyah (opyt vyezdnyh mul'tidisciplinarnyh brigad) [Opportunities to provide medical and psychological assistance to disabled people with reduced motor function at home (experience of visiting multidisciplinary teams)] // Consilium Medicum. No. 9. P. 4–8. [In Russian].
9. Krom I.L., Erugina M.V., Shmerkevich A.B. (2015). Sovremennye vektory palliativnoj pomoshchi (obzor) [Modern vectors of palliative care (review)] // Saratov journal of medical research. Vol. 11. No. 4. P. 503–506. [In Russian].
10. Krom I.L. Mediko-sociologicheskaya konceptualizaciya invalidnosti pri boleznyah sistemy krovoobrashcheniya [Medical and sociological conceptualization of disability in diseases of the circulatory system]. Abstract of D. Sc. (Med.) thesis. Saratov, 2007. 34 p. [In Russian].
11. Ponomareva I.P., Proshchaev K.I. Prikladnoe znachenie mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya v palliativnoj geriatrii [Applied significance of the international classification of functioning, disability and health in palliative geriatrics] // Modern problems of science and education. № 5. P. 18–31. [In Russian].
12. Renker K. Osnovy reabilitacii: nauchnyj obzor. [Fundamentals of rehabilitation: scientific review]. Translation from German. Moscow: VNIIMI, 1980. 115 p. [In Russian].
13. Glare P.A., Christakis N.A. Predicting survival in patients with advanced disease // Oxford textbook of palliative medicine / D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, K. Calman (eds.). Oxford: Oxford University Press, 2004. P. 71–89.
14. Lehman R. How long can I go on like this? Dying from cardiorespiratory disease // British Journal of General Practice. 2004. № 54(509). P. 892–893.

15. Lunney J.R., Lynn J., Foley D.S., Lipson S., Guralnik J.M. Patterns of functional decline at the end of life // *Journal of the American Medical Association*. 2003. № 289(18). P. 2387–2392.
16. Murtagh F.E.M., Preston M., Higginson I.J. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease // *Clinical medicine*. 2004. № 4(1). P. 39–44.
17. Szawlowski K. Medyczo – społeczne aspekty rehabilitacji // *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie. Materiały II Kongresu TWK, 1–2 października 1983 r. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1986. P. 44–48. [In Polish]*.
18. Smychyok M. V. Osnovnye principy reabilitacii [Basic principles of rehabilitation]. [Electronic resource]. URL: [http://www.belmapo.by/downloads/med\\_soc\\_ekspert/osnovnie\\_pri](http://www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri) (date of request March 13, 2016) [In Russian]/
19. Palliativnaya medicinskaya pomoshch'. Informacionnyj byulleten' VOZ (2015) [Palliative care. Newsletter of the WHO]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/> (access mode: 12.11.2020) [In Russian].
20. Ireland National Advisory Committee. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children, 2001 [In English].
21. Invalidnost' [Disability]. [Electronic resource]. URL: <http://www.medarticle14.moslek.ru/articles/18305.htm> (date of request February 26, 2016) [In Russian].
22. World Health Organization. Palliative care: the solid facts. Europe: WHO, 2004 [In English]
23. Prikaz ot 29 dekabrya 2012 g. № 1705n «O poryadke medicinskoj reabilitacii» Ministerstvo Zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii» Zaregistrovano v Minyuste Rossii 22 fevralya 2013 g. № 27276. [Order of December 29, 2012 № 1705n «On the order of medical rehabilitation» the Ministry of Health of the Russian Federation is Registered in the Ministry of Justice of the Russian Federation on February 22, 2013 № 27276] [In Russian].
24. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF i Ministerstva truda i social'noj zashchity RF ot 31 maya 2019 g. № 345n/372n «Ob utverzhdenii Polozheniya ob organizacii okazaniya palliativnoj medicinskoj pomoshchi, vklyuchaya poryadok vzaimodejstviya medicinskih organizacij, organizacij social'nogo obsluzhivaniya i obshchestvennyh ob»edinenij, inyh nekommercheskich organizacij, osushchestvlyayushchih svoyu deyatel'nost' v sfere ohrany zdorov'ya» [Order of the Ministry of health and Ministry of labour and social protection of the Russian Federation of May 31, 2019 № 345n/372n «On approval of regulations on the organization of palliative care, including the order of interaction between health organizations, social service organizations and public associations, other non-profit organizations operating in the field of health»] [In Russian].
25. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 31 maya 2019 g. № 348n «Ob utverzhdenii perechnya medicinskih izdelij, prednaznachennyh dlya podderzhaniya funkcij organov i sistem organizma cheloveka, predostavlyaemyh dlya ispol'zovaniya na domu» [Order of the Ministry of health of the Russian Federation of May 31, 2019 № 348n «On approval of the list of medical devices intended to support the functions of organs and systems of the human body, provided for use at home»] [In Russian].
26. GOST 54738-2011 Reabilitaciya invalidov. Usługi po social'noj reabilitacii invalidov: nacional'nyj standart Rossijskoj Federacii [GOST 54738-2011 Rehabilitation of disabled people. Social rehabilitation services for the disabled: national standard of the Russian Federation] [In Russian].
27. GOST R 52877-2007 Reabilitaciya invalidov. Usługi po medicinskoj reabilitacii invalidov: nacional'nyj standart Rossijskoj Federacii [GOST R 52877-2007 Rehabilitation of disabled people. Medical rehabilitation services for the disabled: national standard of the Russian Federation] [In Russian].