

Тептин С.Е.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В ОТДЕЛЕНИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

ООО «Стомамедсервис», 188306, г. Гатчина, Ленинградская область

♦ Цель исследования — изучение особенностей организации медицинской помощи пациентам в отделении сестринского ухода. Анализ историй болезни 504 больных, лечившихся в отделении сестринского ухода и 200 анкет пациентов и их родственников о качестве ухода и оказанной помощи. Рассмотрены состав больных, обеспеченность диагностическими исследованиями и консультациями специалистов разного профиля, особенности оказания лечебно-диагностической помощи в отделениях сестринского ухода, исходы лечения, мнение потребителей медицинских услуг.

Ключевые слова: стационар сестринского ухода; организация лечения.

Для цитирования: Тептин С.Е. Особенности организации медицинской помощи пациентам в отделении сестринского ухода. *Российский медицинский журнал*. 2019; 25(1): 11-15. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2019-25-1-11-15>

Для корреспонденции: Тептин Степан Евгеньевич, заместитель главного врача ООО «Стомамедсервис», 188306, г. Гатчина, Ленинградская область, E-mail: teptin@mail.ru

Teptin S.E.

PECULIARITIES OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS IN DEPARTMENT OF NURSING CARE

Stomamedservis, 188306, Leningrad area Gatchina, Russian Federation

♦ The purpose of the study is to study the peculiarities of organization of care for patients in the nursing Office. An analysis of case histories of 504 patients treated in the Nursing Department and 200 questionnaires of patients and their relatives about the quality of care and assistance. Considered the composition of the patients, the availability of diagnostic studies and consultation expertise, especially providing diagnostic assistance offices, nursing care, treatment outcomes, consumer opinion medical services.

Keywords: hospital nursing; medical treatment.

For citation: Teptin S.E. Peculiarities of medical care for patients in department of nursing care. *Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal*. 2019; 25(1): 11-15. (in Russ.) DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2019-25-1-11-15>

For correspondence: Stepan E. Teptin, Deputy main chief of “Stomamedservis”, 188306, Gatchina, Leningradskaya oblast, Russian Federation, E-mail: teptin@mail.ru

Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 21.01.19
Accepted 18.02.19

С 01.01.2015 года в действие вступил Федеральный Закон № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», в котором определены права и обязанности получателей социальных услуг и поставщиков социальных услуг, виды социальных услуг и формы социального обслуживания. Одной из таких форм является стационарное обслуживание граждан. Социальные услуги в стационарной форме предоставляются их получателям при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневном (в неделю) круглосуточном проживании в организации социального обслуживания. Эти услуги могут получать лица пожилого и старческого возраста, одиноко проживающие, не имеющие близких родственников, которые могли бы обеспечить им уход, а также люди с ограниченными возможностями, страдающие хроническими психическими заболеваниями [1].

Стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях, в которые можно госпитализировать пожилых пациентов, нуждающихся в длительном уходе и наблюдении — от 1 до 3 месяцев и более, играет особую роль [2].

Эти учреждения предназначены для предоставления различного рода социальных и медицинских услуг гражданам пожилого и старческого возраста [3, 4].

Успешная терапия гериатрических больных возможна не только в условиях многопрофильного стационара, но и в медико-социальных отделениях, потому что

основной причиной госпитализации пациента является необходимость в уходе [5]. Кроме того, создание отделений по уходу позволяет более рационально использовать коечный фонд, дифференцируя его по степени интенсивности лечения и ухода [6, 7]. Каждый десятый пациент нуждается преимущественно в сестринских услугах [8].

Мощность дома сестринского ухода определяется существующими условиями и потребностями органов здравоохранения [9, 10].

Цель исследования изучение особенностей организации медицинской помощи пациентам в отделении сестринского ухода.

Материал и методы

Для получения информации об особенностях организации медицинской помощи пациентам в отделении сестринского ухода были изучены процесс ее организации, истории болезни 504 пациентов, госпитализированных в стационарное отделение сестринского ухода (ОСУ) г. Гатчина Ленинградской области, который входит в состав ООО «Современная медицинская служба», мощностью 125 коек, а также 100 анкет по изучению мнения пациентов и 100 анкет по изучению мнения родственников. При этом были использованы методы: контент-анализ публикаций по теме исследования, социологический (анкетирование), статистические (опре-

Диагностические исследования, выполненные в ОСУ больным разного пола (процент охвата и среднее число исследований на одного обследованного больного)

Вид исследования	% охвата	В среднем на одного обследованного больного $M \pm m$			
		всего	мужчины	женщины	t
Анализ крови общий	87,5±1,4	1,2±0,02	1,37±0,1	1,19±0,04	1,8
Анализ крови биохимический	87,5±1,5	1,4±0,04	2,01±0,12	1,2±0,04	6,6
Анализ мочи	86,1±1,5	1,17±0,03	1,17±0,08	1,17±0,04	-
Анализ кала	2,6±0,7	1,8±0,02	1,7±0,5	1,87±0,04	0,3
Рентгенография	6,2±1,1	1,03±0,01	1,0±0,0	1,03±0,01	2,1
КТ, МРТ	2,2±0,65	1,00±0,00	1,0±0,0	1,0±0,01	-
ЭКГ	85,3±1,6	1,2±0,03	1,17±0,5	1,2±0,02	0,06
Прочие	15,1±1,6	1,3±0,04	1,29±0,1	1,3±0,04	0,1

деление достоверности полученных показателей и существенности их различий).

Результаты

Оснащение, требования к кадровому составу и деятельность ОСУ были построены по принципам, регламентированным приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», изложенным в главе 2 разделе 2.2.

Одной из особенностей госпитализации в ОСУ является возможность направления пациентов социальными службами. Подавляющее большинство пациентов — 90,7±1,3% обратились в ОСУ самостоятельно или с помощью родственников, а 9,3±1,3% были направлены социальными службами.

Впервые госпитализированы в ОСУ 83,7%±1,6 пациентов, повторно — 16,3±1,6%. Повторно госпитализированы 13,1% мужчин и 16,8% женщин; 5,7% пациентов моложе 69 лет и 34,3% пациентов в возрасте 75–79 лет, в остальных возрастных группах удельный вес госпитализированных повторно составил 20,0–16,8%.

Одним из важнейших показателей лечебно-диагностической работы ОСУ является охват пациентов диагностическими исследованиями и среднее число иссле-

дований, приходящихся на одного больного.

Необходимо отметить, что больные поступают в ОСУ в плановом порядке, имея результаты необходимых исследований и заключение специалистов. Поэтому исследования в ОСУ проводятся уже в процессе лечения и наблюдения за пациентами по показаниям. Наиболее частыми диагностическими исследованиями были общий и биохимический анализы крови, анализ мочи и электрокардиограмма (табл. 1). Значительно реже выполнялись рентгенография, КТ или МРТ (2,2%). Среднее число исследований у пациентов разных гендерных и возрастных групп отличались незначительно.

Число диагностических исследований в основном зависело от характера основного заболевания, по поводу которого пациент госпитализирован в ОСУ (табл. 2). Больше всего исследований произведено у пациентов с травмами, последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы (10,5), с болезнями системы кровообращения с преимущественным поражением ЦНС (10,3); во всех случаях парных сравнений $t > 3$.

Число проведенных анализов также зависело и от характера сопутствующих заболеваний: оно было достоверно выше при наличии нескольких сопутствующих заболеваний (10,44), при сахарном диабете второго типа (10,24), при последствиях травм и заболеваниях костно-мышечной системы (10,04), минимальное количество анализов проводилось при сопутствующих заболеваниях: органов дыхания (6,47), системы кровообращения (6,96).

Второй важной характеристикой диагностической работы ОСУ является консультативная работа.

Практически все (96,8%) больные постоянно наблюдались терапевтом, который осматривал пациентов в среднем более шести раз за время пребывания в стационаре (табл. 3).

Одной из особенностей лечебно-диагностической работы ОСУ является потребность в большом количестве консультантов разных специальностей. Всего паци-

Диагностические исследования, выполненные в ОСУ больным с разными заболеваниями (среднее число исследований на одного обследованного больного $M \pm m$)

Вид исследования	Основной диагноз						
	болезни системы кровообращения (БСК)				травмы, последствия травм и заболевания КМС	злокачественные новообразования	прочие
	с преимущественным поражением сердца (ИБС+ЦВБ)	с поражением только сердца	с преимущественным поражением ЦНС (ЦВБ+ИБС)	ближайшие последствия ОНМК			
Анализ крови общий	1,3±0,07	1,2±0,04	1,4±0,29	1,0±0,1	1,4±0,19	1,0±0,27	1±0,27
Анализ крови биохимический	1,2±0,07	1,2±0,06	1,2±0,04	1,3±0,13	1,8±0,66	2,0±0,49	1,3±0,27
Анализ мочи	1,1±0,03	1,2±0,07	1,3±0,03	1,3±0,12	1,0±0,1	2,7±1,29	1,3±0,27
Анализ кала	2,0±0,11	-	1,8±0,15	1,5±0,35	2,0±0,3	-	-
Рентгенография	1,0±0,04	1,0±0,05	1,1±0,05	-	1,0±0,1	-	-
КТ, МРТ	1,0±0,04	1,0±0,04	1,0±0,04	-	-	-	-
ЭКГ	1,2±0,04	1,4±0,09	1,1±0,03	1,3±0,16	1,3±0,14	1,3±0,17	1,3±0,27
Прочие	1,3±0,09	1,0±0,05	1,4±0,13	1,6±0,28	2,0±0,5	-	1,0±0,27
Всего	10,1±0,014	8,0±0,01	10,3±0,01	8,0±0,02	10,5±0,07	7,0±0,24	4,9±0,03

Таблица 2

ентам ОСУ понадобились консультации врачей 17 специальностей (кроме терапевтов). Второе место занимают консультации психиатра, они понадобились более, чем каждому четвертому (27,8%) пациенту. На третьем месте — консультации невролога, которые проведены 18,8% больных, на четвертом и пятом — консультации хирурга — 10,5% и уролога — 9,1%. Удельный вес консультаций других специалистов был значительно ниже (см. табл. 3).

Потребность в консультациях специалистов в значительной степени определяется характером основного заболевания, по поводу которого больной находится в ОСУ. Так, наибольшее количество консультаций и более широкий спектр консультантов потребовались пациентам с болезнями системы кровообращения (24,13–20,2) по сравнению с больными с патологией костно-мышечной системы (18,4) и злокачественными новообразованиями (5,5).

Не менее важным для формирования потребности в консультациях специалистов служит характер сопутствующих заболеваний. Наибольшее суммарное число консультаций потребовалось больным анемией (22,9) и болезнями мочеполовой системы (22,8), а также при наличии нескольких сопутствующих заболеваний (21,9), болезнях системы кровообращения и костно-мышечной системы (по 21,8).

Важнейшей оценкой лечебно-диагностической работы ОСУ являются показатели, характеризующие лечебный процесс в отделении, такие как обеспеченность различными лечебными манипуляциями и среднее число лечебных мероприятий, приходящихся на одного больного, а также исходы лечения.

Особенностью лечебной работы ОСУ является то, что практически все процедуры выполняются средним медицинским персоналом — это внутривенные и внутримышечные инъекции, ЛФК, массаж, и перевязки. Второй особенностью является то, что выполнение этих манипуляций требуется в значительно большем объеме, чем в других соматических отделениях.

Так, внутривенные инъекции получали 58,3% больных по 10,4 процедур в среднем, внутримышечные — 59,7% по 15,6 инъекций в среднем, занятия ЛФК проводились с 39,1% в среднем по 7,9 раз, массаж — каждому третьему пациенту в среднем по 7,6 сеансов каждому, перевязки понадобились каждому шестому (18,0%) по 27,3 раз в среднем. При этом как охват больных лечебными процедурами, так и среднее число лечебных мероприятий определялись, в первую очередь, характером основной патологии.

Выше среднего показателя охват процедурами был у больных БСК с преимущественным поражением сердца и с поражением только сердца, на среднем уровне — у больных с ближайшими последствиями ОНМК. Среднее число процедур было больше у больных БСК с преимущественным поражением сердца и преимущественным поражением ЦНС (табл. 4).

В не меньшей степени число лечебных мероприятий определялось и характером сопутствующих заболеваний. Выше среднего показателя число процедур было проведено больным анемией (20,8), болезнями системы пищеварения (14,6), на среднем уровне — при болезнях

Таблица 3
Консультации специалистов, выполненные в ОСУ больным разного пола (процент охвата и среднее число консультаций на одного консультированного больного)

Специальность врача	% охвата ($P \pm m$)	Число консультаций в среднем на 1 консультированного больного ($M \pm m$)			
		оба пола в среднем	мужчины	женщины	t
Терапевт	96,8	6,12±0,3	6,8±0,5	5,7±0,3	1,9
Психиатр	27,8	1,57±0,1	1,47±0,1	1,55±0,05	0,8
Психолог	0,2	1,1±0,04	1,0±0,0	1,1±0,03	
Невролог	18,8	1,2±0,08	1,1±0,06	1,16±0,1	0,6
Хирург	10,5	1,26±0,1	1,3±0,1	1,27±0,1	0,2
Физиотерапевт	2,6	1,0±0,4	1,0±0,4	1,0±0,4	-
Окулист	6,7	1,17±0,1	1,2±0,15	1,1±0,17	0,45
Травматолог-ортопед	2,6	1,38±0,09	1,5±0,06	1,16±0,06	4,25
Эндокринолог	7,3	1,0±0,4	1,0±0,4	1,0±0,4	-
Кардиолог	2,4	1,08±0,08	1,17±0,05	1,0±0,4	3,4
Уролог	9,1	1,3±0,09	1,47±0,07	1,21±0,06	2,9
Гинеколог	2,2	1,0±0,4	-	1,0±0,4	-
Стоматолог	2,0	1,2±0,03	-	1,25±0,03	-
Дерматолог	4,8	1,1±0,04	1,1±0,02	1,1±0,03	-
Онколог	0,2	1,0±0,4	-	1,0±0,4	-
Онкогинеколог	0,2	1,0±0,4	-	1,0±0,4	-
Гастроэнтеролог	0,2	1,0±0,4	-	1,00±0,4	-
ЛОП	2,0	1,06±0,02	1,3±0,02	1,0±0,4	15,0

системы кровообращения (13,5) и новообразованиях (13,4).

Важным отличием в работе медицинского персонала ОСУ является то, что он должен иметь навыки психотерапевтического общения с пациентом и его родственниками.

К характеристике лечебной работы мы отнесли и исходы лечения в ОСУ. В среднем 88,7% больных были выписаны под наблюдение врачей поликлиники, 7,9% направлены для продолжения лечения в другие стационары, 1,8% умерли, 1,6% продолжали находиться в ОСУ.

Высоким (статистически значимым) был показатель летальности у больных БСК с преимущественным поражением центральной нервной системы.

Наступлению летального исхода способствовали также сопутствующие заболевания, как анемия, новообразования, наличие нескольких сопутствующих заболеваний.

Летальность мужчин — 0,9% была ниже, чем женщин (1,9%).

Направлены под наблюдение участковых терапевтов 87,9 и 88,8% соответственно, оставались в ОСУ 1,7 и 1,6%.

Средний возраст больных, выписанных на амбулаторное лечение, составил 79,7±0,59 лет, направленных в стационар — 78,6±2,8 лет, умерших — 84,1±2,4 года, продолжающих лечение — 77,7±9,0 лет. Наиболее высокий показатель летальности — 6,7 ± 6,7% отмечен у больных моложе 60 лет; в возрастных группах 60–69 и 81–85 лет он составил 2,9±2,7% и 2,9±1,4%, у больных старше 85 лет — 1,2±0,8%. Однако повозрастные показатели летальности нельзя считать статистически достоверными из-за больших значений ошибки (m).

Таблица 4

Среднее число лечебных мероприятий, выполненных больным с разными заболеваниями, лечившимся в ОСУ

Диагноз		Лечебные мероприятия (среднее число на одного больного, получавшего процедуры) $M \pm m$				
		внутривенные инъекции	внутримышечные инъекции	ЛФК	массаж	перевязки
Болезни системы кровообращения	с преимущественным поражением сердца (ИБС+ЦВБ)	9,7±0,6	16,2±0,9	7,9±0,3	6,7±0,4	27,5±5,5
	с поражением только сердца	9,7±0,7	14,9±1,5	7,5±0,4	6,8±0,8	25,5±9,2
	с преимущественным поражением ЦНС (ЦВБ+ИБС)	11,4±0,7	15,8±1,2	7,9±0,4	8,9±0,6	26,6±4,0
	ближайшие последствия ОНМК	11,2±1,4	14,6±2,1	9,6±0,8	9,4±1,0	23,9±8,9
Травмы, последствия травм и заболевания КМС		8,0±0,9	13,9±2,41	8,0±1,1	9,0±0,7	52,7±22,9
Злокачественные новообразования		10,0±1,5	13,5±1,8	-	-	9,0±0,8
Прочие болезни		7,5±1,8	15,5±1,2	-	2,8±0,7	4,0±0,9
Среднее число процедур на 1 больного		10,4±0,3	15,6±1,2	7,9±0,2	7,6±0,6	27,3±2,7

На показатели обеспеченности пациентов лечебно-диагностическими мероприятиями и число проведенных манипуляций в значительной степени влияют сроки пребывания больных в стационаре.

Нами установлено, что в среднем пациенты находились в ОСУ более месяца — 32,5 дня. Однако эти сроки значительно варьировали. Так, каждый одиннадцатый больной (9,1%) лечился всего неделю, третья часть (31,9%) — до двух недель, каждый пятый (21,0%) — до трех недель, а каждый восьмой (12,9%) — до месяца. Всего менее месяца находились в ОСУ три четверти пациентов (74,9%). Вместе с тем, 11,5% лечились в ОСУ до двух месяцев, еще 9,1% — до трех-четырех месяцев, 1,6% — до шести месяцев, 2,4% — до года, а 0,4% (2 пациента) — более года.

Средняя продолжительность стационарного лечения мужчин — 36,3 дней была несколько выше, чем женщин — 29,6 дней ($t=2,2$). Более трех месяцев лечились 6,9±2,3% мужчин и 6,3±1,2% женщин ($t=0,1$).

Наибольшее число длительно (свыше 160 дней) лечившихся было среди больных с болезнями системы кровообращения.

В определенной степени средние сроки лечения увеличивались за счет сопутствующих заболеваний. Так, при сопутствующих болезнях мочеполовой системы средний срок лечения составил 38,7 дней, при наличии нескольких сопутствующих заболеваний — 37,5, при сопутствующей анемии — 36 дней.

Больные, направленные социальной службой, лечились значительно дольше, чем поступившие по собственному желанию или ходатайству родственников (55,7±9,7 против 30,3±1,9 дней; $t=2,6$).

При анализе результатов опроса пациентов и их родственников было отмечено 98,3% положительно оценили качество лечебно-диагностических и манипуляционных мероприятий проводимым пациентам.

С увеличением сроков лечения число исследований и консультаций специалистов, проведенных в среднем одному больному, увеличивалось. Однако надо отметить, что основной массив исследований проводился пациентам в течение первого месяца пребывания в стационаре. Увеличение среднего числа основных диагностических исследований наблюдалось при сроке лечения более двух месяцев и затем — после полугодия пребывания в ОСУ.

Наибольшее влияние изменение сроков лечения оказывало на объем проводимых лечебных мероприятий.

В первые три недели лечение проводится интенсивно, и объем проведенных манипуляций достигает средних величин. Повышение активности лечения наблюдается в период до полутора месяцев пребывания больных в стационаре (при всех видах лечения $t>3$). Значительный рост объема лечебных мероприятий происходит при лечении больных свыше четырех месяцев и полугодя.

Выводы

1. Особенности стационарного лечения в ОСУ являются:

- ♦ возможность госпитализации части больных по направлению социальных служб,
- ♦ осуществление большей части лечебных манипуляций средним медицинским персоналом,
- ♦ высокая потребность пациентов в консультациях специалистов разного профиля,
- ♦ большой процент охвата лечебными процедурами и их число в среднем на одного больного,
- ♦ высокий удельный вес методов восстановительного лечения и среднее число процедур,
- ♦ необходимость психологической подготовки персонала к работе с пациентами ОСУ,
- ♦ длительные сроки госпитализации.

2. Основными факторами, влияющими на увеличение средней длительности лечения в ОСУ, являются: пол (мужчины), возраст 75–86 лет, характер основного (ближайшие последствия ОНМК, цереброваскулярные болезни, сочетанные с ишемической болезнью сердца, травмы и заболевания костно-мышечной системы) и сопутствующего (болезни мочеполовой системы, анемия) заболевания, госпитализация по направлению социальной службы.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеевская Т.И., Батрынина О.Н. Организационное обеспечение внедрения системы оценки качества работы медицинского персонала в учреждениях, предоставляющих социальные услуги в виде стационарной формы обслуживания. *Сиб. мед. журн.* (Иркутск). 2015; 6: 123-7.
2. Бровкин С.В., Иванова Л.Н. Опыт работы МУЗ «Дом сестринского ухода» г. Петрозаводска. *Главная мед. сестра*. 2005; 6: 13-23.

3. Позднякова М.А., Семисынов С.О. Правовые основы организации медико-социальной помощи пожилому населению Российской Федерации. *Мед. альманах*. 2011; 5: 23-26.
4. Новокрещенова И.Г., Чунакова В.В. Организация медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста. *Бюл. мед. Интернет-конференций*. 2013; 3(12): 1339-42.
5. Трубникова И.А., Конев Ю.В. Уход за пожилым в отделениях временного пребывания: необходимость и реальность. *Клинич. геронтология*. 2014; 1-2: 41-4.
6. Алексеева В.М., Шамшурина Н.Г., Подлипенцева А.Н. Создание отделения сестринского ухода на базе многопрофильной больницы. *Ремедиум*. 2006; 8: 34-6.
7. Какорина Е.П., Роговина А.Г., Чемякина С.Н. Проблемы медицинского обслуживания пожилых в России. *Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2006; 2: 32-7.
8. Щитикова О.Б., Иванов С.В. Организация оказания стационарной медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста в Москве. *Социал. аспекты здоровья населения*. 2016; 47(1): 1-8.
9. Прошаев К.И., Пономарева И.П. Принципы создания и реализации модели гериатрической паллиативной помощи (на примере Белгородского региона). *Вестн. новых мед. технологий*. 2013; 20(1): 8-10.
10. Эделева А.Н., Федоткин М.А. Совершенствование стационарной медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. *Мед. альманах*. 2016; 4: 18-23.

REFERENCES

- personnel in institutions providing social services in the form of a stationary form of service. *Sibirskii meditsinskii zhurnal*. (Irkutsk). 2015; 6: 123-7. (in Russian)
2. Brovkin S.V., Ivanov L.N. The experience of MUZ "Home nursing care" in Petrozavodsk. *Glavnaya med. sestra*. 2005; 6: 13-23. (in Russian)
3. Pozdnyakova M., Semisynov S.O. Legal basis of the organization of medical and social assistance to the elderly population of the Russian Federation. *Med. al'manah*. 2011; 5: 23-26. (in Russian)
4. Novokreschenova I.G., Chunakova V.V. Organization of medical and social services for elderly citizens. *Byul. med. Internet-konferentsiy*. 2013; 3 (12): 1339-42. (in Russian)
5. Trubnikova I.A., Konev I.V. Care of the elderly in the departments of temporary stay: the need and reality. *Clinikh. gerontologiya*. 2014; 1-2: 41-4. (in Russian)
6. Alekseeva V.M., Shamshurina N.G., Podlipentsev A.N. The establishment of nursing departments at the multidisciplinary hospitals. *Remedium*. 2006; 8: 34-6.
7. Kakorina E.P., Rogova S.N., Chemyakina S.N. Problems of medical care for the elderly in Russia. *Probl. social. gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2006; 2: 32-7. (in Russian)
8. Shchitikova O.B., Ivanov S.V. The organization of rendering stationary medical care to patients of elderly and senile age in Moscow. *Social. aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2016; 47 (1): 1-8. (in Russian)
9. Prewiev K.I., Ponomarev I.P. The Principles of creation and realization of model of geriatric palliative care (by example of Belgorod region). *Vestn. novykh med. tekhnologiy*. 2013; 20 (1): 8-10. (in Russian)
10. Edeleva A.N., Fedotkin M.A. Improving hospital care for persons of elderly and senile age. *Med. Al'manakh*. 2016; 4: 18-23. (in Russian)

Поступила 21.01.19

Принята к печати 18.02.19