ФОНД ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ

Дорожная карта

Реабилитация больных опухолями бронхо-легочной системы

Хирургическое лечение ЗНО

Неоадъювантное лечение ЗНО

Адъювантное лечение ЗНО

Диагноз ЗНО

Определение стадии болезни	⟷	НАЧАЛО ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИИ
Разработка плана лечения	⟷	ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИИ
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗНО	⟷	ПРОВЕДЕНИЕ I, II ЭТАПОВ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	⟷	ПРОВЕДЕНИЕ II, III ЭТАПОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

ВРАЧ- ОНКОЛОГ

(ЦАОП)

ВРАЧ-РЕАБИЛИТОЛОГ
(ЦАОП или онкологический диспансер)

Диагностика ЗНО

ШРМ 1-2 балла

ШРМ 3-5 баллов

План лечения

Домой с рекомендациями/дистанционная предреабилитация

Отделение медицинской реабилитации онкологического диспансера

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗНО

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

АДЪЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КУРС

ПАЦИЕНТ с ЗНО

АДЪЮВАНТНОЕ 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

АДЪЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КУРС

ПАЦИЕНТ
завершивший лечение

ВРАЧ- ОНКОЛОГ

(ЦАОП)

ВРАЧ-РЕАБИЛИТОЛОГ
(ЦАОП или онкологический диспансер)

ШРМ 0-1 балл

Домой с рекомендациями

ШРМ 2-3 балла

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

ШРМ 4-5 баллов

Медицинская организация третьей и четвертой групп.

КОНТРОЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ПАЦИЕНТ

С диссеминированным ЗНО, стабилизация процесса

ВРАЧ- ОНКОЛОГ

(ЦАОП)

ВРАЧ-РЕАБИЛИТОЛОГ

(ЦАОП или онкологический диспансер)

Возможности лечения исчерпаны

ШРМ 0-2 балла

ШРМ 3-5 баллов

Домой с рекомендациями

Медицинская организация второй, третьей и четвертой групп.

КОНТРОЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Организации, оказывающие паллиативную помощь

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

ЦАОП или Многопрофильный стационар

Лечение и контроль результатов лечения

- **Лекарственная терапия**
  Химиотерапевтическое лечение, современная терапия таргетными и иммунными препаратами
- **Хирургическое лечение**
  малотравматичные и малоинвазивные методы (лапароскопическое и эндоскопическое оборудование роботическая система Da Vinci)
- **Лучевая терапия**
  методы 3D и 4D лучевой терапии

ЦАОП

Пожизненное диспансерное наблюдение

- Регулярные осмотры и обследования с помощью уникального диагностического оборудования

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

Легких (3-4 стадия)

1 Поликлиника

Рентген или КТ органов грудной клетки
> образование

Центр радиологии

Второе чтение

День в день

Без пациента

2 Поликлиника

3 рабочих дня

- КТ органов грудной клетки с контрастным усилением
- Забор крови (ВИЧ, гепатит В и С, ОАК, биохимия, коагулограмма)
- ЭКГ
- Функция внешнего дыхания
- Консультация терапевта/ пульмонолога

3 ЦАОП

Прием онколога

3 рабочих дня

4 ЦАОП — или — 4 Стационар

Бронхоскопия

1 день

Бронхоскопия/EBUS/E

до 5 дней

Лаборатория

Гистология

3-5 рабочих дней

5 ЦАОП

Повторный прием онколога

После получения гистологии

Назначение обязательных исследований
- КТ органов брюшной полости, с контрастным усилением
- УЗИ лимфатических узлов
- ЭГДС/колоноскопия
- УЗДГ вен нижних конечностей

Опционально
- МРТ головного мозга
- МРТ органов брюшной полости (по показаниям)
- ПЭТ/КТ
- Сцинтиграфия (при ПЭТ не выполняется)
- УЗДГ сосудов/артерий
- Консультация профильных специалистов
- УЗИ органов брюшной полости и лимфоузлов

Лаборатория

ИГХ и генетика

7-10 рабочих дней

6 ЦАОП

Выполнение исследований

7 рабочих дней

7 ЦАОП

Повторный прием онколога

День после исследований

Запись на консилиум

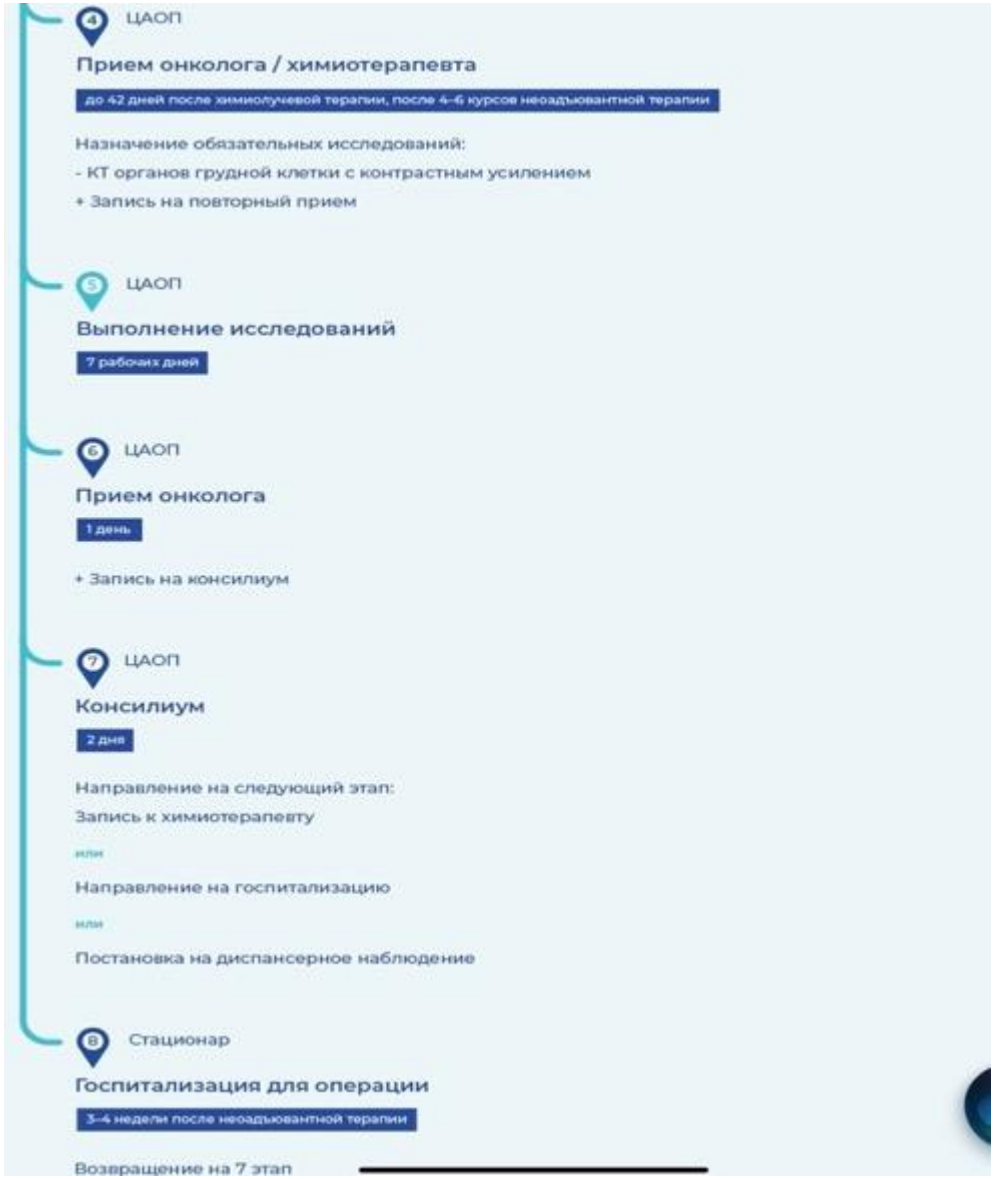
8 ЦАОП

Консилиум

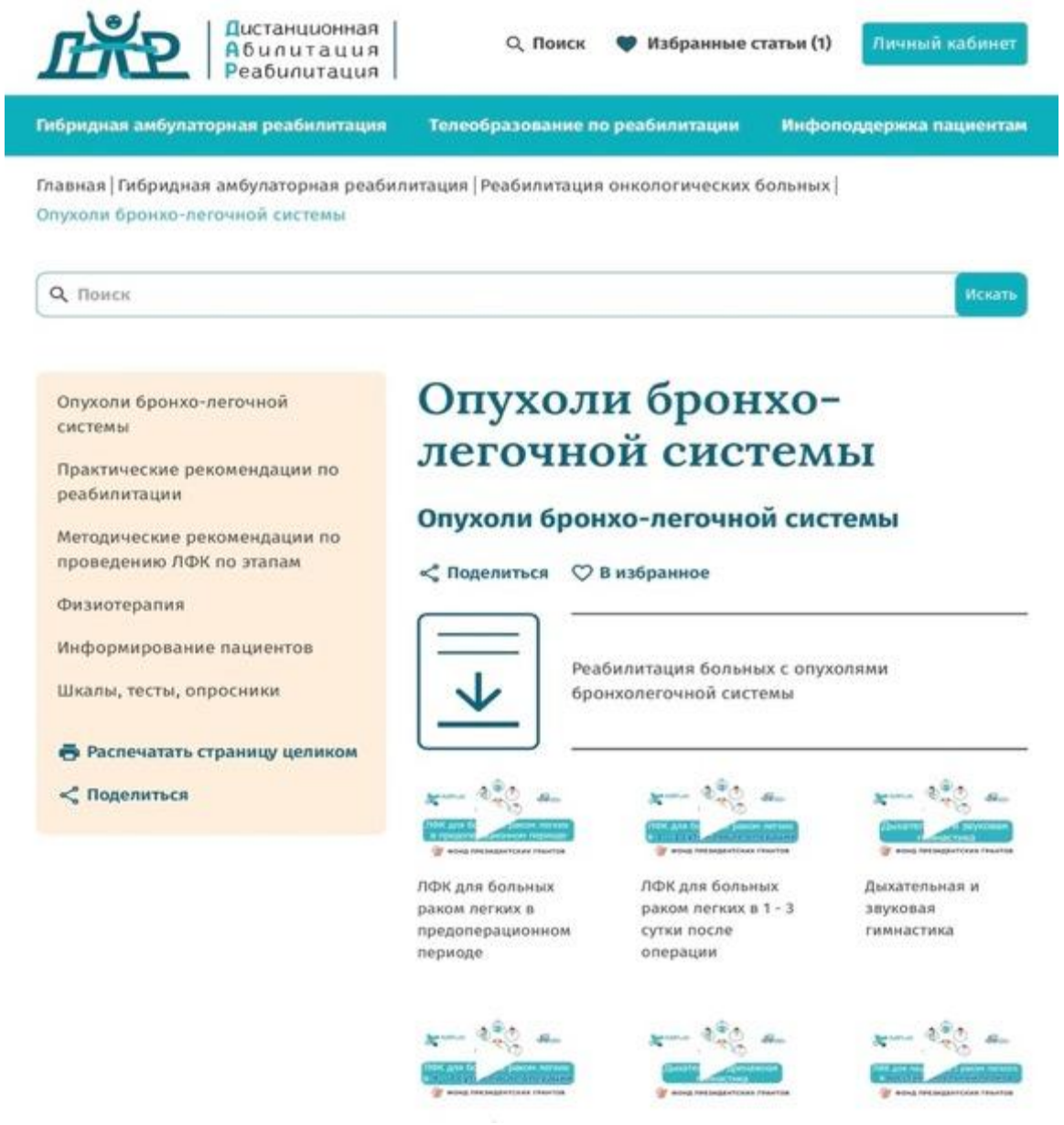
Немелкоклеточный рак легкого 1-3 стадия

Немелкоклеточный рак легкого 3-4 стадия

Неоадьювантная терапия



https://telereabilitacia.ru/lib/13



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙКЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИИ ЗДОРОВЬЯ (МКФ) В РЕАБИЛИТАЦИИПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

- Для диагностики нарушений функции, структур, ограничения дея-тельности и участия, личностных факторов и факторов среды пациентовс опухолями бронхолегочной системы должны использоваться стандарти-зованные и валидные методы диагностики, а также инструменты оценки,предусмотренные МКФ. На всех этапах медицинской реабилитации паци-ентов с опухолями бронхолегочной системы должен использоваться следу-ющий минимальный перечень кодов МКФ: функции организма (b110, b117,b130, b28011, b28012, b28013, b310, b420, b440, b4450, b4451, b4452, b450,b4550, b4552, b530, b598, b810), структуры (s4300, s4301, s4302, s4303),активность и участие (d198, d415, d450, d498, d5101, d5102, d5400, d5401,d5404, d550, d6208, d6308, d698, d7708, d8502, d9205).

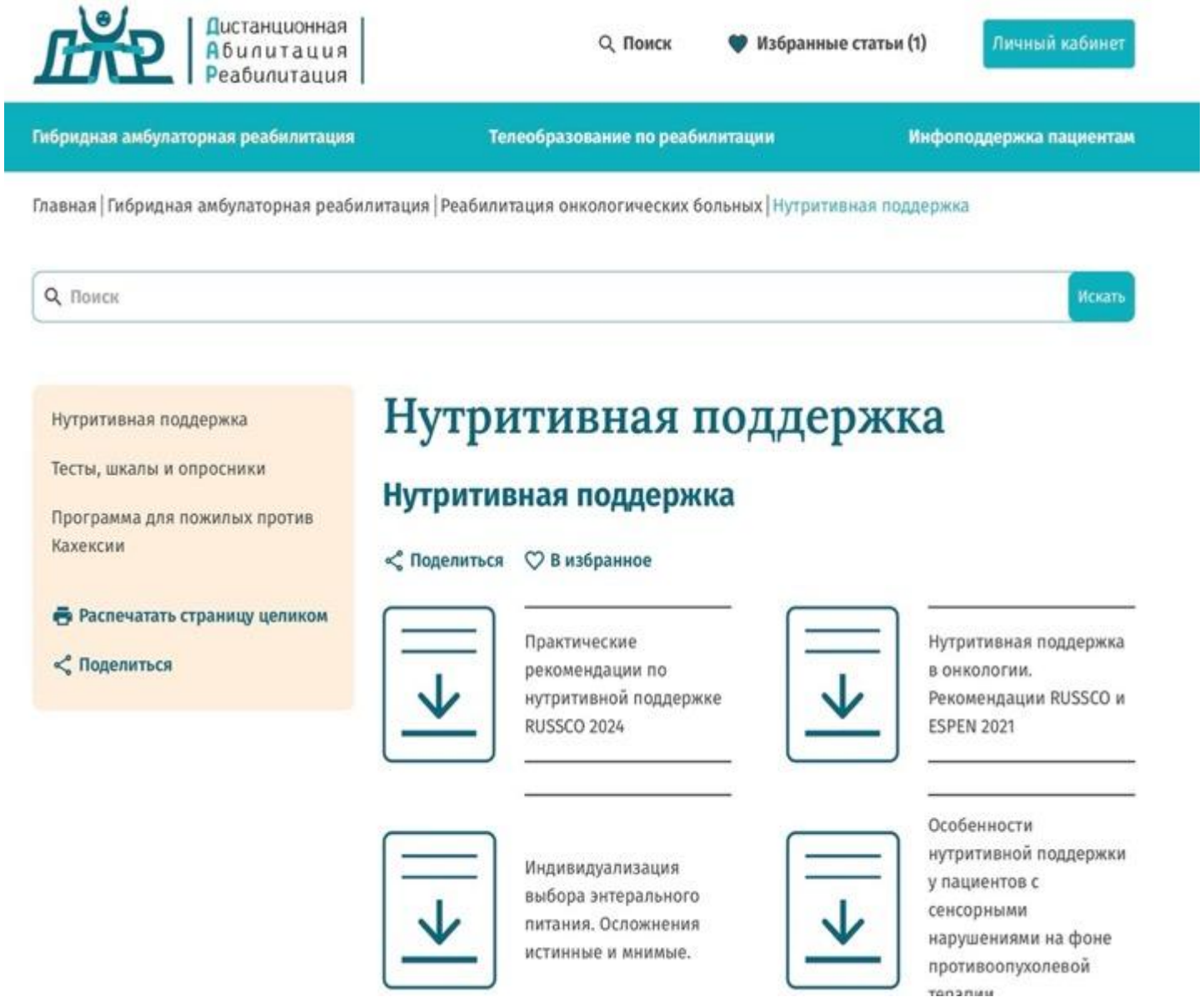
Предреабилитация

- Проведение предреабилитации значительно улучшает функциональное состояние дыхательной мускулатуры и биомеханику дыхания, что увеличивает вентиляционную способность легких, повышает бронхиальную проходимость, ускоряет функциональное восстановление дыхательной системы, значительно сокращает сроки пребывания в стационаре после операции, а также снижает частоту развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения онкологического заболевания. Предреабилитация включает кроме физической подготовки (ЛФК), психологическую и нутритивную поддержку, информационное сопровождение больных[1]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ia)
- Аэробная направленность физической предреабилитации активирует крово- и лимфообращение, вентиляционную активность легких, повышает толерантность к физическим нагрузкам, что значительно улучшает качество жизни [2]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ia).
- Выполнение комплекса физических упражнений на этапе предреабилитации в течение 1 – 10 недель 5 – 7 дней в неделю достоверно увеличивает ЖЕЛ на 630 мл и объем форсированного выдоха на 420 мл, а также уменьшает сроки госпитального этапа на 4,83 дня и риска развития послеоперационных осложнении на 45% [3]. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – Ia).
- Эффективное применение дыхательной гимнастики в ходе предреабилитации приводит к снижению послеоперационных легочных осложнений и продолжительности пребывания в стационаре [4]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Iв).

Информирование пациентов

- У пациентов с опухолями бронхов, трахеи и легких очень важно ин-формирование на предоперационном этапе. Информация об особенностяххирургического вмешательства, послеоперационного периода, ожидаемыхпоследствиях операции способствует уменьшению тревоги, снижает уро-вень дистресса, помогает более ранней активизации после операции и со-кращению сроков пребывания в стационаре [42].Кроме того, важно информировать пациента о необходимости отказаот табакокурения и употребления алкоголя за 4 недели до хирургическоговмешательства. Часто пациенты с раком легких являются курильщиками сдлительным стажем. Перед хирургическим вмешательством употреблениеникотина должно быть уменьшено или прекращено, так как отмечено, чтоотказ от курения снижает риск возникновения различного рода осложнениу хирургических больных, как во время анестезиологического пособия, так ив раннем послеоперационном периоде

Нутритивная поддержка
https://telereabilitacia.ru/lib/157



Ранний(первый) этап реабилитации

- Тактика fast track rehabilitation («быстрый путь») и ERAS (early rehabilitation after surgery – это ранняя реабилитация после операции), которая включает комплексное обезболивание, раннее энтеральное питание, ранний отказ применения зондов и дренажей, активизация и вертикализация пациентов в первые сутки после операции, что значительно снижает риск ранних послеоперационных осложнений, уменьшает длительность пребывания в стационаре, предотвращает раннее метастазирование и снижает частоту повторных госпитализаций [5]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).
- Ранняя активизация, назначение антикоагулянтов и ношение компрессионного белья улучшают реологические свойства крови и способствуют профилактике тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде [6]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).
- Проведение традиционных оздоровительных практик йоги улучшает психологический статус за счет уменьшения тревожности, депрессии, уровня стресса [7]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).
- Проведение кинезиологического тейпирования по аксилярной методике с 1х по 30е сутки после лобэктомии у пациентов с немелкоклеточным раком легкого, достоверно снижает интенсивность болевого синдрома (по шкале ВАШ) в послеоперационном периоде на 5-8 сутки после начала тейпирования [8]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIв).
- Глубокая высокочастотная осцилляция/вибрационный массаж грудной клетки, проводимые в раннем послеоперационном периоде, каждые 8 часов сеансами по 15 минут увеличивают объем форсированного выдоха в раннем послеоперационном периоде, увеличивают парциальное давление кислорода в артериальной крови [9]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).
- Проведение 10 минутных сеансов массажа дистальных отделов верхних и нижних конечностей, начиная со 2х суток после операции уменьшает вероятность развития тромбозов и лимфостаза, беспокойство, напряжение, улучшая качество [10]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).
- Проведение психологической коррекции и методик релаксации в послеоперационном периоде позволяет снизить кратность обезболивания [11]. Уровень убедительности рекомендаций - 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.

Особенности применения КСЛП

Критерии применения КСЛП

✓ **При проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии:**

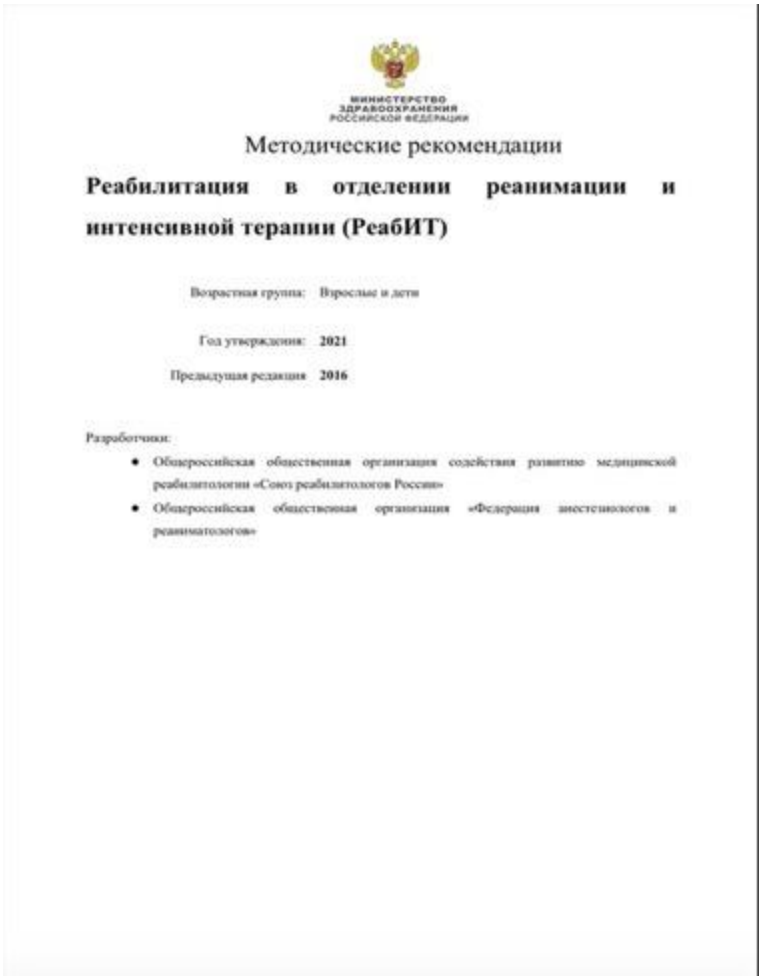
- ❑ **начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии**
- ❑ **с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий**
- ❑ **при обязательной продолжительности 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=lqz1vue3n2108310085



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Методические рекомендации

Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (РеабИТ)

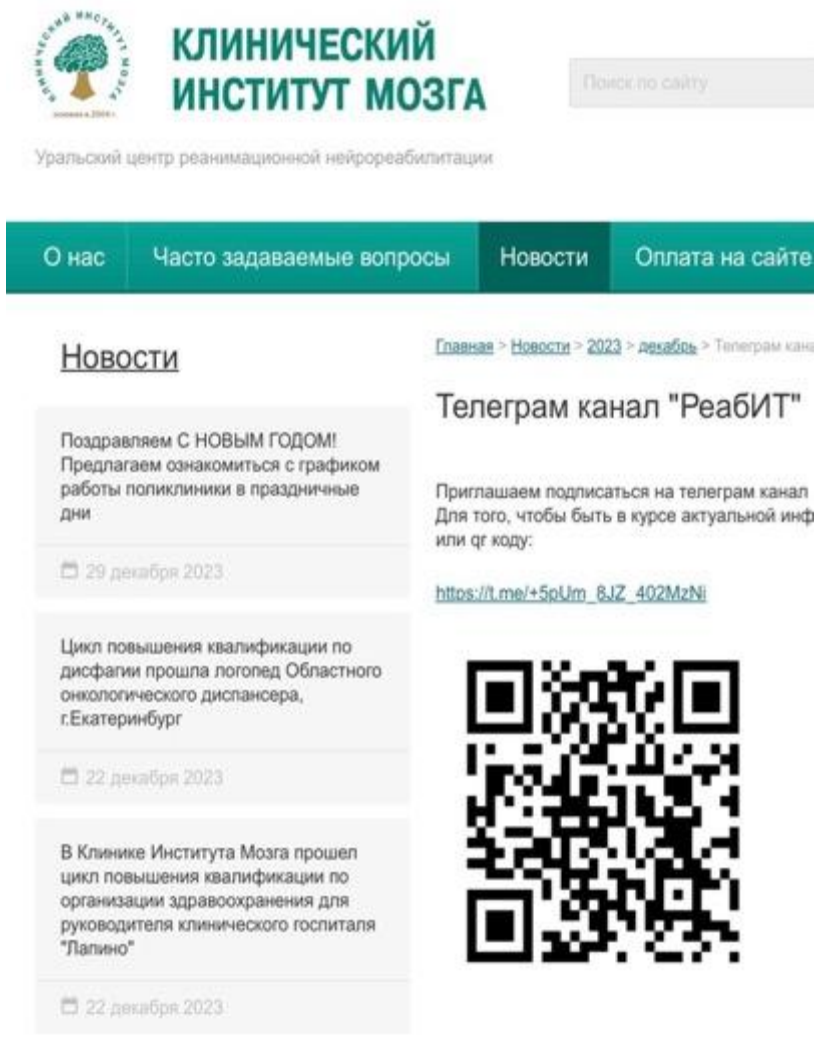
Возрастная группа: Взрослые и дети

Год утверждения: 2021

Предыдущая 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

Главная > Новости > 2023 > декабрь > Телеграм кан

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 "Лапино"

22 декабря 2023

Телеграм канал "РеабИТ"

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

https://t.me/+5pUm_8JZ_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 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 – Iв).

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 объём желудочного содержимого. Если он превышает половину от ранее введенного объёма смеси, кормление не проводится. При невозможности перорального приема пищи (опухоли 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 моментов 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).

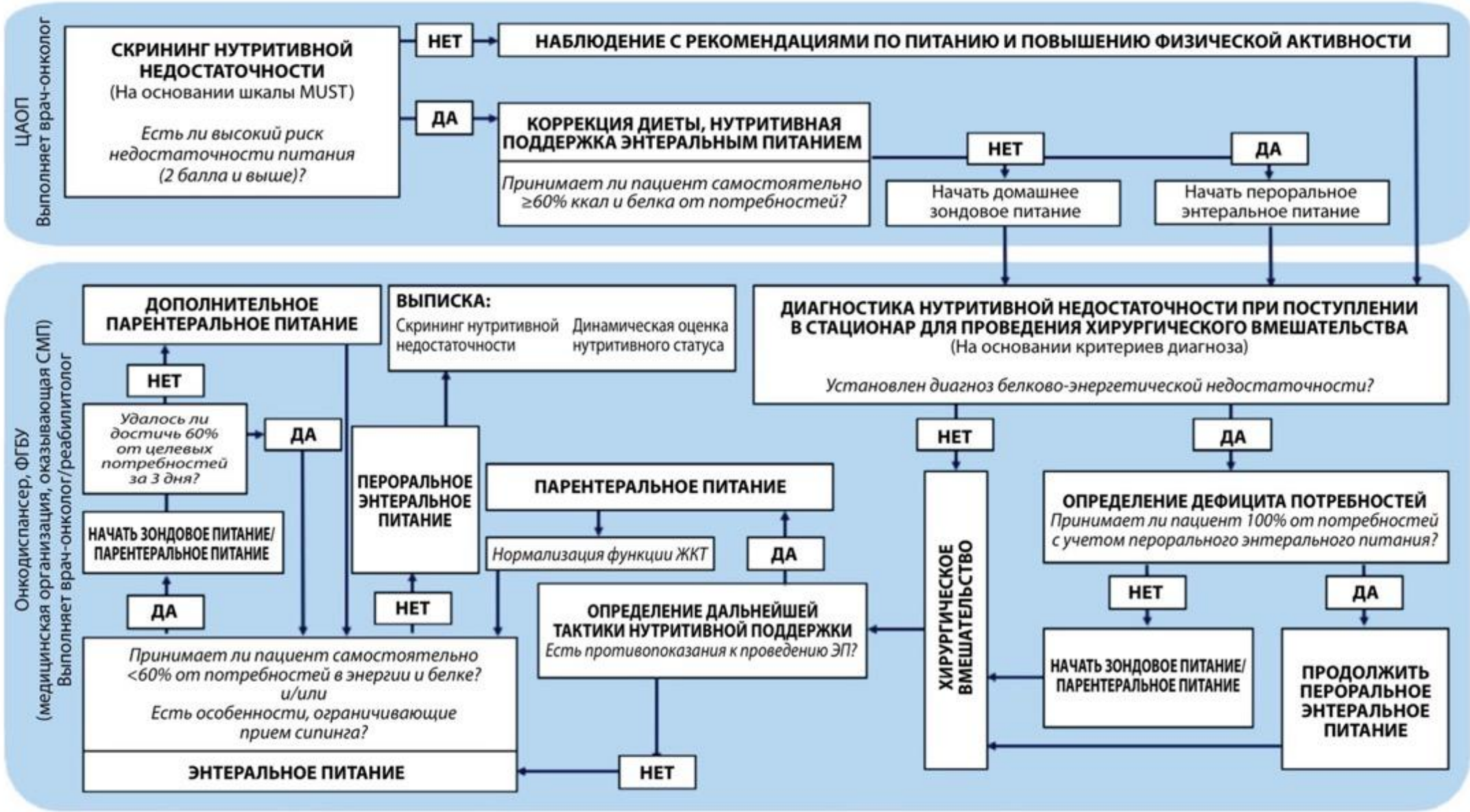
Дыхательная гимнастика, использование побудительного спирометра и положительного давления конца выдоха в раннем послеоперационном периоде в совокупности с ранней активизацией снижает длительность пребывания в стационаре и число легочных осложнений. [10, 11]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень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

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**

Основные документы

- ФЗ РФ 323
- Приказ МЗ РФ № 330 от05.08.03 (№316 с изменениями)
- Порядки оказания мед помощи
- Клинические рекомендации
- Стандарты лечения МЗ
- МЭС региональные
- Региональные программы в рамках Программы Государственных гарантий

Второй этап реабилитации

- Достаточная физическая активность, чередование аэробных и анаэробных нагрузок, сочетание дыхательных статических и динамических упражнений не только значительно улучшают показатели внешнего дыхания, но и повышают общую физическую работоспособность, расширяют адаптивные возможности организма, улучшают качество жизни пациентов с раком легкого [12]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).
- Ежедневное выполнение комплекса ЛФК в процессе комбинированного лечения и после его окончания положительно влияют на психологический статус пациента, уменьшают тревожность и депрессию, снижают уровень тревожости и депрессии, уменьшает слабость, болевой синдром, улучшает настроение [13]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).
- Работа с психологом, методики релаксации, гипнотерапия улучшают качество жизни пациенток после комбинированного лечения ЗНО [14]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).
- Применение оксигенотерапии смесью Heliox28 в покое значимо повышало сатурацию в сравнении с оксигенотерапией. Также отмечено значимое повышение физической работоспособности и снижение выраженности одышки [15]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIв).
- Проведение курса массажа достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома, тревожности и депрессии, при этом эффект снижения тревожности выше, чем депрессии [7]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – IIa).

Третий этап реабилитации

- Курение и малоподвижный образ жизни после комплексного лечения рака легких являются ведущими факторами, ухудшающими качество жизни и приводящими к формированию хронического стрессорного состояния [16]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).
- Здоровый образ жизни, ежедневная физическая нагрузка, правильное питание позволяет снизить риск развития опухолевых процессов, повысить качество проводимого лечения, уменьшить вероятность возникновения метастазирования, а также проводить профилактику сердечно – сосудистых и легочных осложнений у больных с раком легкого [17]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).
- Выполнение комплекса ЛФК и физическая активность пациентов с диссеминированным опухолевым процессом уменьшает слабость, увеличивает мобильность, снижает уровень депрессии и улучшает качество жизни [18]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa).
- Применение методик аудиовизуальной релаксации достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома, усталости, тревожности, улучшение качества жизни [19]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – IIa).

Химиотерапия

- Проведение сеансов акупунктуры в течение 3 – 8 недель во время адьювантной химиотерапии увеличивает уровниИЛ-2, CD3+ и CD4+, уменьшает супрессию костного мозга, а также снижает слабость и тошноту, улучшает показатели качества жизни [20].
- Упражнения на тренировку баланса более эффективны для коррекции полинейропатии, чем сочетание упражнений на выносливость и силовых упражнений [21] Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ib).
- 6 – недельных курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии [22]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIb)
- Рекомендуется применение низкоинтенсивной лазеротерапии в лечении периферической полинейропатии на фоне химиотерапии [23]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa)
- Рекомендована низкочастотная магнитотерапия в лечении периферической полинейропатии на хоне химиотерапии [24]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIa)
- Рекомендована чрескожная электростимуляция в течении 20 минут в день 4 недели для лечения полинейроватии на фоне химиотерапии [25]. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – IIв)
- Рекомендована низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактики мукозитов полости рта на фоне химиотерапии [26]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Iв).
- Применение криотерапии позволяет проводить профилактику алопеции на фоне химиотерапии [27]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ia).
- Низкоинтенсивная лазеротерапия помогает проводить профилактику выпадения волос и ускоряет их рост после химиотерапии [28]. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств IIa).
- Выполнение комплекса ЛФК снижает частоту развития кардиальных осложнений на фоне химиотерапии [29]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Iв).

Лучевая терапия

- Выполнение комплекса ЛФК (аэробной нагрузки в сочетании с силовой) на фоне лучевой терапии улучшает насыщение крови кислородом, позволяет проводить профилактику слабости и улучшает качество жизни у на фоне лучевой терапии [30]. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – Ib).
- Физическая активность на фоне лучевой терапии улучшает переносимость и качество жизни у онкогинекологических больных [31].
- Через 3 дня после начала лучевой терапии рекомендовано подключить низкоинтенсивную лазеротерапию, 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита. [32]. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств - IIa).

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 онкоортопедических операций	1,44	37	Медицинская реабилитация
398	st37.020 Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии	1,24	37	Медицинская реабилитация
201	st19.102 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	20,6	19	Онкология
202	st19.103 Лучевые повреждения	2,84	19	Онкология
203	st19.104 Эвисцерация малого таза 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 затратоемкости 6,83;
- st37.025 **«Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы»** с коэффициентом затратоемкости 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 затратоемкости 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

Непрерывность и преемственность лечения являются основополагающими принципами онкологической реабилитации. На современном этапе для реализации данных принципов все шире применяется телереабилитация. Она разработана с целью расширения доступа к медицинскому обслуживанию и реабилитационным методам, что особенно актуально для пациентов в отдаленных районах. С ее помощью возможно проводить постгоспитальную оценку состояния пациентки, обучение, организацию и мониторинг выполнения на дому ЛФК или других методик . Как правило, для этого используются такие телемедицинские технологии, как видео-, веб-поддержка и телереабилитация.

Дистанционная Абилитация Реабилитация

Гибридная амбулаторная реабилитация

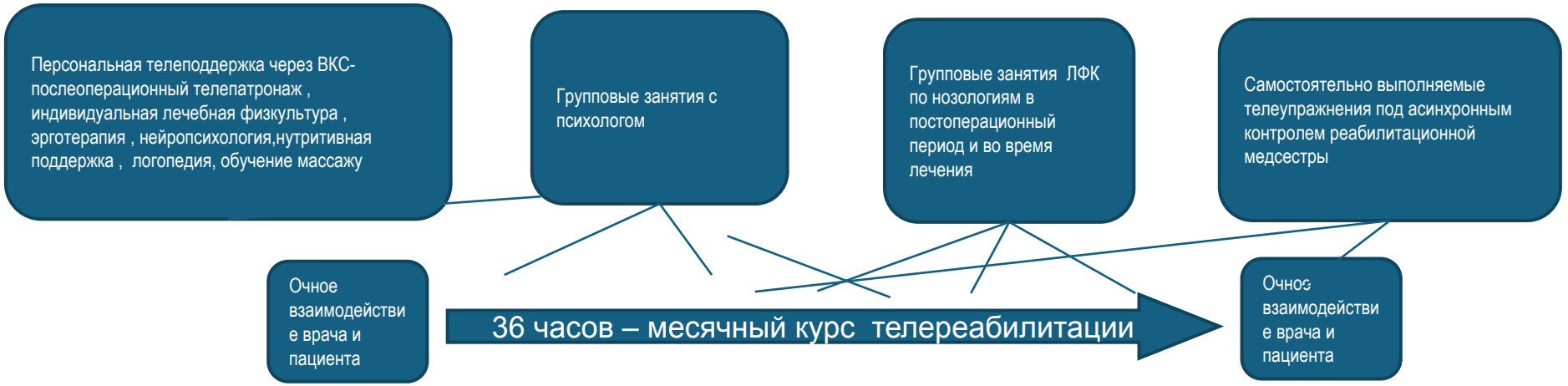
Технологии телереабилитации могут использоваться на всех этапах противоопухолевого лечения: при подготовке к операции, в отсроченном и позднем послеоперационном периоде после выписки из стационара, на фоне системного лечения и ЛТ для улучшения их переносимости. Но особенно она актуальна после перехода от стационарной реабилитации пациентов к амбулаторной.

Исследования, посвященные оценке домашних упражнений, показали хорошую приверженность и благоприятные эффекты .Сообщалось об улучшении физической формы и качества жизни, о которых сообщали сами пациенты, а также о высокой приверженности физическим упражнениям (94 %) и удовлетворенности участников итогами курсов телереабилитации . Кроме этого, получен положительный опыт в персонализации и модификации упражнений в зависимости от самочувствия .

Особый интерес представляет потенциал телемедицинских платформ для видеоконференцсвязи, которые позволяют инструкторам ЛФК демонстрировать и предоставлять рекомендации по выполнению упражнений виртуально в режиме реального времени, в то время как пациенты занимаются онлайн-контролируемой ЛФК дома .Россйско "Дистанционная абилитация и реабилитация" используется как для проведения индивидуальных онлайн занятий, так для проведения занятий ЛФК в виртуальной

Гибридная реабилитация на 3 этапе

последовательное или сочетанное проведение медицинской реабилитации в очном и дистанционном формате с применением технологий телетерапии и телемониторинга и телереабилитации



B 01.020.001 Врач по ЛФК/физический терапевт
B 05.069.006 Медицинский логопед
B 01.070.009/010 Медицинский психолог
A19.23.002 Лечебная физкультура при заболеваниях ЦНС
A 13.23.005/006/001 Индивидуальное занятие медицинского логопеда
A 13.23.011 Индивидуальное занятие психолога
A21.23.006 Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных

A19.23.004 Коррекция нарушения двигательной функции с использованием компьютерных технологий
A13.23.008 Медико-логопедическая процедура с использованием интерактивных информационных технологий
A21.23.006 Восстановление когнитивных функций больных обученными родственниками
A23.30.012 Проведение контроля эффективности проведения занятий лечебной физкультурой

Массаж и физиотерапия

В послеоперационном периоде (при неосложненном течение заболевания без метастазирования) с целью повышения тонуса и трофики скелетной мускулатуры, активации крово – и лимфообращения и снижения риска тромбообразования рекомендовано проведение процедуры массажа верхних и нижних конечностей по щадящей методике. Процедура не должна превышать 10 мин. Допускается использование приемов поглаживания и поверхностного растирания по ходу лимфатических сосудов.

Методика массажа.

Верхняя конечность.

Кисть. Плоскостное и обхватывающее поглаживание тыльной поверхности кисти от пальцев к лучезапястному суставу. Растирание подушечками пальцев в циркулярных направления.

Предплечье. Обхватывающее поверхностное и глубокое поглаживание, по тыльной поверхности в направлении от лучезапястного сустава – вверх и кнаружи, по ладонной поверхности от лучезапястного сустава – вверх и внутрь. Растирание производится подушечками пальцев в циркулярных направлениях от лучезапястного сустава к локтевому.

Плечо. Обхватывающее поверхностное и глубокое поглаживание по задней и передней поверхности плеча в направлении от локтевого сустава к плечевому суставу. Легкое растирание подушечками пальцев в циркулярном направлении.

Нижняя конечность.

Голень. Плоскостное и обхватывающее поверхностное и глубокое поглаживание в направлении от стопы до коленного сустава. Растирание подушечками пальцев передней поверхности голени в циркулярных направлениях или пиление.

Бедро. Плоскостное и обхватывающее поглаживание передней и боковых поверхностей бедра от коленного сустава к тазобедренному суставу. Гребнеобразное и граблеобразное растирание мышц бедра.

Акупунктура

Использование классической акупунктуры и акупрессуры, как дополнительных физических факторов реабилитации,рекомендовано у пациентов с раком легкого, получающих химиотерапевтическое лечение и паллиативную помощь.

Рекомендовано курсовое лечение продолжительностью 8 - 12 недель, первые 2 недели по 2 сеанса продолжительностью 15-30 мин с последующими еженедельными сеансами в течение 6-10 недель.

При коррекции болевого синдрома возможно использовать 3-точечную методику, сочетая акупунктуру с акупрессурой.

Аудиовизуальная релаксация

Аудиовизуальная релаксация или функциональная музыкотерапия используется как дополнительный физический фактор у паллиативных пациентов.

Процедуры проводят в специально подготовленных изолированных от посторонних звуков помещениях (с удобными креслами, затемненными или со специальной подсветкой). В фонограммах используют современные произведения, фрагменты классической музыки и специальные акустические эффекты, имитирующие шум морского прибоя, горного ручья, леса, пение птиц, «белый шум», а также аудиовизуальные средства, имеющие сюжетную основу. В связи с тем, что восприятие музыки носит исключительно индивидуальный характер, необходимо наличие в кабинетах различных фонограмм.

Для психорелаксирующего эффекта применяют произведения Бетховена «Лунная соната», Дебюсси «Лунный свет», Шопена «Ноктюрн», Шуберта «Аве Мария»; тонизирующего – Бетховена увертюра к опере «Эгмонт», Чайковского Симфония № 6, часть 3, Равеля «Болеро», Моцарта Симфония № 40, «Юпитер».

Сочетают с вербальной гипносуггестией и аутотренингом. Интенсивность «белого шума» - 10–15 дБ. Продолжительность процедур – 10–15 мин, ежедневно № 10 – 15.

Вибрационная терапия

Высокочастотная осцилляция грудной клетки начинает проводится пациентам в раннем послеоперационном периоде.

Созданы аппараты, воздействующие на грудную клетку методом высокочастотной вибрации и компрессии. Благодаря вибрационному и компрессионному воздействию положительным давлением аппарат способствует отхождению мокроты и улучшению функциональных и объемных показателей легких. В ряде международных исследованиях были получены достоверные результаты по увеличению объема форсированного выдоха к концу первого послеоперационного дня, увеличение парциального давления кислорода в артериальной крови. Heesung Park et al. в РКИ с высоким уровнем доказательности показал вариант использования механического колебания высокой частоты каждые 8 часов по 15 мин, начиная через 4 часа после выполненной лобэктомии. Курс лечения 10-12 процедур.

https://www.russcpa.ru/UserFiles/File/booklet/2020_rac_legkogo_internet.pdf

БИБЛИОТЕКА ПАЦИЕНТА

РАК ЛЕГКОГО В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ
И ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Комитет по организации онкологической реабилитации в субъектах ЦФО

Президент АООУ ЦФО Хайлова Жанна Владимировна

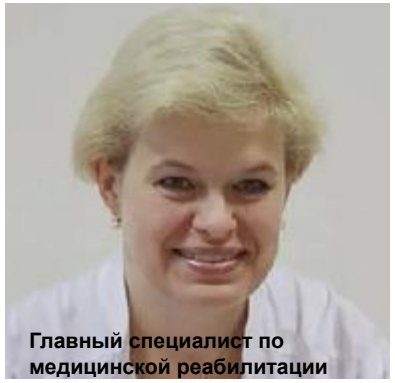
Председатель комитета - заслуженный врач РФ, д.м.н. , профессор Шинкарев Сергей Алексеевич

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

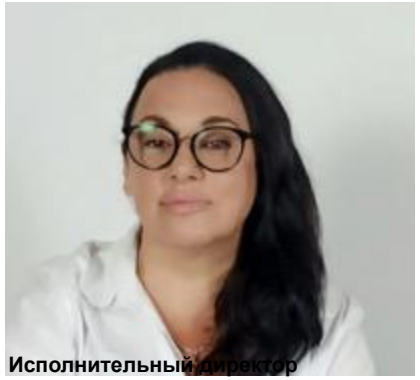
Исполняющая обязанности генерального директора ФГБУ ФНКЦ МРиК ФМБА России , д.м.н. Гамеева Елена Владимировна

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