



**ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ**

**Виртуальная
школа
онкореабилитации
АСОР**

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



Дорожная карта Как организовать первый ранний этап реабилитации онкологических пациентов

Получить финансирование на организацию отделения стационарной специализированной реабилитации в рамках федерального проекта “Оптимальная для восстановления и здоровья медицинская реабилитация” невозможно без организации работы отделения ранней медицинской реабилитации (1 этапа) – практика показывает что это вполне осуществимо собственными силами.



1 этап медицинской реабилитации

- Первый этап медицинской реабилитации рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: "анестезиология и реаниматология" ..., "сердечно-сосудистая хирургия", "кардиология", "терапия", "онкология" ..., "пульмонология"
- Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется МДРК, сформированной из числа работников **отделения ранней медицинской реабилитации...**

Как организовать 1 этап реабилитации в онкологическом диспансере?

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

ПРОГРАММА
государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи
на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов

1. Общие положения

В соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Коэффициент сложности лечения
пациента
(КСЛП):

2023

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;

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.



**КСГ по профилю
«онкология»**



**Первый этап
реабилитации**



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



Руководитель Комитета по организации онкологической помощи АОР

Гамеева Елена Владимировна
исполняющая обязанности
генерального директора ФГБУ
ФНКЦ МРИК ФМБА России.



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

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.



До 1 сентября 2025 г. в состав МДРК могут входить врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт, инструктор-методист по лечебной физкультуре, медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по рефлексотерапии, инструктор по лечебной физкультуре. (в ред. Приказа Минздрава РФ от

С 2022 года в связи с вступлением в силу приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. No 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых» изменился подход к организации медицинской реабилитации онкологических больных. Изменены ранее существовавшие ранее базовые принципы ее осуществления - акцент делается на четкую этапность, обязательную мультидисциплинарность, обоснованность, индивидуальность, непрерывность, доступность, информированность пациентов для формирования у них «правильного» ожидания положительных эффектов от реабилитационной помощи, и, самое главное, ориентированность на четко сформулированную цель.

Реабилитацию пациента осуществляет мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК), куда входят различные специалисты, как медицинских, так и не медицинских специальностей (психологи, логопеды, эрготерапевты, социальные работники), которые за счет совместной работы с пациентом формулируют реабилитационный диагноз, определяют его реабилитационный потенциал и совместно разрабатывают индивидуальный план медицинской реабилитации с включением различных

ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА -лучшие авторские курсы в гибридном формате для специалистов с высшим и средним медобразованием и немедицинских работников : ОНКОРЕАБИЛИТАЦИЯ , ФРМ, реабилитационное сестринское дело, физический терапевт , клинический психолог , эрготерапевт

<https://mrik-fmba.ru/obrazovanie>



Московская область, Солнечногорский район,
деревня Голубое, ул. Родниковая, стр. 6, к.1

Контакты филиалов
Пн-Пт 8:00 - 19:00 МСК

Telegram, VK, WhatsApp, Location icons

Записаться на консультацию

Главная / Образование / Дополнительное профессиональное образование

Дополнительное профессиональное образование

Образовательный центр ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА России осуществляет:

- подготовку специалистов с высшим медицинским образованием по дополнительным образовательным программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации по направлениям: «Физическая и реабилитационная медицина», «Спортивная медицина», «Лечебная физкультура», «Физиотерапия», «Мануальная терапия», «Рефлексотерапия», «Остеопатия», «Организация здравоохранения и общественное здоровье».
- подготовку специалистов со средним медицинским образованием по дополнительным образовательным программам повышения квалификации по направлениям: «Реабилитационное сестринское дело», «Лечебная физкультура», «Физиотерапия», «Медицинский массаж».
- подготовку специалистов с высшим немедицинским образованием по дополнительным образовательным программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации по направлениям: «Физическая реабилитация», «Эргореабилитация», «Клиническая психология».
- организацию научно-практических мероприятий с применением телемедицинских технологий (в формате вебинаров) по направлениям медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение.

Структура и органы управления

Документы

Образовательные стандарты и требования

Научно-педагогический состав

Материально-техническое обеспечение

Дополнительное профессиональное образование

Платные образовательные услуги

Личный кабинет

Записаться на обучение

Узнать подробнее и записаться на обучение вы можете по телефону
+7 (916) 977-34-20; +7 (499) 903-14-39 (доб. 1042) или оставив заявку

КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
по реабилитации онкологических пациентов с
выдачей сертификатов и получением баллов НМО

ОБУЧЕНИЕ ПО ОНКОРЕАБИЛИТАЦИИ

36 часов: для онкологов;

72 часа: для реабилитологов, врачей ФРМ и других
специальностей

Адрес электронной почты:
dpo@mrik-fmba.ru

Телефон: +7 (499) 903-14-39
(доб. 1042)



ПРОВОДИТСЯ!

Образовательный Центр
ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА России

Гибридный формат обучения в сочетании с аккредитацией и практикой в самом крупном в России отделении онкорекреабилитации Самарского СОКОД



Главная + Кафедры +

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины, физиотерапии и курортологии

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины, физиотерапии и курортологии была создана в 2013 году в результате объединения кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины с кафедрой восстановительной медицины, физиотерапии и курортологии. Профессиональная деятельность каждой из этих кафедр составляет от 35 до 83 лет.

Свою историю кафедра ведёт с середины 20-х годов прошлого века, когда в Самарском университете



Шишкина Анна Анатольевна
Заведующий кафедрой, кандидат медицинских наук, доцент

Контакты
443079, г. Самара,
пр. Карла Маркса, 1656
+7 (846) 374-91-01
доб. 6761
kaf_mrsm@samsmu.ru >

 Положение о кафедре
03.04.2023

 Сотрудники кафедры
2 шт.

Режим работы
Пн-пт — с 9:00 до 16:15
Сб-вс — выходные дни



Самарский областной клинический
онкологический диспансер
(ГБУЗ СОКОД)
Самара, ул. Солнечная, 50
8 (846) 30-777-30, 994-61-96 (единый call-центр),
8 (846) 994-03-99 (факс)
info@samaraonko.ru
onko.mz63.ru



ПАЦИЕНТАМ ▾ СПЕЦИАЛИСТАМ ▾ О ДИСПАНСЕРЕ ▾ КОНТАКТЫ МЕДТУРИЗМ ▾ ENG ▾ KAZ ▾

Перезвоните мне

Главная → Пациентам → Диагностика, лечение и реабилитация → Реабилитация

Психологическая поддержка

Гипербарическая оксигенация

Физиотерапия

Лечебная физкультура

Озонотерапия

Реабилитация

Ведущие специалисты:



Сивохина Татьяна Александровна
Заведующая отделением медицинской реабилитации, доктор медицинских наук, врач высшей категории

Руководитель:



Золотарева Татьяна Геннадьевна
Заместитель главного врача по медицинской профилактике, реабилитации и связям с общественностью, кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии СамГМУ, врач высшей категории

В отделении реабилитации ГБУЗ СОКОД физические методы, массаж и лечебная физкультура используются на всех этапах противоопухолевого лечения больных с целью профилактики послеоперационных осложнений, ликвидации негативных последствий химио- и гормонотерапии, лечения сопутствующих заболеваний.

Разработаны подробные методические рекомендации Минздрава РФ по ранней реабилитации

https://rehabrus.ru/Docs/2021/MR-reabIT_2.0.pdf?ysclid=lqz1vue3n2108310085



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

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

29 декабря 2023

Цикл повышения квалификации по дисфагии прошел 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](#) > Телеграм канал

Телеграм канал "РеабИТ"

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

https://t.me/+5pUm_8JZ_402MzNj



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

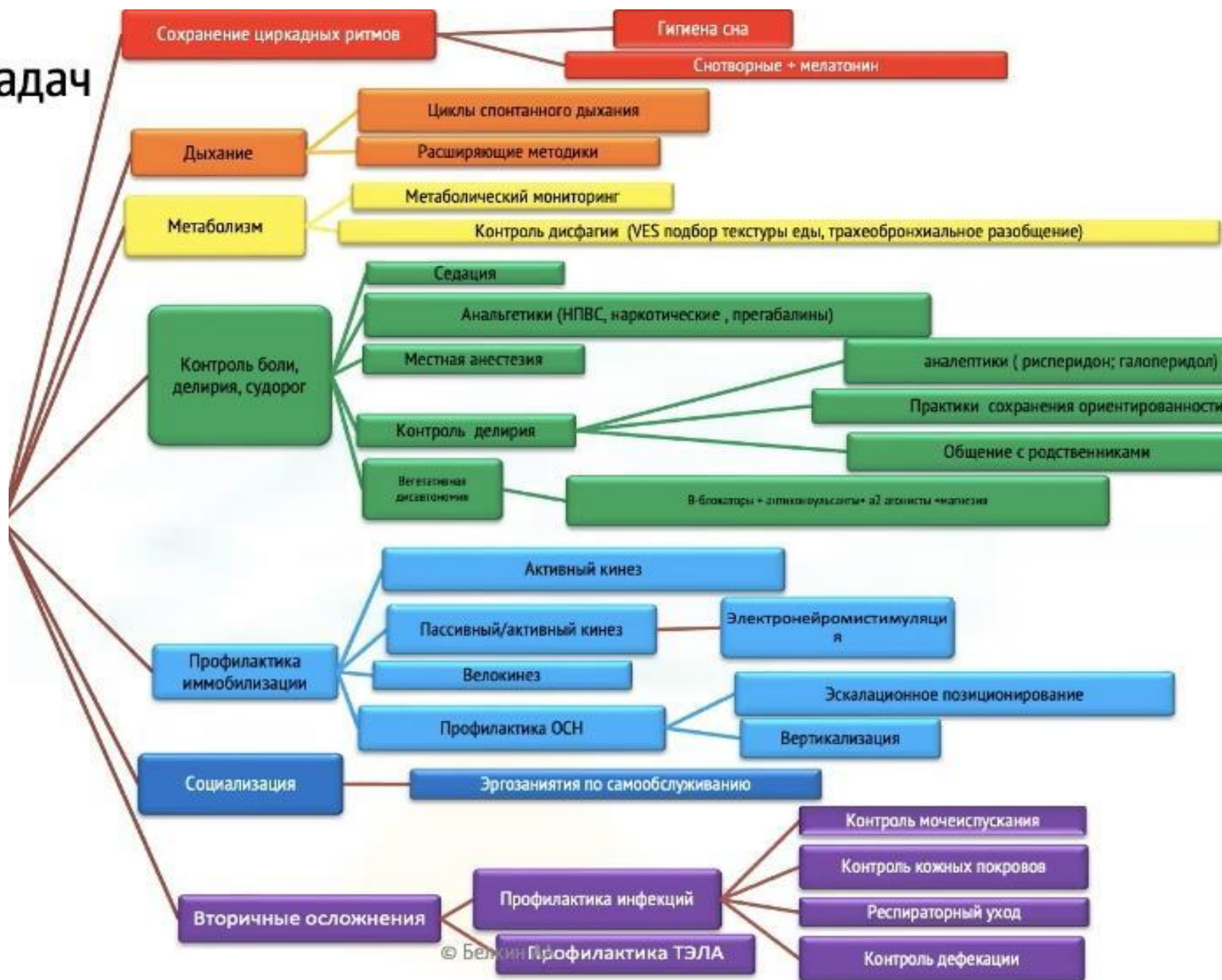
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ
ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
В Т. Ч. С МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫМ ПОДХОДОМ,
ПО ПРОФИЛЮ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»
ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ НА ТЕРРИТОРИИ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Структура лечебных задач РеабИТ.

Задачи:

- Профилактика ПИТС
- Профилактика ИМНКС
- Ранняя вертикализация по гравитационному градиенту
- Ранняя мобилизация
- Диагностика и Коррекция диссомнии
- Диагностика и коррекция дисфагии
- Позиционирование /постуральная коррекция
- Коррекция ортостатической недостаточности
- Диагностика и коррекция респираторных нарушений
- Сенсомоторная интеграция
- Нутритивная коррекция

Цель: Самостоятельная активная вертикализация



Карта реабилитационного лечения в ОРИТ № _____ №И/Б: _____

ФИО: _____

Диагноз: _____

Дата поступления в ОРИТ: _____ Дата выписки из ОРИТ: _____ Кол-во дней РеабИТ _____

Возраст: _____ ВЕС: _____ Рост: _____ идеальный ИМТ _____

МКБ _____ КСГ _____ Тяжесть состояния по SOFA _____ ИВЛ с _____ по _____

Результат госпитализации в ОРИТ: смерть _____ повторный курс РеабИТ _____

Динамика статуса независимости по Шкале реабилитационной Маршрутизации			
Пример-бидно	Градации независимости в повседневной жизни	При выписке	Маршрутизация
0	Привычный образ жизни (работа, обучение), уровень активности и социальный статус	0	не нуждается в реабилитации
1	Проживание в одиночку в домашних условиях от недели и более без посторонней помощи	1	
2	Проживание в одиночку в домашних условиях без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели	2	курс лечения в условиях ОМР дневного стационара
3	Проживание в одиночку в домашних условиях без посторонней помощи до 1 суток	3	
4	Проживание в домашних условиях с постоянной посторонней помощью	4	Курс лечения в условиях круглосуточного ОМР
5	Постоянное пребывание в условиях учреждения (дома по уходу)	5	
6	Постоянное пребывание в условиях специализированного реабилитационного отделения	6	Лечение в условиях специализированного реабилитационного центра

ПИТС- индекс	Экспресс ПИТС индекс
--------------	----------------------

Телемедицинская консультация: _____ даты _____

Перевод: в _____ отделение; в ОМР _____ в паллиативное отделение _____

Состав мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК)		
Должность	ФИО	Табельный №
Врач медицинской реабилитации		
Специалист по физической реабилитации		
Медсестра по реабилитации		
Медицинский логопед		
Клинический психолог		
Эргореабилитолог		

Заведующий отделением ранней реабилитации: _____ подпись _____
Дата _____

Набор одобренных МЗ методических рекомендаций и документации РеабИТ для организации ранней МР

Тайминг работы МДРК в ОРИТ

4. СТРУКТУРА И ХРОНОМЕТРАЖ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ						
Терапии						Итого
	Мен	Мен	Мен	Мен	Мен	
1. Транскопция П0-Р5						
2. Респираторный тренинг Р1-Р4						
3. Кинезотерапия К0-К3						
4. Логопедические практики Л1-Л2						
5. Мобилизация М1-М3						
6. Стоп-вертикализация, ТВ						
7. Целостный тренинг Ц0-Ц1						
8. Электромиоэлектрические Ф1-Ф2						
9. Эргореабилитация Э1-Э4						
10. Медикаментозная поддержка, цитофлави ММ						
Суммарный хронометраж						Сумма



№ п/п	Наименование должности	Количество должностей	Расчет
1	Нейропсихолог	1 должность на 12 коек	0,43
2	Специалист по физической реабилитации (инструктор-методист по лечебной физкультуре)	1 должность на 12 коек	0,48
3	Медицинский логопед (логопед)	1 должность на 12 коек	0,36
4	Эрготерапевт (Медицинский психолог/врач-психотерапевт (психолог))	1 должность на 12 коек	0,43
5	Медицинская сестра по медицинской реабилитации (медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу,	3 должности на 1 врача физической и реабилитационной медицины	1,7

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 - 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).

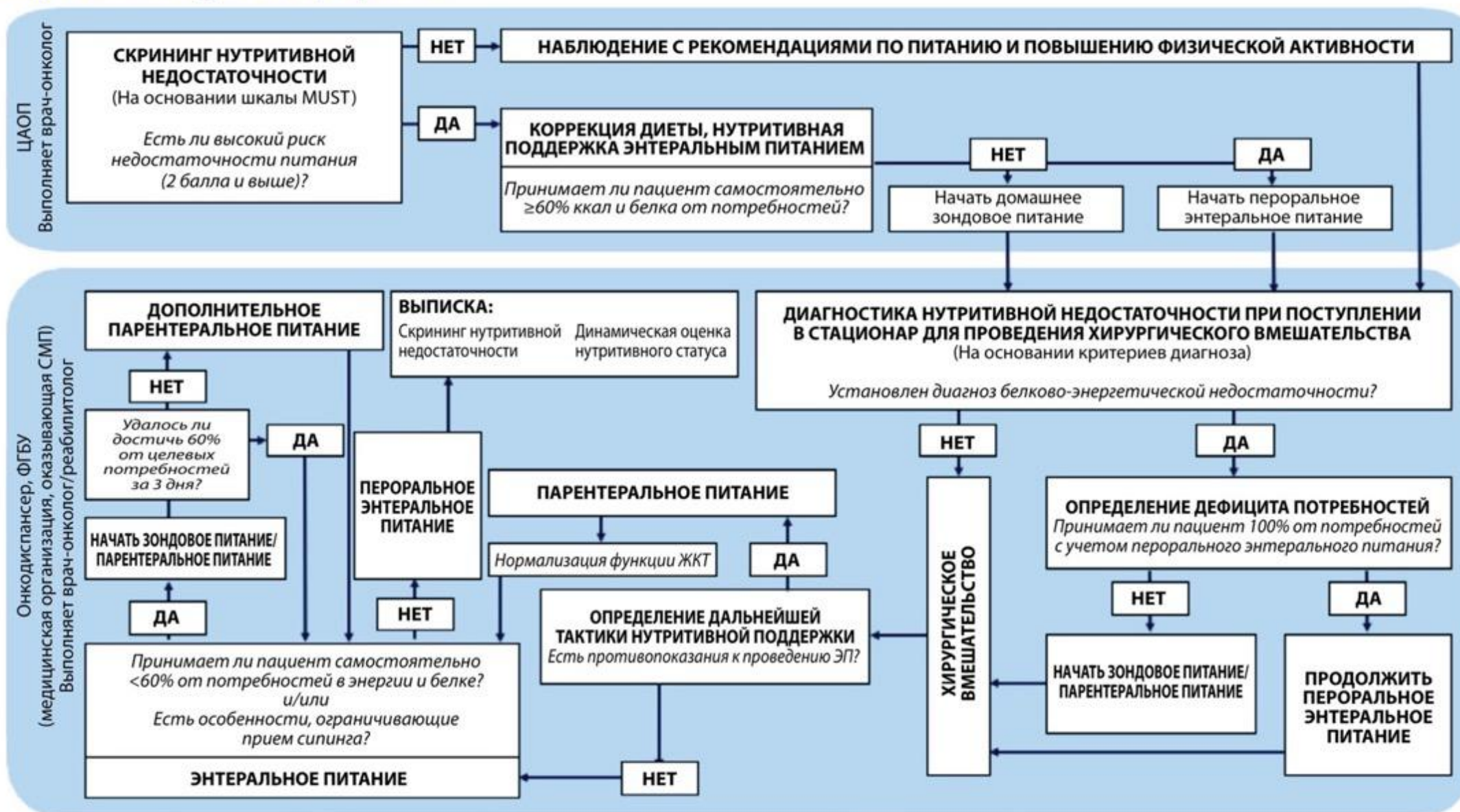
Ранняя мобилизация (вертикализация, выполнение комплекса ЛФК с аэробной, силовой нагрузкой, упражнениями на растяжку под контролем инструктора) безопасно, не увеличивает число послеоперационных осложнений, улучшает функциональные возможности пациента. [12]. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень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

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

ФЗ №323 «Об охране здоровья граждан»

Статья 39 п.2: Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий, включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

Приказ МЗСР №330

Приобретение питательных смесей для энтерального питания осуществляется в соответствии с Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 21 декабря 2005 г. N 152н (в соответствии с письмом Министерства юстиции Российской Федерации от 10 января 2006 г. N 01/32-ЕЗ Приказ в государственной регистрации не нуждается) **по статье 340 экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации "Увеличение стоимости материальных запасов"** с отнесением питательных смесей для энтерального питания к разделу "медикаменты и перевязочные материалы".
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2006 N 316)

Советы от Союза реабилитологов РФ (РеабИТ)

ШАГ 1. Планировать объемы помощи на основании фактического мониторинга исходов лечения по шкале по ШРМ в базе данных ТФОМС.

На основе мониторинга база данных ТФОМС определили потребность в объеме госзадания по реабилитации

Отчетный год	Отчество	Дата рождения	Возраст	Ранжир при поступлении	Ранжир при выписке	ИТОГ
2016	Григорьевич	06.07.37	61.8	5	6	88
2016	Валентинович	28.11.50	60.4	4	4	88
2016	Петровна	02.12.50	61.8	5	6	88
2016	Николаевна	26.01.66	61.1	5	6	88
2016	Серебряков	17.09.57	61.8	4	4	88

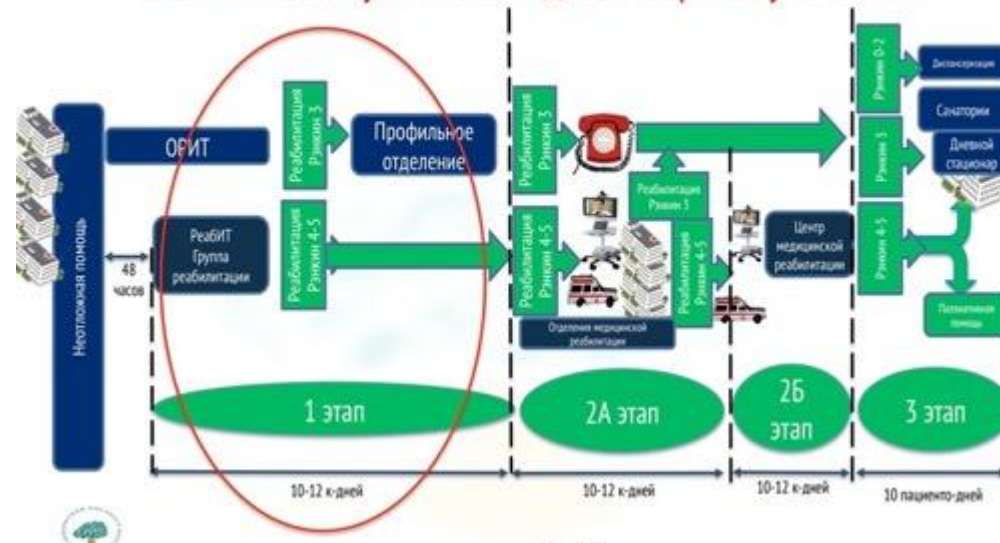
№	Наименование МО	Количество случаев лечения	Ранжир на выписке	1	2	3	4	5	6
13	ФБУЗ ЦО ТБ № 4 с. Новый Талит	572	0	7	40	118	104	44	84
15	ФБУЗ ЦО ТБ № 1 с. Омск	392	4	24	18	50	32	30	28
102	МО "ТБ № 4" Екатеринбург	648	19	210	112	96	40	35	99
115	МО "НОВАЯ СОЛНЦА" Екатеринбург	910	36	183	117	243	40	30	118
122	МО "ТБ № 7" Екатеринбург	542	32	57	92	145	40	30	88

№ п/п	Наименование МО	Сумма финансирования, тыс. руб.
307.1	Медицинская реабилитация (уровень 1)	1 600
307.2	Медицинская реабилитация (уровень 2)	1 056
307.3	Медицинская реабилитация (уровень 3)	2 420
307.4	Медицинская реабилитация (уровень 4)	700
308.1	Медицинская реабилитация (уровень 1)	2 400
308.2	Медицинская реабилитация (уровень 2)	1 915
311	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	541
309	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и операций на опорно-двигательной системе	1 180
310	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	650
312	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы искусственной слуховой аппаратуры	300
313	Медицинская реабилитация детей с органическими, генетическими и психосоциальными заболеваниями в тяжелой форме продолжительного течения	100
314	Медицинская реабилитация детей с заболеваниями центральной нервной системы	330
315	Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	280

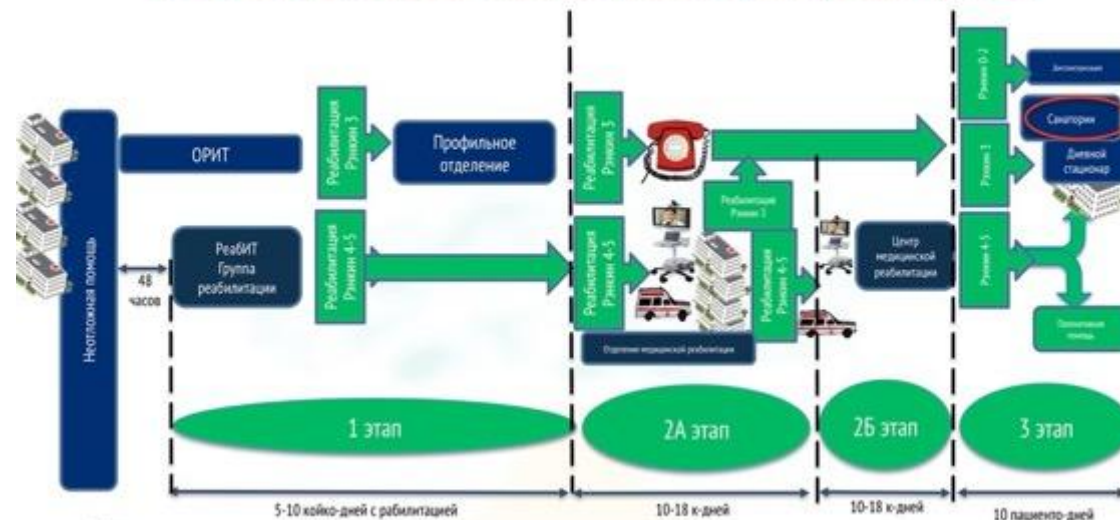
ШАГ 3. Увеличить продолжительность лечения на 2 этапе в зависимости от динамики состояния.



Шаг 2. Ввести учет койко-дней на работу в ОРИТ!



ШАГ 4. Трансформировать койки санаториев в дневной стационар (источник плутовства).



Годовой опыт работы отделения ранней реабилитации в Нижегородском ОКОД доказал , что можно сформировать МДРК, обучив имеющих специалистов , правильно оформлять документы без штрафов и за счет КСЛП полностью покрыть зарплаты команды МДРК (которая раньше не окупалась)

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ ОТДЕЛЕНИЯ РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 07.11.2022 N 727н)

Наименование должности	Количество должностей
Заведующий - врач физической и реабилитационной медицины	1 должность
Врач физической и реабилитационной медицины/врач по медицинской реабилитации (врач-специалист по профилю оказываемой помощи, врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт <1>)	1 должность на 12оек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" 1 должность на 20оек отделения по профилю оказываемой медицинской помощи
Специалист по физической реабилитации (инструктор-методист по лечебной физкультуре <1>)	1 должность на 6оек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" 1 должность на 20оек отделения по профилю оказываемой медицинской помощи
Медицинский логопед (логопед <1>)	1 должность на 6оек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" 1 должность на 20оек отделения по профилю оказываемой медицинской помощи

	медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" 1 должность на 20оек отделения по профилю оказываемой медицинской помощи
5. Медицинский психолог/тренингов-терапевт (психолог <1>)	1 должность на 12оек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" 1 должность на 20оек отделения по профилю оказываемой медицинской помощи
6. Специалист по эрореабилитации <2>	1 должность на 12оек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" 1 должность на 20оек отделения по профилю оказываемой медицинской помощи
7. Медицинская сестра по медицинской реабилитации (медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу, инструктор по лечебной физкультуре <1>)	3 должности на 1 врача физической и реабилитационной медицины
8. Старшая медицинская сестра	1 должность на отделение

<1> Предусматривается в штатном расписании отделения ранней медицинской реабилитации до 1 сентября 2025 г. (в ред. Приказа Минздрава РФ от 07.11.2022 N 727н)

<2> Предусматривается в штатном расписании отделения ранней медицинской реабилитации с 1 сентября 2025 г. (в ред. Приказа Минздрава РФ от 07.11.2022 N 727н)

СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 07.11.2022 N 727н)

N п/п	Наименование оборудования	Код вида Номенклатурной классификации медицинского изделия <5>	Наименование вида Номенклатурной классификации медицинского изделий	Количество
1.	Стетоскоп неавтоматизированный <1>	124530	Стетоскоп неавтоматизированный	по числу врачей
2.	Аппарат для измерения артериального давления	239410	Аппарат для измерения артериального давления anerоидный механический	по числу врачей
		216330	Аппарат электронный для измерения артериального давления с автоматическим надуванием воздуха, стационарный	
		216360	Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на плече	
		216630	Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на плече	

Приложение 3. Стандарт оснащения отделения ранней медицинской реабилитации

		122830	Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетанием, портативный	
		122830	Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетанием, стационарный	
3.	Портативный пульсоксиметр с питанием от батареек	149980	Пульсоксиметр, с питанием от батареек	не менее 1 на 1 мультидисциплинарную реабилитационную команду
<1>		149590	Пульсоксиметр	
4.	Тонометр	181060	Тонометр ручной	1 на отделение
<1>				
5.	Неврологический молоточек	300820	Молоток неврологический перкуссионный, ручной	по числу врачей
<1>				
6.	Камертон неврологический градуированный 128 Гц	229560	Камертон	1 на отделение
<1>				
7 - В. Пункты утратили силу.				
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 07.11.2022 N 727н)				
9.	Стол для физиотерапии	182580	Стол для физиотерапии, с питанием от сети	1 на отделение
<1>				
10.	Мобильная рама для разгрузки веса при ходьбе	147070	Вертикализатор	не менее 1
<1>				
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 07.11.2022 N 727н)				
11.	Стол/кушетка массажный	116940	Стол/кушетка массажный, с питанием от сети	не менее 1 на 12 кой отделений, оказывающих медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" не
<1>				
<2>		116990	Стол/кушетка массажный, без электропитания, механический	

Приложение 5. Стандарт оснащения отделения ранней медицинской реабилитации

Негалатор ультразвуковой	127540	Негалатор ультразвуковой	2 на отделение
	127430	Указатель вдыхаемого воздуха/газов ультразвуковой	
Аппарат для электромагнитной стимуляции	181480	Система физиотерапевтическая чрескожной электрической нейростимуляции	1 на отделение
Стимулятор глубоких тканей электромагнитный переносной	173300	Стимулятор глубоких тканей электромагнитный переносной	не менее 1 на отделение
Облучатель ультрафиолетовый для фототерапии	132060	Облучатель ультрафиолетовый для фототерапии, профессиональный	не менее 1 на отделение
Массажер	216810	Массажер пневматический	1 на отделение
	182590	Массажер для физиотерапии	
Шкаф для хранения медицинской документации	260470	Стежак общего назначения	не менее 1 на отделение
	137020	Шкаф для хранения медицинских карт	
Шкаф медицинской для инструментов	270000	Шкаф медицинский для инструментов	не менее 1 на отделение

[illegible]

При правильной организации оправдывает затраты на организацию через 2,5 – 3 года

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**



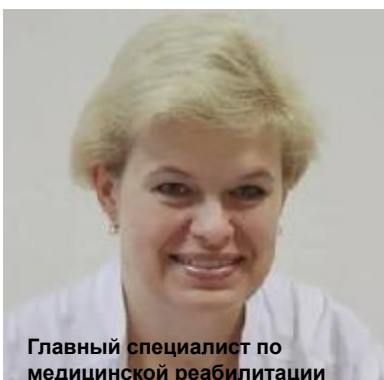
**Исполняющая обязанности
генерального директора ФГБУ
ФНКЦ МРИК ФМБА России, д.м.
н. Гамеева Елена
Владимировна**



**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**



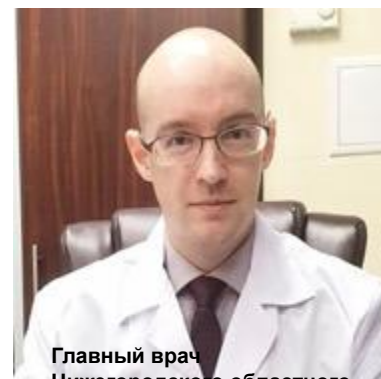
**Главный специалист по
медицинской реабилитации
Минздрава России Д.м.н.,
профессор Иванова Галина
Евгеньевна**



**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**