



**ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ**

Виртуальная школа онкорекреабилитации АСОР

Web платформа для телеобразовательных и телереабилитационных программ для врачей онкологов, реабилитологов и специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды.



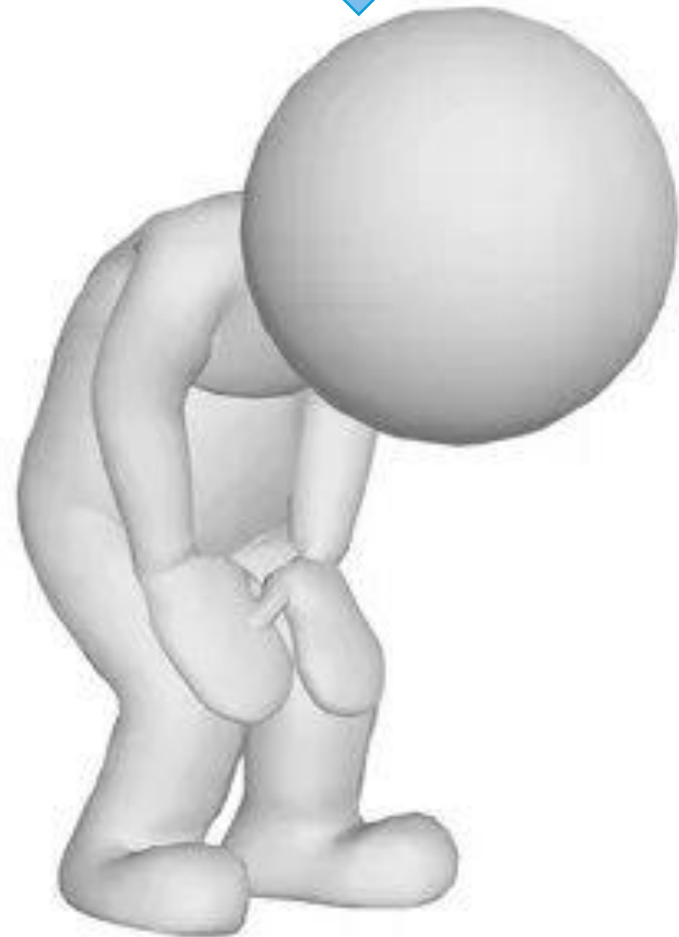
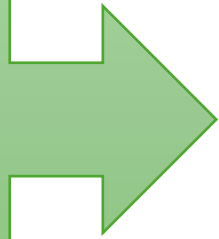
Дорожная карта

Реабилитация больных опухолями ЖКТ

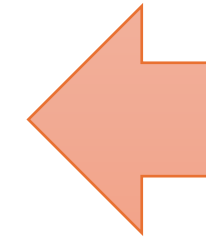
Хирургическое
лечение ЗНО



Неoadъюв
антное
лечение
ЗНО

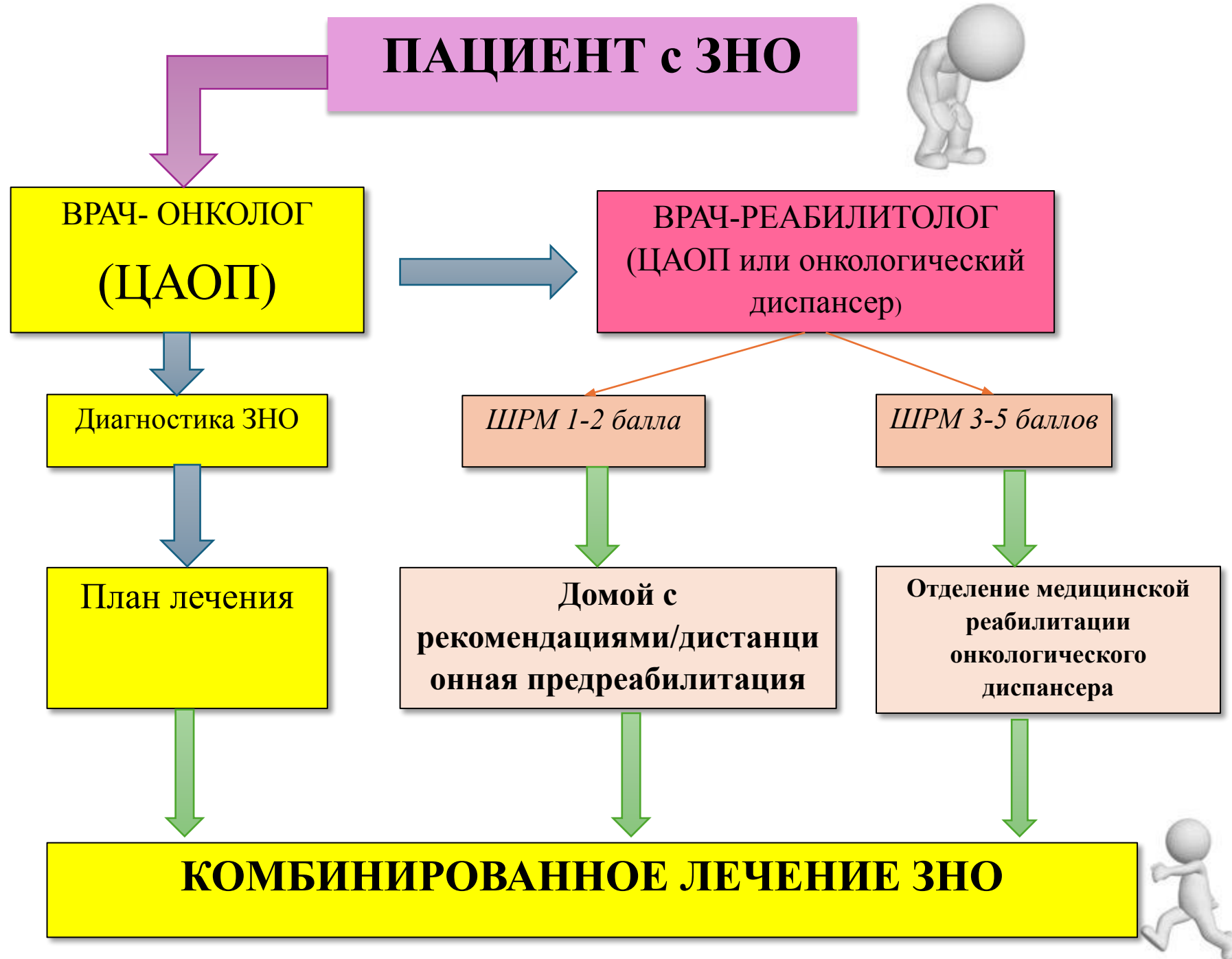


Адъюван
тное
лечение
ЗНО



Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) (Приказ № 788Н)

0 баллов	отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности.	Функции, структуры организма сохранены полностью.
1 балл	отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания.	ECOG 0 баллов CTCAE 1 балл RTOG 0 балл
2 балла	легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности	ECOG 1 балл CTCAE 1 балл RTOG 1 балл
3 балла	умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности	ECOG 2 балла CTCAE 2 балла RTOG 2 балл
4 балла	выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности	ECOG 3 балла CTCAE 3 балла RTOG 3 балла
5 баллов	грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности	ECOG 4 балла NCI CTCAE 4 балла RTOG 4 балла
6 баллов	нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести	



ПАЦИЕНТ с ЗНО



НЕОАДЪЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КУРС

МЕЖКУРСОВОЙ ПЕРИОД



**ВРАЧ-РЕАБИЛИТОЛОГ
(онкологический
диспансер)**

ШРМ 1-3 балла

**Домой с
рекомендациями
или
дистанционная
реабилитация**

ШРМ 4-5 баллов

**Отделение
медицинской
реабилитации
онкологического
диспансера**

НЕОАДЪЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КУРС



ПАЦИЕНТ с ЗНО



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**ПЕРВЫЙ ЭТАП
РЕАБИЛИТАЦИИ**

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД



**ВРАЧ-
РЕАБИЛИТОЛОГ
(онкологический
диспансер)**

ШРМ 1-2 балла

**Домой с
рекомендациями
или
дистанционная
реабилитация**

ШРМ 3-5 баллов

**Отделение
медицинской
реабилитации
онкологического
диспансера**

АДЬЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КУРС



ПАЦИЕНТ с ЗНО



АДЬЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КУРС

МЕЖКУРСОВОЙ ПЕРИОД



**ВРАЧ-РЕАБИЛИТОЛОГ
(онкологический диспансер)**

ШРМ 1-3 балла

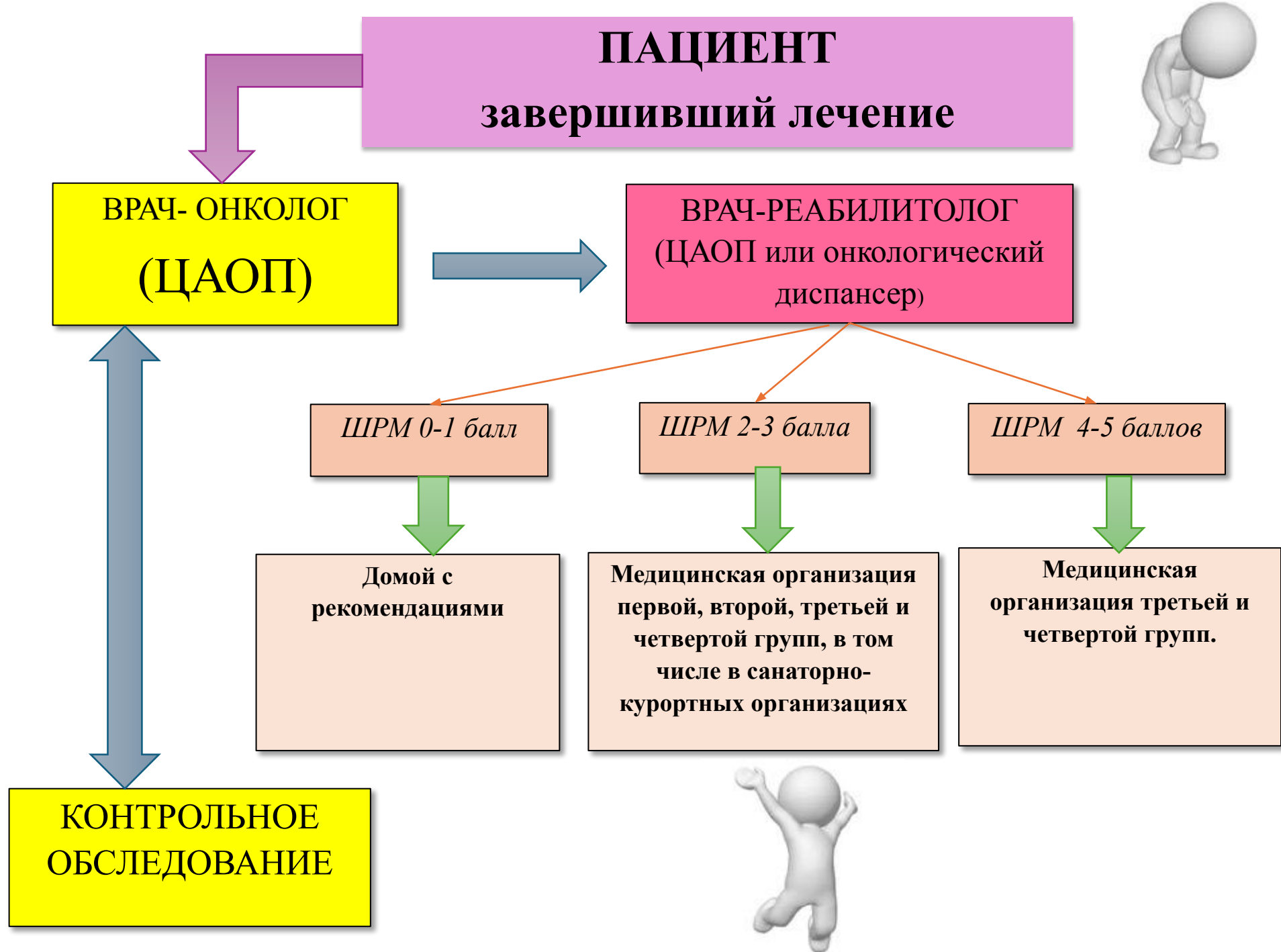
**Домой с рекомендациями
или дистанционная реабилитация**

ШРМ 4-5 баллов

**Отделение медицинской реабилитации
онкологического диспансера**

АДЬЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КУРС





ПАЦИЕНТ

завершивший лечение



**ВРАЧ-ОНКОЛОГ
(ЦАОП)**

**ВРАЧ-РЕАБИЛИТОЛОГ
(ЦАОП или онкологический
диспансер)**

ШРМ 0-1 балл

ШРМ 2-3 балла

ШРМ 4-5 баллов

**Домой с
рекомендациями**

**Медицинская организация
первой, второй, третьей и
четвертой групп, в том
числе в санаторно-
курортных организациях**

**Медицинская
организация третьей и
четвертой групп.**

**КОНТРОЛЬНОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ**



Постановка диагноза, проведение онкологического консилиума для определения тактики лечения и реабилитации



0 -Предреабилитация с применением телемедицинских технологий

1- Ранняя реабилитация в ОРИТ и на хирургической койке (5 дней)

2- Реабилитация 2 этапа после хирургического лечения на базе стационарного отделения реабилитации или в отделении реабилитации многопрофильного стационара

3-Амбулаторная реабилитация на базе дневного стационара или поликлиники в том числе на дому с применением телемедицинских технологий

Желудка



Желудка. Хирургическое или паллиативное лечение



Желудка. Периоперационная химиотерапия

1 ЦАОП

Консилиум для определения тактики лечения

1 ЭТАП: хирургическое лечение

> Направление на госпитализацию (при очном участии)

или

Паллиативное лечение

2 ЦАОП

1 ЭТАП: периоперационная химиотерапия

При очном участии:

- Доведение плана лечения до пациента

+ Запись к химиотерапевту

3 ЦАОП

Первичный прием химиотерапевта

5 рабочих дней

Забор крови

> Направление на госпитализацию

+ Запись на повторный прием

Стационар

Введение препаратов

4 ЦАОП

Приемы химиотерапевта во время лечения

мин. 1-2 приема в месяц

Забор крови

> Направление на госпитализацию

+ Запись на повторный прием

Стационар

Введение препаратов

Опционально:

- ЭКГ

- Общий анализ мочи

5 ЦАОП

5 ЦАОП

Прием химиотерапевта после завершения неоадьювантной терапии

Назначение обязательных исследований:

- КТ органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов малого таза с контрастным усилением

- ЭГДС

+ Запись на повторный прием

6 ЦАОП

Выполнение исследований

7 рабочих дней

7 ЦАОП

Прием химиотерапевта

1 день

+ Запись на консилиум

или

Продолжение неоадьювантной терапии

8 ЦАОП

Консилиум

2 дня

2 ЭТАП:

Хирургическое лечение

или

Паллиативное лечение

9 Стационар

Госпитализация для операции

5 рабочих дней после онкологического консилиума
15 дней после неоадьювантной терапии

Лаборатория

Гистология

3-5 рабочих дней

Без пациента

10 ЦАОП

Прием онколога

После гистологии

+ Запись на консилиум

11 ЦАОП

Консилиум

3 рабочих дня

Лечение завершено

или

- Требуется адьювантная терапия

+ Запись к химиотерапевту

или

Паллиативное лечение

12 ЦАОП

Прием химиотерапевта

5 рабочих дней

- Забор крови

> Направление на госпитализацию

+ Запись на повторный прием

Стационар

Введение препаратов

13 ЦАОП

Приемы химиотерапевта во время лечения

мин. 1-2 приема в месяц

- Забор крови

> Направление на госпитализацию

+ Запись на повторный прием

Стационар

Введение препаратов

14 ЦАОП

Прием химиотерапевта после завершения адьювантной терапии

+ Запись на консилиум

Возвращение на 12 этап

1-10 рабочих дней

Без пациента

15 ЦАОП

Прием онколога

5 рабочих дней

- Постановка на диспансерное наблюдение

- Назначение контрольной вакцины

Толстой кишки. Хирургическое лечение (C18, C19)

1 ЦАОП

Консилиум для определения тактики лечения

Очно (опционально заочно)

1 ЭТАП: Хирургическое лечение

- При очном участии:
Доведение плана лечения до пациента
- > Направление на госпитализацию

2 Стационар

Госпитализация для операции

5 рабочих дней

после онкологического консилиума

10-17 дней

после неоадьювантной терапии



Лаборатория

Гистология, МГИ

7-14 дней

Без пациента

3 ЦАОП

Прием онколога

После гистологии

- > Запись на консилиум

4 ЦАОП

Консилиум

2 рабочих дня

Лечение завершено

или

- Требуется адьювантная терапия
- > Запись к химиотерапевту

или

5

ЦАОП

Прием химиотерапевта

5 рабочих дней

- Забор крови
- > Направление на госпитализацию

- + Запись на повторный прием



Стационар

Введение препаратов

5

ЦАОП

Прием онколога

5 рабочих дней

- Постановка на диспансерное наблюдение,
назначение контрольной явки

или

6

ЦАОП

Приемы химиотерапевта во время лечения

минимум 1-2 приема в месяц

- Забор крови
- > Направление на госпитализацию

- + Запись на повторный прием



Стационар

Введение препаратов

7

ЦАОП

Прием химиотерапевта после завершения адьювантной терапии

- + Запись на консилиум

Возвращение на 5 этап

Толстой кишки. Неoadъювантная терапия (С 18, С 19)

ЦАОП

Консилиум для определения тактики лечения
Очно (опционально заочно)

1 ЭТАП: неoadъювантная терапия

При очном участии:
- Доведение плана лечения до пациента
> Запись к химиотерапевту

ЦАОП

Первичный прием химиотерапевта

5 рабочих дней

- Забор крови
> Направление на госпитализацию
+ Запись на повторный прием

Опционально:
- ЭКГ
- Общий анализ мочи

Стационар

Введение препаратов

ЦАОП

Приемы химиотерапевта во время лечения

минимум 1-2 приема в месяц

- Забор крови
> Направление на госпитализацию
+ Запись на повторный прием

Опционально:
- ЭКГ
- Общий анализ мочи

Стационар

Введение препаратов

ЦАОП

Прием химиотерапевта после завершения неoadъювантной терапии

Назначение обязательных исследований:
- КТ органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов малого таза с контрастным усилением
- Забор крови (раковый эмбриональный антиген)

+ Запись на повторный прием

ЦАОП

Выполнение исследований

5 рабочих дней

ЦАОП

Приемы химиотерапевта

1 день

Запись на консилиум

или

Продолжение неoadъювантной терапии

ЦАОП

Консилиум

2 рабочих дня

2 ЭТАП: хирургическое лечение

или

Паллиативное лечение

Стационар

Госпитализация для операции

5 рабочих дней

после онкологического консилиума

10-17 дней

после неoadъювантной терапии

Лаборатория

Гистология, МГИ

7-14 дней

Без пациента

ЦАОП

Прием онколога

После гистологии

> Запись на консилиум

ЦАОП

Консилиум

2 рабочих дня

Лечение завершено

или

ЦАОП

Прием онколога

После гистологии

> Запись на консилиум

ЦАОП

Консилиум

2 рабочих дня

Лечение завершено

или

Требуется адъювантная терапия
> Запись к химиотерапевту

или

Паллиативное лечение

ЦАОП

Прием химиотерапевта

5 рабочих дней

- Забор крови
> Направление на госпитализацию
+ Запись на повторный прием

Стационар

Введение препаратов

ЦАОП

Прием онколога

5 рабочих дней

- Постановка на диспансерное наблюдение, назначение контрольной явки

ЦАОП

Приемы химиотерапевта во время лечения

минимум 1-2 приема в месяц

- Забор крови
> Направление на госпитализацию
+ Запись на повторный прием

Стационар

Введение препаратов

ЦАОП

Прием химиотерапевта после завершения адъювантной терапии

+ Запись на консилиум

Возвращение на II этап

I) МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ: Коды МКБ: С15-С26 Злокачественные новообразования органов пищеварения

- С15 Злокачественное новообразование пищевода
- С16 Злокачественное новообразование желудка
- С17 Злокачественное новообразование тонкого кишечника
- С18 Злокачественное новообразование ободочной кишки
- С19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения

II) ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Предреабилитация (prehabilitation) – реабилитация с момента постановки диагноза до начала лечения (хирургического лечения/химиотерапии/лучевой терапии).

I этап реабилитации –реабилитация в период специализированного лечения основного заболевания (включая хирургическое лечение/химиотерапию/лучевую терапию) в отделениях медицинских организаций по профилю основного заболевания;

II этап реабилитации - реабилитация в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центров, отделений реабилитации), в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания.

III этап реабилитации – реабилитация в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому.

В случае реабилитации онкологических больных тактика восстановительного лечения и выбор ее методов не привязана к срокам госпитализации.

На втором и третьем этапах реабилитации не исключается возможность применения гидротерапии, бальнеотерапии. Без уровня доказательности.

Пациент может быть направлен на санаторно – курортный этап реабилитации.

ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Проведение предреабилитации значительно ускоряет функциональное восстановление, сокращает сроки пребывания в стационаре после операции и снижает частоту развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения онкологического заболевания. Предреабилитация включает в себя физическую подготовку (ЛФК), психологическую и нутритивную поддержку, информирование больных [1]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ia)

Проведение лечебной физкультуры в плане предреабилитации уменьшает общее число осложнений в послеоперационном периоде, снижает частоту легочных осложнений и длительность пребывания в стационаре [2] Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).

Программа комплексной предреабилитации при раке пищевода и желудка, которая включает в себя отказ от курения и алкоголя минимум за 2 недели до операции, занятия ЛФК в домашних условиях (комплекс физической нагрузки средней интенсивности с аэробной и анаэробной нагрузкой) не менее 15 минут в день 6-7 раз в неделю, дополнительную питательную поддержку, работу с психологом для преодоления тревоги и депрессии (начинается не менее, чем за 14 дней до операции), достоверно уменьшает число послеоперационных осложнений. [2]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Нутритивная поддержка показана при наличии хотя бы одного из указанных факторов: непреднамеренном снижении веса за последние 3 месяца (потеря 10% и более), индексе массы тела менее 18,5 кг/м², ухудшении возможности приема пищи за последнюю неделю, низкого объема пищи (калорийность менее 1500 ккал/сутки). Предпочтительный способ – пероральное питание (сиппинг). При невозможности или неадекватности перорального питания необходима установка назогастрального зонда или наложение временной гастростомы. Калорийность рациона должна составлять 25-30 ккал/кг массы тела в сутки, доза белка – 1,0-1,5 г/кг массы тела в сутки. Необходимо восполнение суточной потребности в витаминах и микроэлементах. Предпочтительнее использовать готовые смеси, обогащенные белком, омега-3 жирными кислотами, аргинином и РНК. Их использование достоверно снижает частоту инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Нутритивная поддержка, проводимая на амбулаторном этапе и продолженная в течение всего периода обследования, вплоть до проведения оперативного вмешательства, снижает число послеоперационных осложнений и длительность госпитализации. При сохранении перорального приема пищи предпочтение отдается высокобелковым готовым смесям, суточная дозировка не менее 400 мл в сутки. При внутрижелудочном энтеральном питании, особенно при нарушении эвакуации из желудка, перед очередным введением питательной смеси определяется остаточный объем желудочного содержимого. Если он превышает половину от ранее введенного объема смеси, кормление не проводится. При невозможности перорального приема пищи (опухоль пищевода, стеноз желудка, кишечная непроходимость) проводят зондовое, парентеральное или смешанное питание согласно расчетной потребности [3]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ia).

Адекватная питательная поддержка в течение, как минимум, 7 суток снижает число послеоперационных осложнений и длительность пребывания в стационаре. [4]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).

Важным моментом на этапе предреабилитации является психологическая реабилитация, которая включает методики, направленные на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроения) в течение 40 - 60 минут 6 дней в неделю.

Хирургическое лечение. Ранняя реабилитация

Протоколы fast track rehabilitation («быстрый путь») и ERAS (Enhanced recovery after surgery – ускоренное восстановление после операции), в которые входит комплексное обезболивание, раннее начало энтерального питания, отказ от рутинного использования катетеров и дренажей, ранняя мобилизация пациентов с первых-вторых послеоперационных суток (активизация и вертикализация), является безопасным, уменьшает длительность пребывания в стационаре, снижает число нехирургических осложнений и не увеличивает общее количество послеоперационных осложнений. [7, 8, 9]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Дыхательная гимнастика, использование побудительного спирометра и положительного давления конца выдоха в раннем послеоперационном периоде в совокупности с ранней активизацией снижает длительность пребывания в стационаре и число легочных осложнений. [10, 11]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Ранняя мобилизация (вертикализация, выполнение комплекса ЛФК с аэробной, силовой нагрузкой, упражнениями на растяжку под контролем инструктора) безопасно, не увеличивает число послеоперационных осложнений, улучшает функциональные возможности пациента. [12]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib)

Массаж является безопасным и эффективным методом лечения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших большие торакальные и абдоминальные хирургические вмешательства. Его использование позволяет снизить интенсивность боли, беспокойство и напряжение. [13, 14].

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Купирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде имеет мультидисциплинарный характер. Сочетание обезболивающей терапии и физиотерапии, ЛФК, лечения положением, методами психологической коррекции, чрескожной электростимуляции и применением акупунктуры дает хорошие результаты [15] - В (уровень достоверности доказательств – IIa).

ФИНАНСИРОВАНИЕ ПЕРВОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ



Коэффициент сложности лечения
пациента
(КСЛП):

УТВЕРЖДЕНА
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 29 декабря 2022 г. № 2497

ж) при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и (или) койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реанимация", и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации) - 0,15;



**КСГ по профилю
«онкология»
+коэффициент
сложности лечения
пациента**

УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ

- ✓ Лицензия на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»;
- ✓ Сформированная согласно приказу 788н МДРК;
- ✓ Пребывание пациента в ОРИТ после операции (длительность не принципиальна);
- ✓ Начало реабилитационных мероприятий не позднее 48 часов после операции;
- ✓ Длительность реабилитации – не менее 5 дней;
- ✓ Длительность реабилитационных мероприятий в день – не менее 1 часа.

Критерии применения КСЛП

Особенности применения КСЛП

- ✓ При проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии:
 - ❑ начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии
 - ❑ с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий
 - ❑ при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки
 - ❑ при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации

- ✓ Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации

Указанный КСЛП не может применяться при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Разработаны подробные методические рекомендации Минздрава РФ по ранней реабилитации

https://rehabrus.ru/Docs/2021/MR-reabIT_2.0.pdf?ysclid=Iqz1vue3n2108310085



Методические рекомендации

Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (РеабИТ)

Возрастная группа: Взрослые и дети

Год утверждения: 2021

Предшествующая редакция: 2016

Разработчики:

- Общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России»
- Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»



КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ МОЗГА

Поиск по сайту

Уральский центр реанимационной нейрореабилитации

О нас

Часто задаваемые вопросы

Новости

Оплата на сайте

Новости

Поздравляем С НОВЫМ ГОДОМ!
Предлагаем ознакомиться с графиком работы поликлиники в праздничные дни

29 декабря 2023

Цикл повышения квалификации по дисфагии прошла логопед Областного онкологического диспансера, г.Екатеринбург

22 декабря 2023

В Клинике Института Мозга прошел цикл повышения квалификации по организации здравоохранения для руководителя клинического госпиталя "Лалино"

22 декабря 2023

[Главная](#) > [Новости](#) > [2023](#) > [декабрь](#) > [Telegram канал](#)

Telegram канал "РеабИТ"

Приглашаем подписаться на телеграм канал
Для того, чтобы быть в курсе актуальной инф или qr коду:

https://t.me/+5pUim_6JZ_402MzNi



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОМС СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ СОЮЗ
МЕДИЦИНСКИХ СТРАХОВЩИКОВ» НА ТЕРРИТОРИИ
г. ЕКАТЕРИНБУРГА И СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ
ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
В Т. Ч. С МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫМ ПОДХОДОМ,
ПО ПРОФИЛЮ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»
ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ НА ТЕРРИТОРИИ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Недостаточность питания может выявляться у половины хирургических пациентов

До 50% поступающих в стационары пациентов имеют признаки нутритивной недостаточности (J. Sorensen и соавторы 2008)

Нутритивная недостаточность в предоперационном периоде выявляется в 30–60% случаев (по данным M. Raslan (2011))

Протокол ранней хирургической реабилитации (ERAS)

Среди комплекса мер ранней реабилитации пациентов важное место занимает:

Оценка нутритивного статуса перед операцией
Коррекция нарушений питания перед операцией
Ограничение голодной паузы до операции

В послеоперационном периоде:
Профилактика послеоперационной тошноты и рвоты
Раннее энтеральное питание
Коррекция метаболизма белка



III) ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Проведение предреабилитации значительно ускоряет функциональное восстановление, сокращает сроки пребывания в стационаре после операции и снижает частоту развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения онкологического заболевания. Предреабилитация включает в себя физическую подготовку (ЛФК), психологическую и нутритивную поддержку, информирование больных [1]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ia)

Проведение лечебной физкультуры в плане предреабилитации уменьшает общее число осложнений в послеоперационном периоде, снижает частоту легочных осложнений и длительность пребывания в стационаре [2]. Уровень достоверности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa).

Программа комплексной предреабилитации при раке пищевода и желудка, которая включает в себя отказ от курения и алкоголя минимум за 2 недели до операции, занятия ЛФК в домашних условиях (комплексе физической нагрузки средней интенсивности с аэробной и анаэробной нагрузкой) не менее 15 минут в день 6-7 раз в неделю, дополнительную питательную поддержку, работу с психологом для преодоления тревоги и депрессии (начинается не менее, чем за 14 дней до операции), достоверно уменьшает число послеоперационных осложнений. [2]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).

Нутритивная поддержка показана при наличии хотя бы одного из указанных факторов: непреднамеренном снижении веса за последние 3 месяца (потеря 10% и более), индексе массы тела менее 18,5 кг/м², ухудшении возможности приема пищи за последнюю неделю, низкого объема пищи (калорийность менее 1500 ккал/сутки). Предпочтительный способ – пероральное питание (сиппинг). При невозможности или неадекватности перорального питания необходима установка назогастрального зонда или наложение временной гастростомы. Калорийность рациона должна составлять 25-30 ккал/кг массы тела в сутки, доза белка – 1,0-1,5 г/кг массы тела в сутки. Необходимо восполнение суточной потребности в витаминах и микроэлементах. Предпочтительнее использовать готовые смеси, обогащенные белком, омега-3 жирными кислотами, аргинином и РНК. Их использование достоверно снижает частоту инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Нутритивная поддержка, проводимая на амбулаторном этапе и продолженная в течение всего периода обследования, вплоть до проведения оперативного вмешательства, снижает число послеоперационных осложнений и длительность госпитализации. При сохранении перорального приема пищи предпочтение отдается высокобелковым готовым смесям, суточная дозировка не менее 400 мл в сутки. При внутривенном энтеральном питании, особенно при нарушении эвакуации из желудка, перед очередным введением питательной смеси определяется остаточный объем желудочного содержимого. Если он превышает половину от ранее введенного объема смеси, кормление не проводится. При невозможности перорального приема пищи (опухоль пищевода, стеноз желудка, кишечная непроходимость) проводят зондовое, парентеральное или смешанное питание согласно расчетной потребности [3]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ia).

Адекватная питательная поддержка в течение, как минимум, 7 суток снижает число послеоперационных осложнений и длительность пребывания в стационаре. [4]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa).

Важным моментом на этапе предреабилитации является психологическая реабилитация, которая включает методики, направленные на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроя) в течение 40 - 60 минут 6 дней в неделю. Психологическая реабилитация начинается за 5 дней до операции и продолжается 30 дней после оперативного вмешательства, что значительно улучшает качество жизни пациентов с РГЛ [5]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).

Проведение ЛФК на предоперационном этапе уменьшает частоту послеоперационных осложнений [6]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa).

IV) ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ IVA) ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Протоколы fast track rehabilitation («быстрый путь») и ERAS (Enhanced recovery after surgery – ускоренное восстановление после операции), в которые входит комплексное обезболивание, раннее начало энтерального питания, отказ от рутинного использования катетеров и дренажей, ранняя мобилизация пациентов с первых-вторых послеоперационных суток (активизация и вертикализация), является безопасным, уменьшает длительность пребывания в стационаре, снижает число нехирургических осложнений и не увеличивает общее количество послеоперационных осложнений. [7, 8, 9]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).

Дыхательная гимнастика, использование побудительного спирометра и положительного давления конца выдоха в раннем послеоперационном периоде в совокупности с ранней активизацией снижает длительность пребывания в стационаре и число легочных осложнений. [10, 11]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).

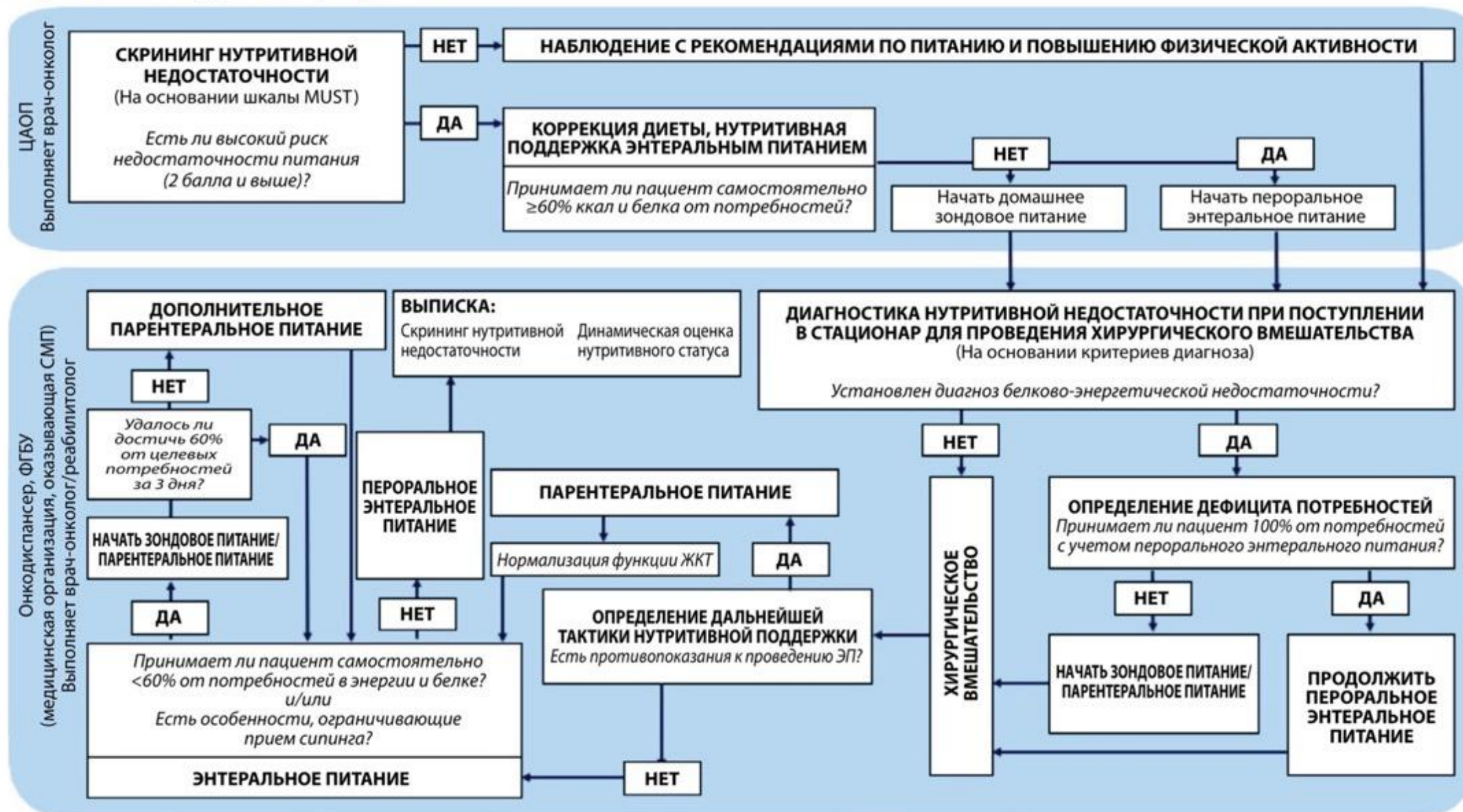
Ранняя мобилизация (вертикализация, выполнение комплекса ЛФК с аэробной, силовой нагрузкой, упражнениями на растяжку под контролем инструктора) безопасно, не увеличивает число послеоперационных осложнений, улучшает функциональные возможности пациента. [12]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).

Массаж является безопасным и эффективным методом лечения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших большие торакальные и абдоминальные хирургические вмешательства. Его использование позволяет снизить интенсивность боли, беспокойство и напряжение. [13, 14]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).

Купирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде имеет мультидисциплинарный характер. Сочетание обезболивающей терапии и физиотерапии, ЛФК, лечения положением, методиками психологической коррекции, чрескожной электростимуляции и применением акупунктуры дает хорошие результаты [15] - В (уровень достоверности доказательств - IIa).

Рис. 1. Маршрутизация нутритивной поддержки пациентов хирургического профиля.

Fig. 1. Routing of nutritional support for surgical patients.



Примечание. Здесь и далее на рис. 2: ЦАОП – центр амбулаторной онкологической помощи, СМП – скорая медицинская помощь, ЭП – энтеральное питание.

Как организовать нутритивную поддержку в стационаре?

Основные документы

NUTRIWAY		
ПРЯМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ЗАТРАТЫ НА ПРОВЕДЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ		
Типы затрат	ХИРУРГИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ (НА 14 ДНЕЙ)
Медицинские услуги для диагностики заболевания, состояния	803,50	803,50
1.1. Прием, осмотр, консультация врача-специалиста	759,50	759,50
1.2. Лабораторные методы исследования	44,00	44,00
Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением в течение указанной продолжительности лечения	27 481,95	4 711,54
2.1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	759,54	759,54
2.3. Лабораторные методы исследования	88,00	88,00
2.7. Нутритивная поддержка (энтеральное, энтеральное зондовое и парентеральное питание)	26 634	3 864
Прямые расходы, руб., в т.ч.:	29 376,14	5 515,04

- Ф3 РФ 323
- Приказ МЗ РФ № 330 от 05.08.03 (№316 с изменениями)
- Порядки оказания мед помощи
- Клинические рекомендации
- Стандарты лечения МЗ
- МЭС региональные
- Региональные программы в рамках Программы Государственных гарантий

Второй этап реабилитации

- Выполнение комплексов ЛФК после проведения радикального хирургического лечения по поводу рака пищевода и желудка безопасно и способствует быстрейшему восстановлению физической формы и улучшает качество жизни больного [16]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIb).
- Постепенно нарастающая интенсивность ЛФК помогает контролировать слабость на фоне комбинированного лечения ЗНО [17]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).
- Аэробные упражнения также помогают улучшать качество жизни, психологическое состояние, контролировать вес [18]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).
- Пациентам показаны занятия ЛФК средней интенсивности по 15 – 30 минут в день 3 – 5 раз в неделю, постепенно увеличивая длительность [19]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).
- Показаны аэробные нагрузки длительностью 150 минут в неделю и силовые – 2 раза в неделю [19]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib).
- Электросон оказывает выраженный седативный эффект. Его применение уменьшает проявления астеничного и депрессивного синдрома, интенсивность головных болей, влияет на нормализацию кислотности в культе желудка и приводит к уменьшению проявлений дискинезии желчевыводящих путей, улучшая качество жизни больного. [20]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIb).
- Акупунктура позволяет контролировать болевой синдром у онкологических больных [21]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa).

Третий этап реабилитации

- У больных, находящихся в ремиссии, комплексная программа, включающая питательную поддержку, занятия с психологом и регулярные занятия ЛФК, начинающиеся с аэробной нагрузки низкой интенсивности с постепенным увеличением ее до аэробной нагрузки умеренной интенсивности совокупности упражнениями с сопротивлением, приводят к улучшению кардиореспираторной выносливости и качества жизни [22] Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).
- Поддержание стабильной массы тела и активный образ жизни увеличивают сроки общей выживаемости. Цель – не менее 30 минут физической активности умеренной интенсивности несколько раз (большинство дней) в неделю, принимая во внимание наличие и тяжесть осложнений противоопухолевого лечения (например, нейропатию) [23]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).

ХИМИОТЕРАПИЯ

Противоопухолевое лечение рака пищевода и желудка вызывает психологический дистресс, тревогу, депрессию, что ухудшает качество жизни пациентов [24, 25]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIb).

Наличие белково-энергетической недостаточности, возникшей после гастрэктомии, способствует развитию токсичности при проведении полихимиотерапии. [26] Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).

Выполнение упражнений с нагрузкой уменьшают слабость, улучшают качество жизни и психологическое состояние пациентов, получающих адъювантную химиотерапию. Раннее начало физических нагрузок на фоне химиотерапии помогает профилактике мышечной слабости, возникновению и прогрессированию саркопении, снижению толерантности к физической нагрузке. [27]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Комбинация ЛФК с психологической поддержкой на фоне химиотерапии эффективнее, чем изолированная медикаментозная коррекция. [28]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Проведение комплекса ЛФК с включением в него аэробной нагрузки на фоне химиотерапии увеличивает жизненную емкость легких, насыщенность крови кислородом, силу мышц, объем движений в крупных суставах, снижает индекс массы тела [29]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).

Шестинедельный курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии [30]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIb).

Упражнения на тренировку баланса более эффективны для коррекции полинейропатии, чем сочетание упражнений на выносливость и силовых упражнений [31]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Ранний мониторинг кардиологических осложнений и обучение пациентов здоровому образу жизни в сочетании с физической нагрузкой снижает риск развития кардиотоксичности на фоне химиотерапии [32]. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств IIb).

Проведение курса массажа в течение 6 недель уменьшает слабость на фоне комбинированного лечения [33]. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – IIb).

Рекомендуется применение низкоинтенсивной лазеротерапии в лечении периферической полинейропатии на фоне химиотерапии [34]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa)

Рекомендована низкочастотная магнитотерапия в лечении периферической полинейропатии на фоне химиотерапии [35]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa)

Рекомендована чрескожная электростимуляция в течении 20 минут в день 4 недели для лечения полинейропатии на фоне химиотерапии [36]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIb).

Рекомендована низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике мукозитов полости рта на фоне

ВТОРОЙ И ТРЕТИЙ ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ



ФГБУ центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России

МНИОИ им. П.А. Герцена-Филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Союз реабилитологов России



ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ШРМ 1-3
ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ШРМ 4-5
РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ШРМ 1-3
РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ШРМ 4-5

396 st37.018 Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35	37 Медицинская реабилитация
397 st37.019 Медицинская реабилитация после ортопедических операций	1,44	37 Медицинская реабилитация
398 st37.020 Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии	1,24	37 Медицинская реабилитация
399 st37.021 Медицинская реабилитация после гематологической онкопатологии (лимфома, лейкоз, МДС, ММ)	1,24	37 Медицинская реабилитация
201 st19.102 ЗНО лимфадной и кровяной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по рецепту), взрослые (уровень 6)	20,6	19 Онкология
202 st19.103 Лучевые повреждения	2,84	19 Онкология
203 st19.104 Экцизиция малого тазе при лучевых повреждениях	19,8	19 Онкология

По профилю «Медицинская реабилитация» В СТАЦИОНАРЕ:

- st37.024 «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы» с коэффициентом затратноемкости 6,83;
 - st37.025 «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы» с коэффициентом затратноемкости 6,10;
 - st37.026 «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)» с коэффициентом затратноемкости 3,50.
- Все группы имеют дополнительный критерии отнесения случая - длительность госпитализации 30 дней и оценка по шкале реабилитационной маршрутизации.

Тарифы на оплату медицинской помощи за комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях

Размер базового норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 комплексное посещение в по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях – 19 906,00 рубля.

Код услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф, (рублей)	Коэффициент для определения стоимости
B05.004.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием органов пищеварения	9 132,20	0,4588
B05.014.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего инфекционное заболевание	11 860,70	0,5958
B05.014.002.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию (COVID-19) (2 балла по ШРМ)	16 705,00	0,8392
B05.014.002.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию (COVID-19) (3 балла по ШРМ)	17 057,48	0,8569
B05.015.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда (2 балла по ШРМ)	18 104,26	0,9095
B05.015.003	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда (3 балла по ШРМ)	18 680,50	0,9384
B05.015.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (2 балла по ШРМ)	20 063,00	1,0079
B05.015.004	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (3 балла по ШРМ)	20 285,60	1,0191
B05.023.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	17 039,30	0,8560
B05.023.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями нервной системы	17 760,00	0,8922
B05.023.002.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы (2 балла по ШРМ)	20 848,00	1,0473
B05.023.002.003	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)	21 000,00	1,0550
B05.023.002.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями периферической нервной системы (2 балла по ШРМ)	17 760,00	0,8922

Амбулаторная помощь по профилю «Медицинская реабилитация»

Установлены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация»

Единица объема

Комплексное посещение

Оценка состояния

Вне подушевого норматива

10-12 посещений

Дифференцированное

✓ Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных ТПГГ в соответствии с Программой территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медреабилитации

✓ Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений

Рекомендуется осуществлять оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях дифференцированно, в том числе в зависимости:

- от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла)
- от заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Медицинская реабилитация

Нововведения

- При заболеваниях центральной нервной системы по баллам ШРМ
- При кардиологических заболеваниях по баллам ШРМ
- При заболеваниях опорно-двигательного аппарата по баллам ШРМ
- После перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по баллам ШРМ
- При других соматических заболеваниях по баллам ШРМ

Телемедицина

Комплексное посещение включает:

- набор необходимых консультаций специалистов
- проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации

По решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий

Телереабилитация <https://telereabilitacia.ru/lib/13>

- Нефармакологическое вмешательство в виде телемедицинских упражнений для поддержки и реабилитации пациенток с РМЖ постепенно завоевывает доверие, наращивая доказательную базу клинической эффективности и удовлетворенности онкопациенток.
- Телереабилитация имеет огромный потенциал для революционных изменений в организации медицинской реабилитации за счет пациентоцентричности, повышения доступности, снижения транспортных затрат, улучшения качества жизни пациентов.
- Растущее число пользователей смартфонов и покрытие Интернетом сделали телереабилитацию привлекательным подходом к решению проблем малодоступной организации онко

Поиск

Искать

Опухоли желудочно-кишечного тракта

Практические рекомендации по реабилитации

Методические рекомендации по проведению ЛФК по этапам

Физиотерапия

Информирование пациентов

Шкалы, тесты, опросники

Распечатать страницу целиком

Поделиться

Опухоли желудочно-кишечного тракта

Опухоли желудочно-кишечного тракта

Поделиться В избранное



Реабилитация больных с опухолями желудочно-кишечного тракта



ЛФК для больных раком в предоперационном периоде

ФОНД ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ

ЛФК для больных раком в предоперационном периоде



Комплекс ЛФК для больных раком желудка Предоперационный период

ФОНД ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ

1 ЛФК для больных раком желудка предоперационный период



Комплекс ЛФК для больных раком желудка Ранний послеоперационный период (1-3 сутки после операции)

ФОНД ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ

2 ЛФК для больных раком желудка 1-3 сутки после операции 14 05 2024 Андрей

<https://telereabilitacia.ru/lib/14>



Колоректальный рак

Практические рекомендации по реабилитации

Методические рекомендации по проведению ЛФК по этапам

Физиотерапия

Информирование пациентов

Шкалы, тесты, опросники

Распечатать страницу целиком

Поделиться

Колоректальный рак

Колоректальный рак

Поделиться В избранное



Реабилитация больных колоректальным раком

Вернуться к началу страницы

Практические рекомендации по реабилитации

Поделиться В избранное



Практические рекомендации по реабилитации

Вернуться к началу страницы

Методические рекомендации по проведению ЛФК по этапам

Поделиться В избранное

<https://telereabilitacia.ru/lib/15>



Электротротерапия

Лечение периферической полинейропатии на фоне химиотерапии

Чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС) на область конечности, экспозиция 20 минут.

Электроды располагаются попарно на область бедра и голени, форма импульсов прямоугольная, биполярная, длительность импульсов 200 мс, частота 70-250 Гц, 15-30 минут. На курс проводится 12-14 процедур ежедневно или через день.

Лечение болевого синдрома

Чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС) на область передней брюшной стенки с параметрами: форма импульсов прямоугольная, биполярная, длительность импульсов 200 мс, частота 70-150 Гц, 15-20 минут. Силу тока подбирают индивидуально. На курс проводится 10-12 процедур ежедневно или через день.

Электросон

Процедуры электросна проводят по глазнично-затылочной методике при частоте импульсов тока 5–10–20 Гц, силе тока — до ощущения легкой, приятной вибрации (до 15–20 мА).

Продолжительность процедуры постепенно возрастает от 15–30 до 40–60 мин ежедневно. На курс 10–15 ежедневных процедур.

Низкоинтенсивная лазеротерапия (НИЛИ).

Лечение периферической полинейропатии на фоне химиотерапии

Проводится лазерное воздействие в инфракрасном диапазоне на область стоп/кистей в импульсном режиме с импульсной мощностью 4-6 Вт/имп. и частотой следования импульсов 80 Гц, экспозиция 5 минут на поле. Процедуры проводятся ежедневно или через день. На курс 10-12.

Профилактика и лечение алопеции на фоне химиотерапии

- Воздействие красным лазерным излучением (длина волны 0,63-0,68 мкм) расфокусированным лучом с плотностью потока мощности 2-6 мВт/см², экспозиция 1-5 минут. Проводится 12-14 процедур ежедневно или через день.

- Воздействие инфракрасным лазерным излучением (длина волны 0,86-0,91 мкм) в импульсном режиме с мощностью 5-7 Вт/имп., частотой 80 Гц, экспозиция 3-5 мин. Проводится 12-14 процедур ежедневно или через день.

Профилактика и лечение мукозита полости рта и глотки на фоне химиотерапии

- Низкоинтенсивная лазерная терапия (длина волны 635нм) на слизистую оболочку в непрерывном режиме с выходной мощностью 5 мВт, экспозиция 3 минуты. Процедуры проводятся 3 раза в неделю, на курс №10.

- Низкоинтенсивная лазерная терапия в инфракрасном диапазоне (длина волны 980 нм) при плотности потока энергии 4Дж/см², экспозиция 12 сек на точку. Воздействие проводится интраорально (4 точки на языке, 3 точки в ротовой полости) и экстраорально на области губы

Низкочастотная магнитотерапия

Лечение периферической полинейропатии на фоне химиотерапии

- При лечении переменным магнитным полем цилиндрические индукторы устанавливаются без зазора вдоль конечности. Назначают синусоидальное магнитное поле частотой 50 Гц, в непрерывном режиме, индукцию — 4-ю ступень, экспозицию 15 мин. Процедуры проводят в течение 10–12 дней ежедневно.

- При лечении бегущим импульсным магнитным полем излучателями в виде гибкой линейки из 4 индукторов обертывают конечность N стороной к телу. Вид поля – импульсное бегущее, величина амплитуды магнитной индукции – 20 мТл, частота импульсов – 6,25 Гц, время воздействия – 15 мин. Процедуры проводят ежедневно, на курс 12.

Криотерапия

Профилактика алопеции на фоне химиотерапии

В настоящее время используются два метода охлаждения кожи головы.

- В одном используются заполненные гелем шлемы, которые были заморожены до температуры $\sim -5^{\circ}\text{C}$. Для поддержания нужной температуры шлемы в процессе процедуры химиотерапии несколько раз меняются. После процедуры температуру таким же образом поддерживают еще в течение часа и до четырех часов, в зависимости от активности применяемого препарата.

- В другом методе используется специальный капюшон, который соединяется с охлаждающей машиной, в которой непрерывно циркулирует хладагент. Мягкие и гибкие силиконовые шапочки удобно и плотно облегают голову пациента. Они имеют 5 размеров (*XS S M L XL*) с цветовой кодировкой. Силиконовые шапочки крепятся к аппарату криотерапии с помощью простых в использовании, непроницаемых пластиковых быстроразъемных муфт с клапанами. Неопреоновое покрытие изолирует и защищает шапочку от высоких комнатных температур и впитывает образующийся конденсат.

До процедуры охлаждения рекомендуется намочить волосы пациента с нанесением Ph-нейтрального кондиционера, что позволит улучшить контакт с кожей головы, а также понизить создаваемый волосами эффект изоляции. На лбу необходимо обязательно разместить эластичную повязку для головы или бинт для создания барьера между шапочкой и кожей пациента. Это позволит снизить ощущение дискомфорта.

Охлаждение начитается за 20-30 минут до начала сеанса химиотерапии, продолжается в течение всего времени проведения процедуры и завершается через 45-120 минут после окончания сеанса.

По результатам криотерапии достигается суммарный эффект предупреждения токсического действия цитостатических препаратов, результативность которого обеспечена: нарушением процессов доставки цитостатиков к волосяным фолликулам; нарушением процессов кумуляции цитостатиков в охлаждаемых областях; снижением метаболической активности и уменьшением связывания химиопрепаратов тканями.

Важно, что глубокое охлаждение обеспечивает эффект не только непосредственно в процессе проведения процедуры, но и создает условия его пролонгации на период не менее суток, что в большинстве случаев оказывается достаточным для элиминации большей части введенных препаратов, оказывающих токсическое действие на придатки кожи.

Акупунктура

Лечение болевого синдрома

Будем
жить!



ПОЛЕЗНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Ассоциация «Здравствуй!» совместно со специалистами-онкологами разработала серию брошюр, из которых пациенты и их близкие могут получить актуальную информацию о современной диагностике и лечении онкологических заболеваний. Сейчас на нашем сайте уже доступны для скачивания и чтения 15 книг по различным нозологиям, а также рекомендации по питанию.



Таргетная
терапия
при меланоме кожи



Рак желудка



Иммуноонкология

Рак лёгкого



Рак молочной
железы



Рак яичников



Метастатический
рак молочной
железы



Рак толстой
кишки



Рак почки

Опухоли
головы и шеи



Рак
предстательной
железы



Рекомендации
по питанию
с диагнозом рак
пищевода | желудка



Меланома



Пособие
для пациентов после
ларингэктомии



Ретинобластома



Юридическая
помощь

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА

info@russcpa.ru

ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛ

russcpa.ru

БЕСПЛАТНАЯ ЛИНИЯ ПО РОССИИ

8 800 30 10 20 9

консультации врачей, юристов и психологов



Любая сумма в поддержку
онкологических пациентов

**СМС со словом
БОРИСЬ на 7715**



Вы можете видеть появление
новых изданий на этой
странице нашего сайта

Информирование пациентов

Поделиться В избранное



Информирование пациентов

Комитет по организации онкологической реабилитации в субъектах ЦФО



**Президент АООУ
ЦФО Хайлова Жанна
Владимировна**



**Председатель комитета -
заслуженный врач РФ, д.м.н. ,
профессор Шинкарев Сергей
Алексеевич**



**Главный врач врач БУЗ ВО
«Воронежский областной
клинический онкологический
диспансер» доктор медицинских
наук , профессор Мошуров Иван
Петрович**



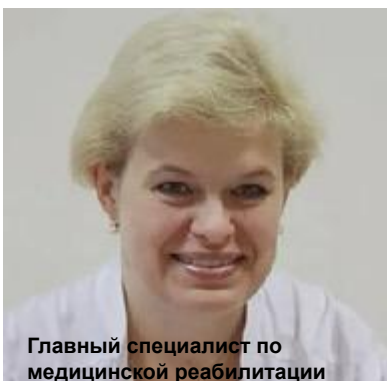
**Исполняющая обязанности
генерального директора ФГБУ
ФНКЦ МРИК ФМБА России , д.м.
н. Гамеева Елена
Владимировна**



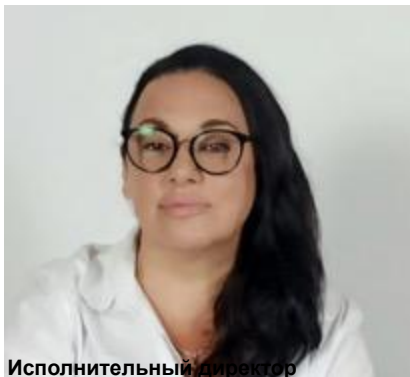
**Главный врач Самарского
областного клинического
онкологического диспансера, д.м.
н. Орлов Андрей Евгеньевич**



**Главный врач
Ставропольского краевого
онкологического диспансера,
к.м.н. Хурцев Константин
Владимирович**



**Главный специалист по
медицинской реабилитации
Минздрава России Д.м.н ,
профессор Иванова Галина
Евгеньевна**



**Исполнительный директор
Ассоциации специалистов
онкологической реабилитации
Каргальская Ирина
Геннадьевна**



**Заместитель генерального
директора по науке ФГБУ ФНКЦ
МРИК ФМБА России Степанова
Александра Михайловна**



**Главный врач
Нижегородского областного
клинического
онкологического
диспансера, к.м.н.Гамаюнов
Сергей Викторович**



**Заведующий отделением
реабилитации НМИЦ онкологии
им Блохина, к.м.н. Обухова Ольга
Аркадьевна**



**Исполнительный
директор АОР ,
Левковский Олег
Васильевич**