

# Дорожная карта 3 этап реабилитации Амбулаторно или в дневном стационаре с применением телемедицинских технологий



# ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

(ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 31.07.2020 №788Н)

1

## 1 этап медицинской реабилитации

отделение ранней медицинской реабилитации  
(специализированная, в том числе высокотехнологичная,  
медицинская помощь в стационарных условиях)

**Профили:**  
«анестезиология и реаниматология»  
+  
«сердечно-сосудистая хирургия»  
«кардиология»  
«терапия»  
«онкология»  
«пульмонология»

рекомендуемые штатные  
нормативы

стандарт оснащения

## 2 этап медицинской реабилитации

стационарное отделение медицинской  
реабилитации (специализированная, в том  
числе высокотехнологичная, медицинская  
помощь в стационарных условиях)

отделение  
медицинской  
реабилитации  
пациентов  
с соматическими  
заболеваниями

рекомендуемые  
штатные  
нормативы

стандарт  
оснащения

## 3 этап медицинской реабилитации

в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного  
стационара (первичная медико-санитарная помощь)

дневной стационар  
медицинской реабилитации

рекомендуемые штатные  
нормативы

стандарт оснащения

амбулаторное отделение  
медицинской реабилитации

рекомендуемые штатные  
нормативы

стандарт оснащения

## 3 этап медицинской реабилитации

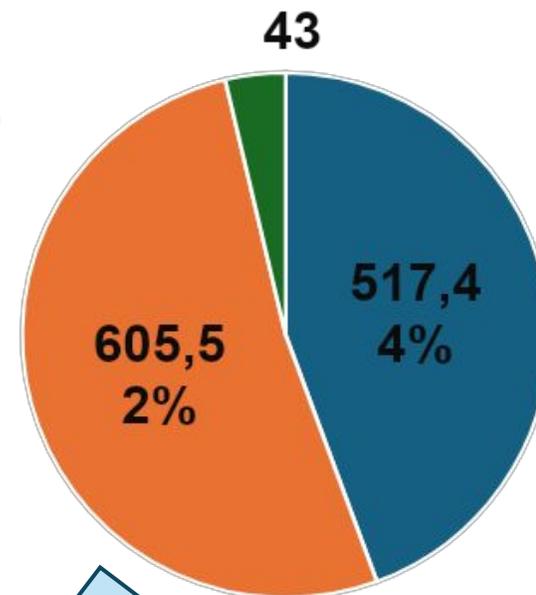
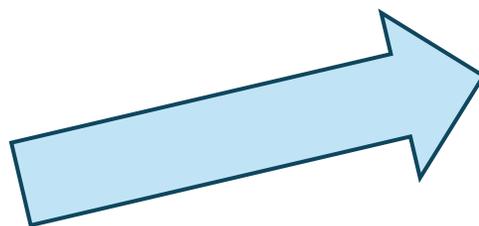
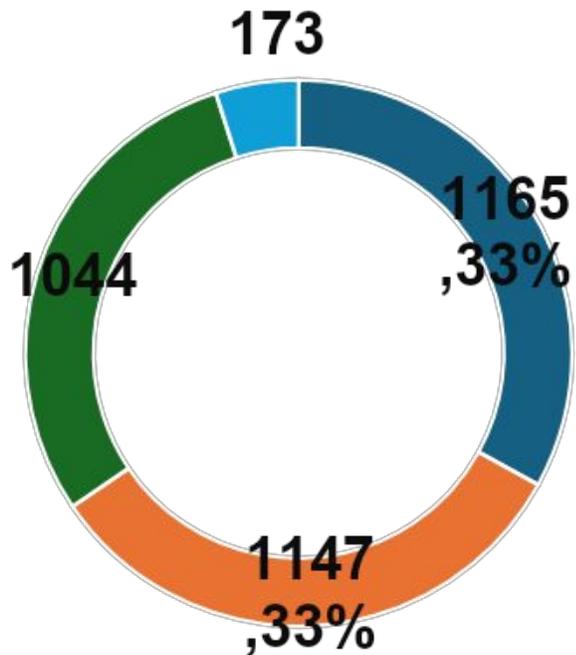
- Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании **первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара** (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара), **в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях.**
- Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах.
- Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе осуществляются не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.
- Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется МДРК, сформированной из числа работников амбулаторного отделения медицинской реабилитации и (или) дневного стационара медицинской реабилитации....

# Потребность в реабилитации после хирургического лечения

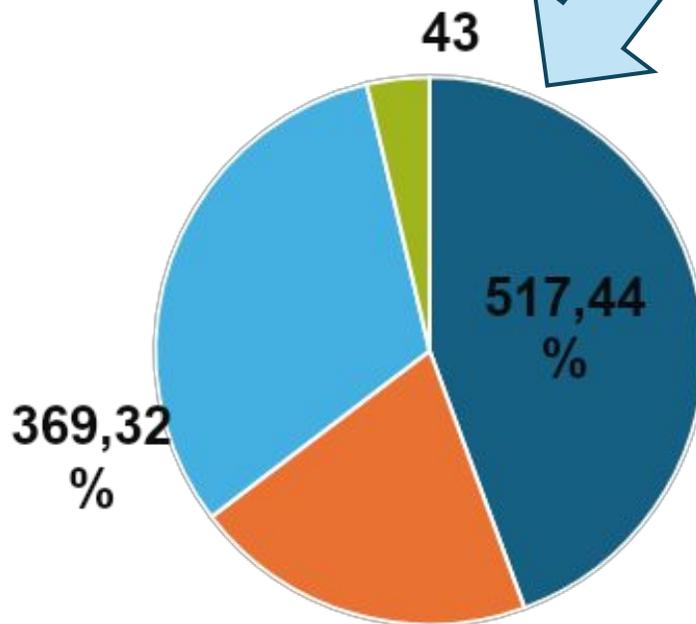
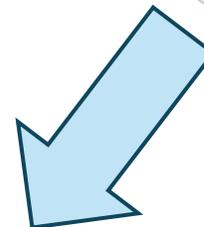




# Реабилитация. Желания пациента....

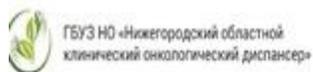


- пол-ка
- стационар
- не выбрано



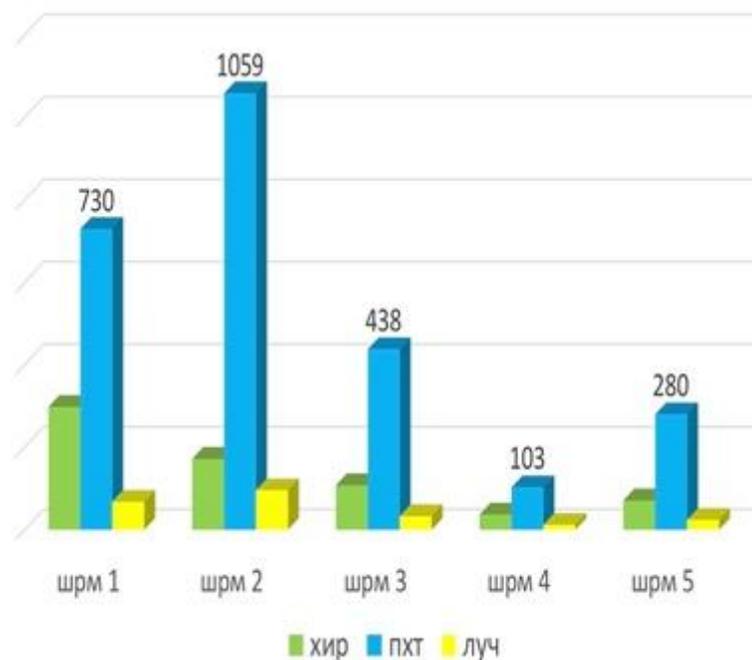
- пол-ка
- стационар КС
- стационар ДС
- не выбрано

**Согласно международным исследованиям и российским исследованиям – пациенты химиотерапии особо нуждаются в реабилитации, но организовать это возможно только с помощью телемедицинской реабилитации, а оплату получить в рамках “Комплексного посещения”**



ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»

Распределение пациентов по ШРМ по профилям



## Introduction – effects of exercise during cancer treatment

asco special articles

### Exercise, Diet, and Weight Management During Cancer Treatment: ASCO Guideline

Jennifer A. Ligibel, MD<sup>1</sup>; Karl Bohlke, ScD<sup>2</sup>; Anne M. May, PhD<sup>3</sup>; Steven K. Clinton, MD, PhD<sup>4</sup>; Wendy Demark-Wahnefried, PhD, RD<sup>5</sup>; Susan C. Gilchrist, MD, MS<sup>6</sup>; Melinda L. Irwin, PhD, MPH<sup>7</sup>; Michele Late<sup>8</sup>; Sami Mansfield, BA<sup>9</sup>; Timothy F. Marshall, PhD, MS<sup>10</sup>; Jeffrey A. Meyerhardt, MD, MPH<sup>1</sup>; Cynthia A. Thomson, PhD, RD<sup>11</sup>; William A. Wood, MD, MPH<sup>12</sup>; and Catherine M. Alfano, PhD<sup>13</sup>

J Clin Oncol 40:2481-2507. © 2022 by American Society of Clinical Oncology

**RESULTS** - Exercise during **adjuvant** cancer treatment leads to improvements in cardiorespiratory fitness, strength, fatigue, and other patient-reported outcomes.

**RECOMMENDATION** - Oncology providers should recommend regular aerobic and resistance exercise during active treatment **with curative intent**.

**FUTURE RESEARCH** - Studies are needed in ... **those with metastatic disease**.

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2022 г. № 727н «О внесении изменений в Порядок организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. N 788н»**

На третьем этапе медицинская реабилитация пациентам, проживающим в населенных пунктах, расположенных на значительном удалении от медицинской организации (с учетом шаговой доступности, превышающей 60 минут) и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, может оказываться в стационарных условиях.

Медицинские организации первой и второй группы осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара пациентам, состояние которых оценивается 1 - 3 балла по ШРМ, при этом могут использоваться структурные подразделения медицинской организации (отделение (кабинет) лечебной физкультуры, кабинет медицинского массажа, физиотерапевтическое отделение (кабинет) без образования отделения медицинской реабилитации, при соответствии таких структурных подразделений рекомендуемым штатным нормативам и стандартам оснащения в соответствии с приложениями к настоящему Порядку;

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.

# Если поликлиника зарегистрирована по одному адресу с региональным онкологическим медицинским учреждением, то получать лицензию на амбулаторный 3 этап не требуется при наличии в ООД лицензии на стационарную специализированную реабилитацию



Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788Н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых"

## ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Дополнен 11.04.2021  
и Порядком оказания медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788Н

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№	Наименование должности	Единица измерения
1.	Заведующий отделением (или функционал в реабилитационном центре)	1 должность
2.	Сестра медсестры	1 должность на отделение
3.	Сестра медсестры	1 должность на отделение
4.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
5.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
6.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
7.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
8.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
9.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
10.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
11.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
12.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
13.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
14.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
15.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
16.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение
17.	Медсестра медсестры	1 должность на отделение

### СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Наименование оборудования	Единица измерения	Наименование оборудования	Единица измерения
1.1.1.	Телевизионный экран	1 шт.	Телевизионный экран	1 шт.
1.1.2.	Компьютер	1 шт.	Компьютер	1 шт.
1.1.3.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.4.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.5.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.6.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.7.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.8.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.9.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.10.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.11.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.12.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.13.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.14.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.15.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.16.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.17.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.18.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.19.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.
1.1.20.	Медицинский шкаф	1 шт.	Медицинский шкаф	1 шт.



**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2023 г. № 81н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядка предоставления пациенту медицинских изделий и порядка оплаты медицинской реабилитации на дому»**

1. Настоящий Порядок устанавливает **правила организации медицинской реабилитации на дому**, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых **на третьем этапе медицинской** реабилитации, **медицинскими организациями** или иными организациями, **имеющими лицензию на медицинскую деятельность**, с указанием работ (услуг) по **медицинской реабилитации** (далее - медицинские организации), в соответствии с **Порядком организации медицинской реабилитации взрослых**, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. **№ 788н** "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" **с изменениями, внесенными приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2022 г. **№ 727н**

2. При наличии показаний для получения медицинской реабилитации в условиях дневного стационара или амбулаторно, но при наличии факторов, ограничивающих возможности пациента получить такую медицинскую реабилитацию, **включая случаи проживания пациента в отдаленном от медицинской организации населенном пункте, ограничения в передвижении пациента, медицинская организация, к которой прикреплен пациент для получения первичной медико-санитарной помощи, организует ему прохождение медицинской реабилитации на дому<sup>1</sup>**.

Медицинская реабилитация на дому осуществляется медицинскими работниками **по решению врачебной комиссии медицинской организации, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи**.

3. Медицинская реабилитация на дому **может осуществляться с применением телемедицинских технологий** в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

4. **Формирование индивидуального плана медицинской реабилитации** (далее - ИПМР) взрослого и составление заключения (реабилитационного эпикриза) взрослого **осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой** под руководством врача по физической и реабилитационной медицине (врача по медицинской реабилитации) **на очном приеме** (осмотре, консультации), **в том числе при выезде к пациенту на дом**.

# Порядок организации медицинской реабилитации взрослых Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. №788

28. При осуществлении медицинской реабилитации консультации с целью

- сбора, анализа жалоб и данных анамнеза,
- оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий,
- **медицинского наблюдения за состоянием здоровья** пациента

могут быть оказаны с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.



# Гибридная реабилитация на 3 этапе

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



В 01.020.001 Врач по ЛФК/физический терапевт  
В 05.069.006 Медицинский логопед  
В 01.070.009/010 Медицинский психолог  
А19.23.002 Лечебная физкультура при заболеваниях ЦНС  
А 13.23.005/006/001 Индивидуальное занятие медицинского логопеда  
А 13.23.011 Индивидуальное занятие психолога  
А21.23.006 Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных

А19.23.004 Коррекция нарушения двигательной функции с использованием компьютерных технологий  
А13.23.008 Медико-логопедическая процедура с использованием интерактивных информационных технологий  
А21.23.006 Восстановление когнитивных функций больных обученными родственниками  
А23.30.012 Проведение контроля эффективности проведения занятий лечебной физкультурой

Международные обзоры исследований с участием более 27 000 пациентов показали, что во многих случаях физиотерапевтическое лечение онлайн и видео может дать такие же сильные результаты, как и в клинике, если это лечение эффективно проводится врачами и медсестрами, обученными цифровым технологиям, с использованием специально разработанных технологий и к ним обращаются пациенты, которые высоко мотивированы и нацелены на результат.

Основной принцип разработанной методологии лежащей в основе платформы – наличие доказательной базы, особое значение имеют научные исследования, мониторинг, публикации и высокая оценка профессионального сообщества.

Научные разработки ведутся совместно с лечебными и педиатрическими факультетами ведущих медицинских университетов РФ, результаты исследований обсуждаются на профильных реабилитационных мероприятиях и публикуются в высокоцитируемых научных изданиях.

Проводимые исследования и образовательная поддержка врачей в условиях кадрового дефицита подтверждают эффективность методологий комбинированной (гибридной) телетерапии в области профилактики, реабилитации и последующего ухода.

ЖУРНАЛ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ И ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ISSN 2542-0275

Оригинальные исследования

Оригинальные исследования

Телемедицина: обзор литературы

Телемедицина: обзор литературы

Москва Иваново Самара Н.Новгород

МКФ для модели реабилитации по инвалидности

Телемедицинская студия

# 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

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых"

## Тарификация

- 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

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
V05.004.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием органов пищеварения	9 132,20	0,4588
V05.014.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего инфекционное заболевание	11 860,70	0,5958
V05.014.002.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию (COVID-19) (2 балла по ШРМ)	16 705,00	0,8392
V05.014.002.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию (COVID-19) (3 балла по ШРМ)	17 057,48	0,8569
V05.015.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда (2 балла по ШРМ)	18 104,26	0,9095
V05.015.003	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда (3 балла по ШРМ)	18 680,50	0,9384
V05.015.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (2 балла по ШРМ)	20 063,00	1,0079
V05.015.004	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (3 балла по ШРМ)	20 285,60	1,0191
V05.023.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	17 039,30	0,8560
V05.023.002	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями нервной системы	17 760,00	0,8922
V05.023.002.001	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы (2 балла по ШРМ)	20 848,00	1,0473
V05.023.002.003	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)	21 000,00	1,0550
	Услуги по медицинской реабилитации пациента с		

# 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

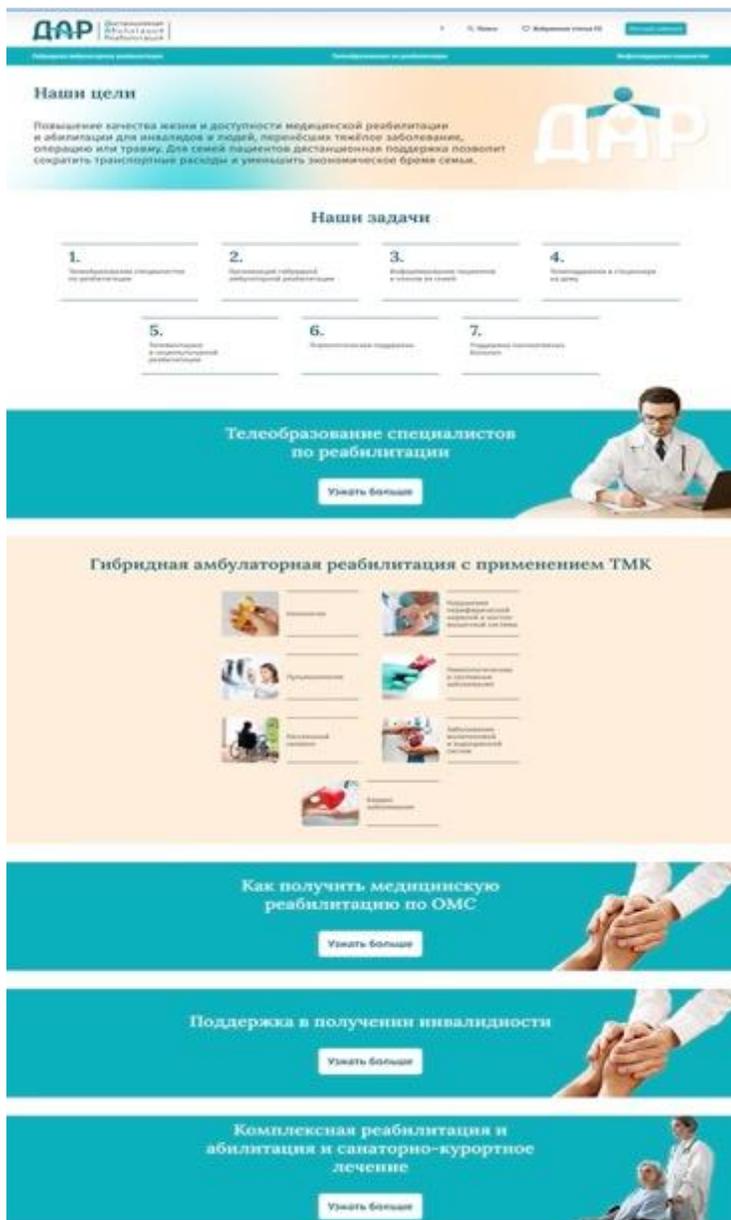
## Телемедицина

Комплексное посещение включает:

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

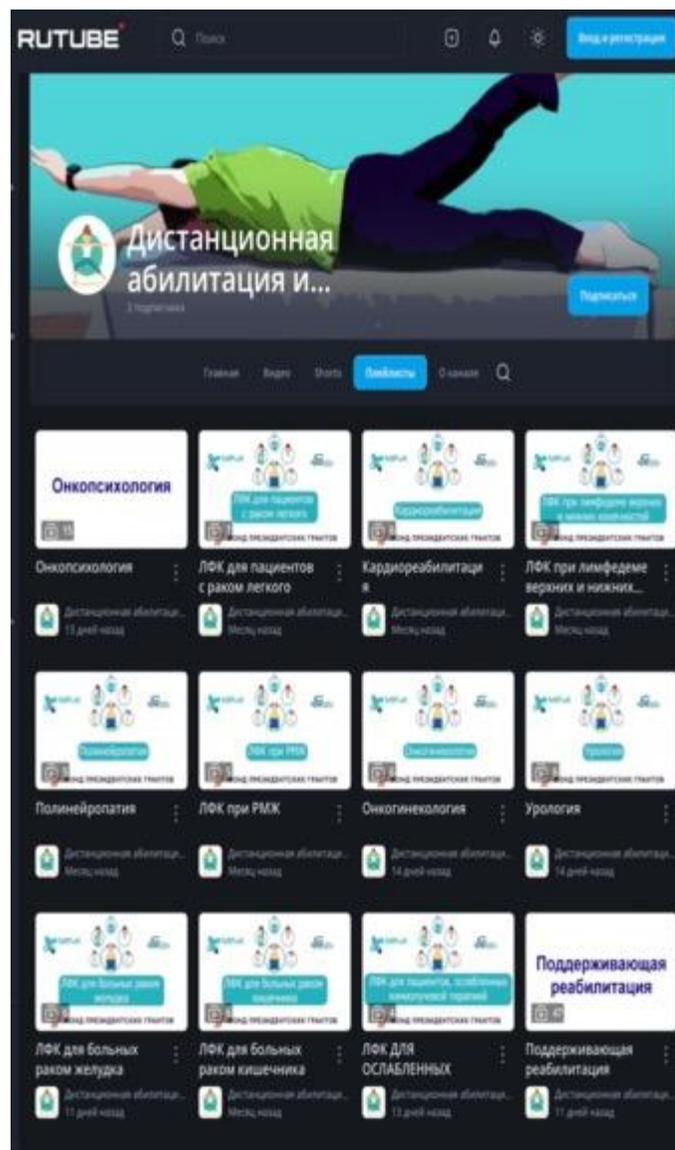
**По решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий**

# РАЗРАБОТАНО РОССИЙСКОЕ ПО "ДАР" ДИСТАНЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ



The screenshot shows the homepage of the DAR (Distance Rehabilitation and Rehabilitation) website. The header includes the DAR logo and navigation links. The main content is organized into several sections:

- Наша миссия:** Повышение качества жизни и доступности медицинской реабилитации и абилитации для инвалидов и людей, переживших тяжелые заболевания, операцию или травму. Для семей пациентов дистанционная поддержка позволит сократить транспортные расходы и уменьшить экономическую бремя семьи.
- Наша задача:** A list of seven numbered tasks related to rehabilitation and support.
- Телеобразование специалистов по реабилитации:** A section with a "Узнать больше" button and an image of a doctor.
- Гибридная амбулаторная реабилитация с применением ТМК:** A grid of icons representing various rehabilitation services.
- Как получить медицинскую реабилитацию по ОМС:** A section with a "Узнать больше" button and an image of hands clasped together.
- Поддержка в получении инвалидности:** A section with a "Узнать больше" button and an image of hands clasped together.
- Комплексная реабилитация и абилитация и санаторно-курортное лечение:** A section with a "Узнать больше" button and an image of a doctor and a patient.



The screenshot shows the RUTUBE channel page for DAR. The channel name is "ДАР" and the page features a grid of video thumbnails. The thumbnails are organized into several rows and columns, each representing a different rehabilitation program:

- Онкопсихология:** ЛОК для пациентов с раком легкого (13 дней назад).
- Кардиореабилитация:** ЛОК при лимфедеме верхних и нижних конечностей (14 дней назад).
- Полинейропатия:** ЛОК при РМЖ (14 дней назад).
- Онкогинекология:** ЛОК для больных раком желудка (11 дней назад).
- Урология:** ЛОК для больных раком кишечника (13 дней назад).
- Поддерживающая реабилитация:** ЛОК для больных раком желудка (11 дней назад).
- Поддерживающая реабилитация:** ЛОК для больных раком кишечника (13 дней назад).
- Поддерживающая реабилитация:** ЛОК для больных раком желудка (11 дней назад).
- Поддерживающая реабилитация:** ЛОК для больных раком кишечника (13 дней назад).



## Реабилитация на дому после хирургического лечения с применением телемедицинских технологий

- Раннее начало выполнения ЛФК пациентками после хирургического лечения РМЖ значительно улучшает функциональное восстановление, улучшая объем движений в плечевом суставе на стороне операции. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1). ЛФК начинается с 1-х сут после операции. Ее объем, особенности ограничений амплитуды движений в плечевом суставе зависят от особенностей реконструктивного этапа операции.
- В случае, если операции не сопровождаются реконструктивным этапом, рекомендуется начинать упражнения на растяжку на 7-е сут после операции или после удаления дренажа. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Выполнение индивидуально разработанного комплекса ЛФК в раннем послеоперационном периоде позволяет достоверно снизить частоту развития вторичной лимфедемы, даже в группах повышенного риска. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).
- Лечение болевого синдрома у пациенток РМЖ носит междисциплинарный характер, и помимо медикаментозной коррекции, включает в себя физическую реабилитацию (ЛФК), психологическую реабилитацию. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Возможно назначение иглорефлексотерапии с целью коррекции болевого синдрома в послеоперационном периоде.
- Перед выпиской из стационара должны быть даны рекомендации по поддержанию достаточного уровня физической активности, продолжению выполнения комплекса ЛФК, коррекции диеты. Также пациенткам, особенно если они находятся в группе риска развития вторичной лимфедемы, должна быть объяснена необходимость динамического наблюдения для раннего выявления лимфатического отека, для разработки руки с оперированной стороны на 3 амбулаторно рекомендовано непрерывное выполнение выполнения ЛФК в рамках гибридной комплексной реабилитации с онлайн группами под контролем врача ЛФК.



## ГРУППОВАЯ ТЕЛЕРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ COVID



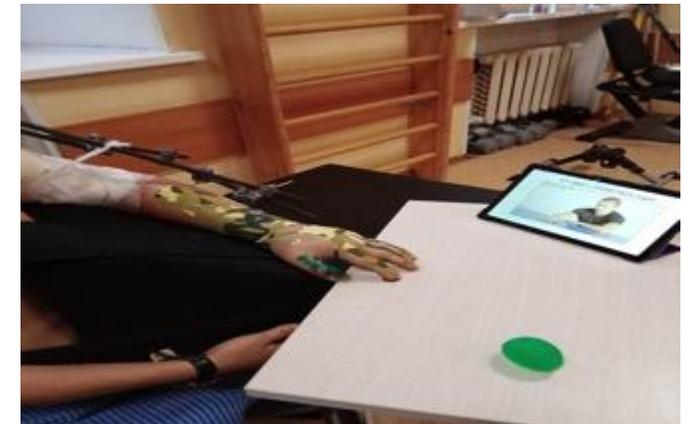
Групповые занятия с инструктором в медучреждении (вверху справа), к которым дистанционно подключаются пациенты, находящиеся дома.

## Занятия под контролем врача-реабилитолога

Дистанционные занятия с инструктором

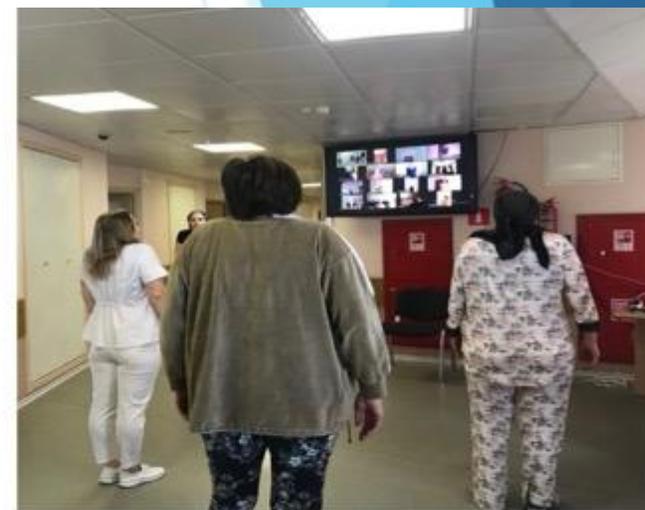
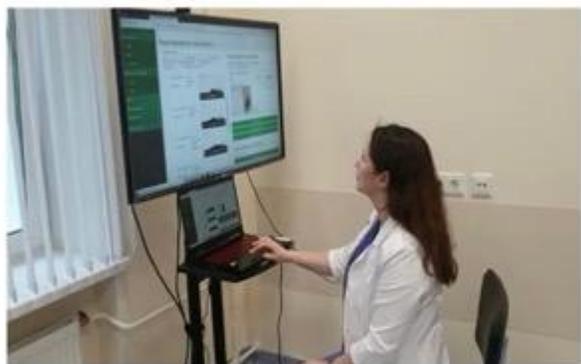


... и дыхательная и дренажная гимнастики для самостоятельных занятий



# Цифровой стационар на дому для пациенток с РМЖ и мРМЖ

Кабинеты для проведения сеансов  
телереабилитации



# Телереабилитация на этапе предреабилитации

С целью улучшения функционального и психологического состояния пациенток с РМЖ на предоперационном этапе показана мультидисциплинарная реабилитация, включающая в себя физическую и психологическую предреабилитацию. Проведение физической предреабилитации положительно влияет на биопсихосоциальные исходы, снижает продолжительность пребывания в стационаре, сокращает частоту развития послеоперационных осложнений, функцию плечевого пояса в послеоперационном периоде. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Увеличение физической активности на предоперационном этапе позволяет быстрее восстановить функцию плечевого пояса в послеоперационном периоде ЛФК на предоперационном этапе должна быть направлена на укрепление мышц спины, увеличение объема движений в плечевых суставах, увеличение тонуса и силы мышц верхних конечностей.

Психологическая предреабилитация значительно

ФГБУ НМИЦ онкологии  
ДИАЛОГ С ПАЦИЕНТАМИ

Констину Орхановна Кондратьева  
врач-онколог, к.м.н.

Анна Николаевна Малкова  
врач-диетолог, кандидат медицинских наук

## ОНКОПСИХОЛОГ: КОМУ БОЛЬШЕ НУЖНА ПОМОЩЬ – ПАЦИЕНТУ ИЛИ ЕГО РОДСТВЕННИКАМ?

### ПОСЛЕДСТВИЯ НЕДОСТАТОЧНОГО ПИТАНИЯ В ОНКОЛОГИИ

- Нарушения иммунного ответа организма
- Повышение риска инфекционных осложнений (пневмония, сепсис)
- Повышение частоты осложнений и летальности
  - \* У тяжело истощённых пациентов частота послеоперационных осложнений увеличивается в 5 раз, а летальность в 10 и более раз
- Увеличение длительности стационарного лечения и его стоимости
- Нарушения заживления послеоперационных ран
- Трофические расстройства кожи, пролежни

Специфические проблемы:

- анорексия, тошнота, рвота
- развитие мукозитов, энтеритов, колитов
- стенозы, свищи
- синдром мальабсорбции

# Реабилитация на дому после хирургического лечения с применением телемедицинских технологий

- Раннее начало выполнения ЛФК пациентками после хирургического лечения РМЖ значительно улучшает функциональное восстановление, улучшая объем движений в плечевом суставе на стороне операции. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1). ЛФК начинается с 1-х сут после операции. Ее объем, особенности ограничений амплитуды движений в плечевом суставе зависят от особенностей реконструктивного этапа операции.
- В случае, если операции не сопровождаются реконструктивным этапом, рекомендуется начинать упражнения на растяжку на 7-е сут после операции или после удаления дренажа. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Выполнение индивидуально разработанного комплекса ЛФК в раннем послеоперационном периоде позволяет достоверно снизить частоту развития вторичной лимфедемы, даже в группах повышенного риска. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).
- Лечение болевого синдрома у пациенток РМЖ носит междисциплинарный характер, и помимо медикаментозной коррекции, включает в себя физическую реабилитацию (ЛФК), психологическую реабилитацию. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Возможно назначение иглорефлексотерапии с целью коррекции болевого синдрома в послеоперационном периоде.
- Перед выпиской из стационара должны быть даны рекомендации по поддержанию достаточного уровня физической активности, продолжению выполнения комплекса ЛФК, коррекции диеты. Также пациенткам, особенно если они находятся в группе риска развития вторичной лимфедемы, должна быть объяснена необходимость динамического наблюдения для раннего выявления лимфатического отека, для разработки руки с оперированной



# Телереабилитация в кардиологии сопоставима с онкологической телереабилитацией

С позиции пациентов, главное преимущество телемедицинских технологий – повышение доступности медицинской помощи, особенно в условиях, в которых ранее это было затруднительно.

По данным European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey, менее 20% пациентов, перенесших ОИМ, участвуют в стандартных амбулаторных программах КР, так как этому мешает множество факторов:

- транспортные проблемы,
- гиподинамия и отсутствие желания покидать дом,
- тревожно-депрессивные расстройства,
- сложность включения амбулаторных посещений в повседневную жизнь



Безопасность амбулаторной (домашней) телереабилитации тесно связана осуществимостью удаленного мониторинга симптомов (например, усталости, одышки, боли в груди)

- физиологических параметров (электрокардиограмма - ЭКГ),
- частоты сердечных сокращений, сатурации крови кислородом, уровня артериального давления, массы тела

медикаментозной терапии и др.

Мишина И.Е. , д.м.н., профессор ,

# Телереабилитация при проведении системной (химио/лучевой терапии)

## Коррекция патологической утомляемости

Выполнение упражнений с нагрузкой уменьшают слабость, улучшают качество жизни и психологическое состояние пациенток, получающих адъювантную химиотерапию. Раннее начало физических нагрузок на фоне химиотерапии помогает профилактике мышечной слабости, гипотрофии, снижения толерантности к физической нагрузке.

Выполнение комплекса ЛФК на фоне адъювантной химиотерапии улучшает качество жизни. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Проведение комплекса ЛФК с включением в него аэробной нагрузки, в течении 4 месяцев на фоне химиотерапии увеличивает жизненную емкость легких, насыщенность крови кислородом, силу мышц, объем движений в крупных суставах, снижает индекс массы тела. Рекомендуются силовые тренировки на фоне адъювантной химиотерапии и гормонотерапии. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – Ib).

Методики релаксации, включающие в себя диафрагмальное дыхание и прогрессирующую мышечную релаксацию помогают уменьшать уровень тревоги и депрессии у пациенток РМЖ на фоне химиотерапии.



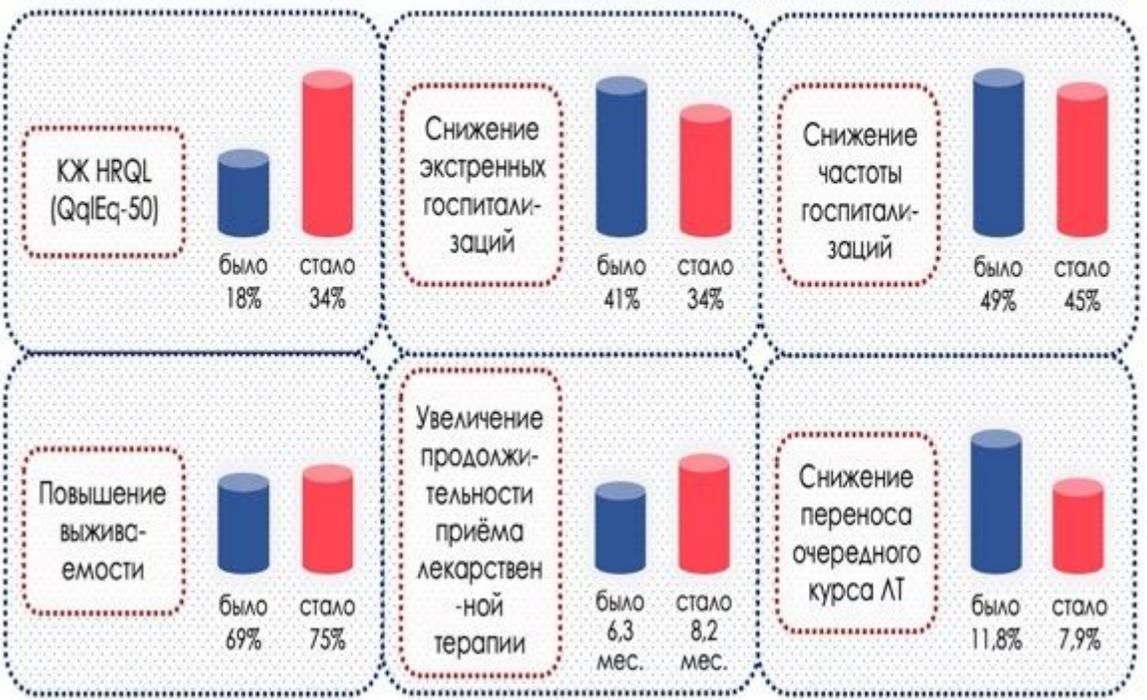


# Важнейшим компонентом онкологической реабилитации является поддерживающая терапия во время лекарственной, химио- и лучевой терапии



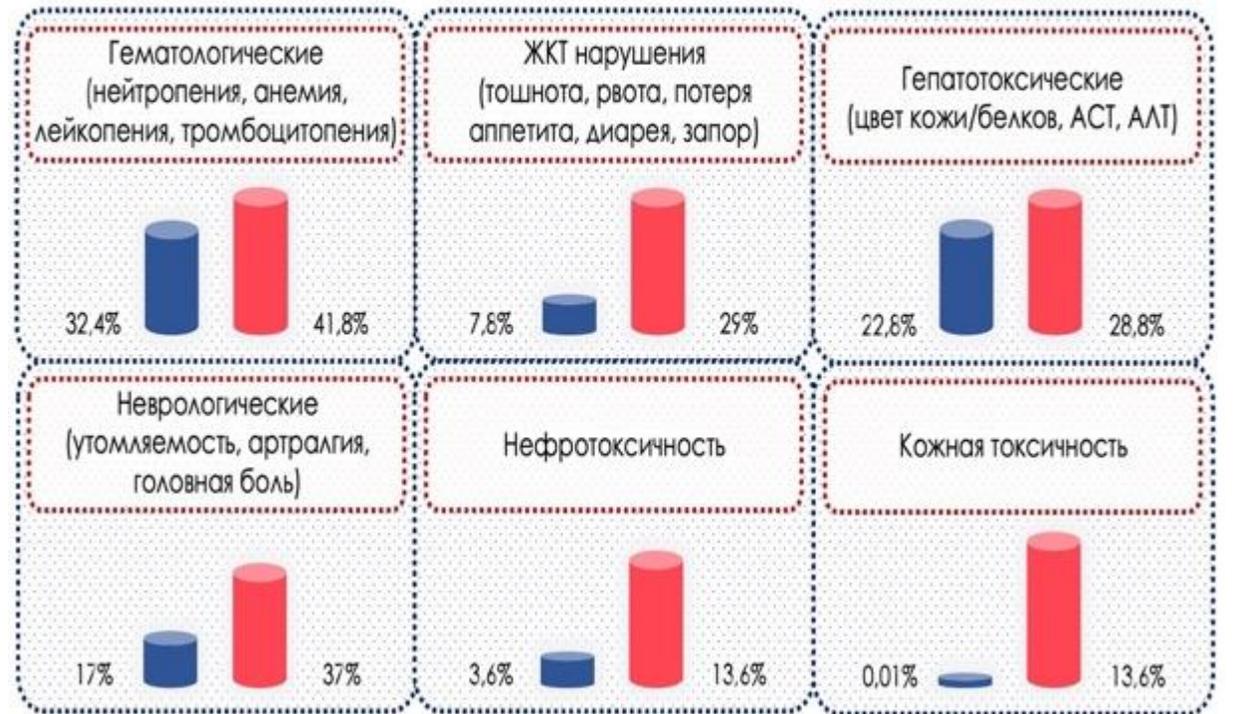
## Влияние электронной систематической отчётности пациентов на ход лечения за 6 месяцев

Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial | Ethan Basch, Allison M. Deal, Mark G. Kris, Howard I. Scher, Clifford A. Hudis, Paul Sabbatini, Lauren Ragak, Antonia V. Bennett, Amylou C. Dieck, Thomas M. Atkinson, Joanne F. Chou, Dorothy Dufko, Laura Sit, Allison Barr, Paul Novotny, Michael Fraccone, Jeff A. Sloan, and Deborah Schrag | Clin Oncol 34:557-565. © 2015 by American Society of Clinical Oncology



## Более частое выявление НЯ в группе ОНКОНЕТ против группы сравнения

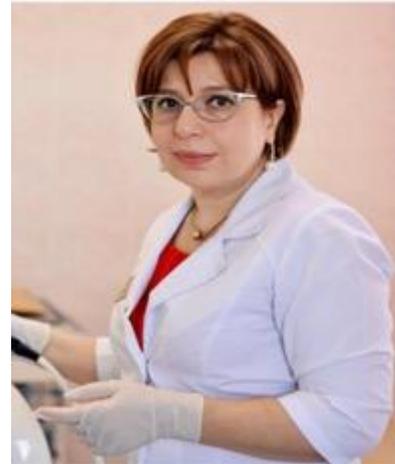
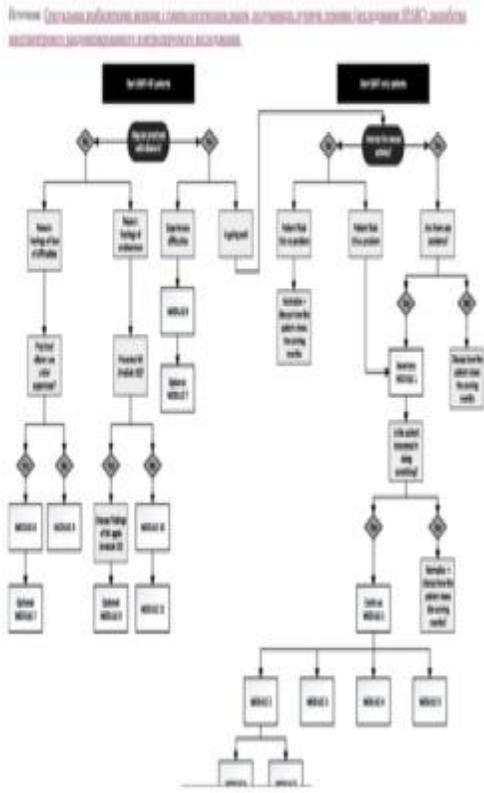
— группа сравнения  
— группа вмешательства



# Развивается опыт амбулаторной реабилитации женщин с онкогинекологией с применением телетехнологий на базе медицинского радиологического научного центра имени А.Ф. Цыба

## Телеподдержка женщин после лучевой терапии

Цифровое вмешательство состоит из четырех часовых онлайн занятий через 1, 2, 3, 6 и 12 месяцев после ЛТ с контрольными визитами женщин к онкологу/радиологу. Для женщин, получивших ЛТ, через 2 месяца запланировано дополнительное занятие, во время которого обсуждаются потенциальные препятствия и проблемы, связанные с использованием расширителя с дополнительным сеансом телемониторингом и ТМК продолжительностью 30 минут между 6 и 12 месяцами после ЛТ. Если женщина состоит в отношениях, партнеру предлагается сопровождать ее на сеансах.



## Телеобразовательные модули для женщин после лучевой терапии органов малого таза

- Модуль 1: Краткий сексуальный анамнез: вопросы сбора информации о лечении и психообразовании в отношении сексуальности.
- Модуль 2: Боль во время полового акта: практические рекомендации по управлению болью во время полового акта на основе когнитивно-поведенческих принципов.
- Модуль 3: Сухость и здоровье влагалища: информация о гигиене и здоровье влагалища.
- Модуль 4: Альтернативы половому акту. Упражнения для изучения альтернативных вариантов полового акта без проникновения.
- Модуль 5: Партнер и возможные сексуальные проблемы. Проблемы зрительной дисфункции и др. во время полового акта.
- Модуль 6: Постепенное приобщение к половому акту, основанному на когнитивно-поведенческой терапии мочеиспускания и сексуальных расстройств состоит в том, чтобы научить женщину и ее партнера снова вступать в сексуальный контакт.
- Модуль 7: Упражнения для тазового дна.
- Модуль 8: Трудности с использованием расширителя в домашних условиях для женщин, которые испытывают проблемы с использованием расширителя или для женщин, которые не хотят практиковаться под наблюдением.
- Модуль 9: Использование расширителей под наблюдением в амбулаторной клинике. Занятие под руководством медсестры основанное на методе экспозиционной терапии для уменьшения страха с помощью позитивного сеанса воздействия.
- Модуль 10: Изучение и разрешение амбивалентности в отношении использования расширителя с помощью техники мотивационного интервью.
- Модуль 11: Тапконы с вазелином.

## Применение телемедицины в лечении стрессового недержания мочи и недержания мочи при позывах.

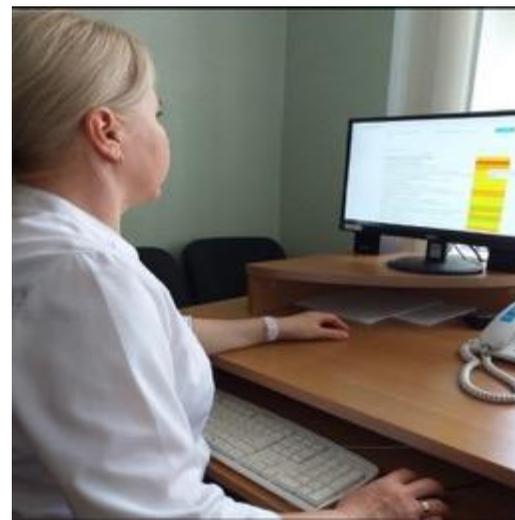
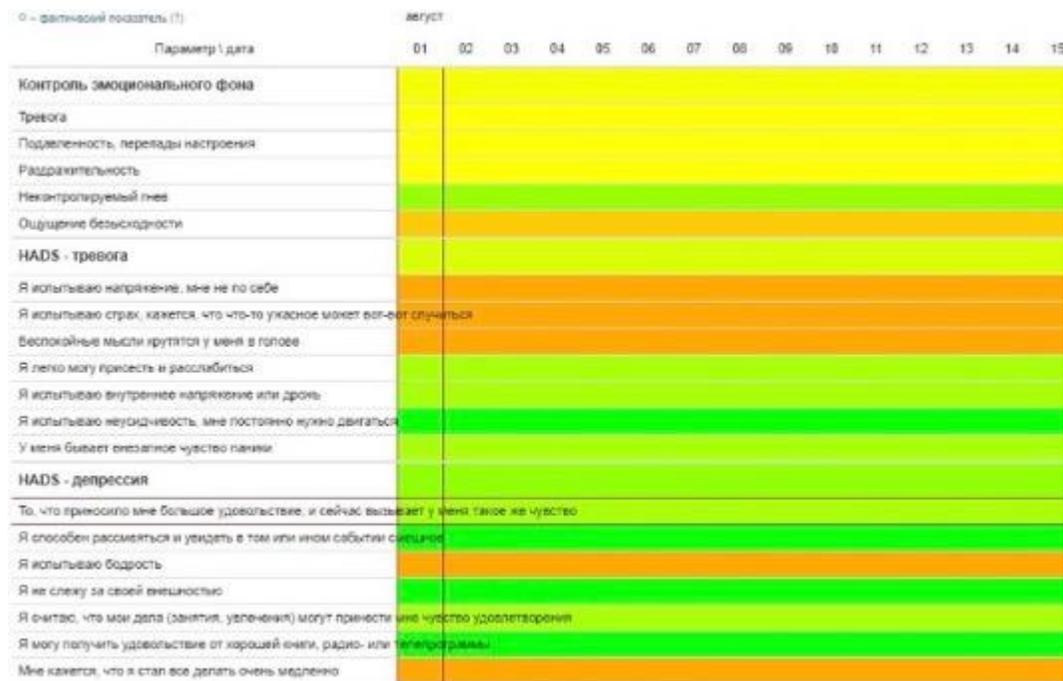


В трех статьях одной и той же шведской группы были представлены результаты программы онлайн и асинхронной телетерапии на группе из 250 женщин.

- 1- по контролю симптомов мочеиспускания;
  - 2- по качеству жизни после 4 месяцев и 1-2 лет лечения с использованием асинхронного телемониторинга;
  - 3- по экономической целесообразности теленаблюдения, сделав вывод, что применение ТМК является новой, экономически эффективной альтернативой лечения;
- Большинство участниц в группе онлайн телеподдержки сообщили о значительном улучшении ( $p = 0,01$ ), сократив использование прокладок при недержании ( $p = 0,02$ ) и были удовлетворены программой лечения ( $p < 0,001$ ) по сравнению с асинхронной группой. Качество жизни улучшилось в онлайн группе.
- В целом 69,8% участниц сообщили об отсутствии или сокращении числа эпизодов недержания более чем на 50% (12% участниц выбыли из исследования в первые 4 мес, 32% участников в течение 1 года и 38% - в течение 2 лет.)
- Высокозначимые улучшения симптомов для данного состояния наблюдались через 1 и 2 года, как для онлайн, так и для асинхронного вмешательства.
- Доля участников, считающих, что качество их жизни значительно улучшилось, была одинаковой в обеих группах лишь через 1 год.

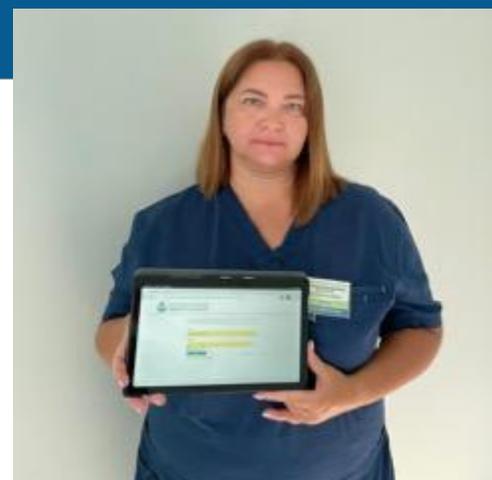
## Проведение групповых психологических онлайн занятий и асинхронный мониторинг тревожности и депрессии

- Методики релаксации, включающие в себя диафрагмальное дыхание и прогрессирующую мышечную релаксацию, помогают уменьшать уровень тревоги и депрессии у пациенток РМЖ на фоне химиотерапии





## Голосо-речевая реабилитация больных опухолями головы и шеи



# Опыт Москвы продемонстрировал возможность организации по ОМС работы психологов в ЦАОпах -без лицензии на реабилитацию и без оборудованных отдельных кабинетов для психологов

## В базовую программу ОМС включили консультацию психолога

закон медицинская психология клиническая психология



Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС) в России с 2024 г. будет включать консультации медицинских психологов. По направлению лечащего врача к ним смогут обратиться пациенты, которые состоят на диспансерном учете, ветераны боевых действий, а также женщины в период беременности, родов и в послеродовой период. Об этом говорится в утвержденной правительством программе госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2024–2026 гг.

«Беременные женщины, обратившиеся в медицинские организации и иные организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях, имеют право на получение правовой, психологической и медико-социальной помощи, в том числе по профилактике прерывания беременности», — сообщается в программе.

Также в программе говорится, что исполнительные органы субъекта РФ, уполномоченные высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, в порядке, утверждаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации, ведут мониторинг оказываемой таким женщинам правовой, психологической и медико-социальной помощи в разрезе проведенных таким женщинам мероприятий, направленных на профилактику прерывания беременности, включая мероприятия по решению причины, приведшей к желанию беременной женщины прервать беременность, а также оценивают эффективность такой помощи.



Центр повышения квалификации и переподготовки  
24 авг 2023



Квалификационные требования к должности "Медицинский психолог" (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 206н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием". Вступает в силу с 01.09.2023 года)

Уровень профессионального образования Высшее образование - специалитет по специальности "Клиническая психология" или высшее образование - специалитет по специальности "Психология" со специализацией "Клиническая психология" или  
Дополнительное профессиональное образование Профессиональная переподготовка по специальности "Клиническая психология" при наличии высшего образования - специалитета по одной из специальностей: "Психология", "Психология служебной деятельности" или при наличии высшего образования - бакалавриата и магистратуры по направлению подготовки "Психология" Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности



## Медицинский психолог



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ  
АККРЕДИТАЦИОННЫЙ  
ЦЕНТР

Задать вопрос  
службе поддержки

Контакты

главная

первичная и первично-  
специализированная аккредитация

периодическая  
аккредитация

общая  
информация

членам  
аккредитационных  
комиссий

# Модуль телеподдержки, телереабилитации и телепатронажа стомированных больных – инструмент стационарозамещающих технологий с телемедицинской помощью на дому.

Для оказания медицинской помощи больным с острыми хроническими заболеваниями и их обострениями, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию, может организовываться стационар на дому при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

## КОГДА НУЖНА СРОЧНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА?

### ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

- БОЛИ, СПАЗМЫ В ЖИВОТЕ
- ТОШНОТА, РВОТА
- ВЗДУТИЕ ЖИВОТА
- ОТСУТСТВИЕ ОТХОЖДЕНИЯ СТУЛА И ГАЗОВ

- ДИАРЕЯ
- СИМПТОМЫ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ

- БОЛИ В ОБЛАСТИ СТОМЫ
- ЛОКАЛЬНОЕ ПОКРАСНЕНИЕ
- ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ВЫШЕ 38

### ОТСУТСТВИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ВПРАВЛЕНИЯ КИШКИ

- ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ОТЕК КИШКИ
- ПОТЕМНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ



## Реабилитация стомированных больных

Целью теле-виртуального лечения является повышение качества жизни стомированных больных с помощью телемедицины.

### ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

- Аллергические реакции
- Дерматиты
- Использование кератолитических средств для удаления фибриновых масс
- Обильное отделение слизи (зудовато-железистый запах)
- Сильное покраснение кожи вокруг стомы (диаметр 3-5 см)
- Использование кортикостероидных мазей
- Применение препаратов для улучшения микроциркуляции в коже
- Применение препаратов для улучшения микроциркуляции в коже



### КОМПЬЮТЕРНОЕ ПОДСОПРОВОЖДЕНИЕ

- в значимой степени реабилитации стомированных больных
- возможность удаленного наблюдения за состоянием стомы
- возможность удаленного наблюдения за состоянием стомы
- возможность удаленного наблюдения за состоянием стомы

## Организация и порядок проведения телемедицинских консультаций

### МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ:

- Вид стомы
- Вид и время проведения операции с формированием стомы
- Время появления симптомов

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ УХОДЕ ЗА СТОМОЙ

- Продукция по уходу за стомой
- В каком положении тела приклеивают пластину
- Сроки замены коллоидной пластины
- Размеры основания стомы и отверстия в пластине

### ФОТОИНФОРМАЦИЯ

- Фото стомы крупным планом в положении пациента «СТОЯ, СИДЯ, ЛЕЖА»
- Фото части живота, где расположена стома
- Без коллоидной пластины

## Клинические примеры телемедицинских консультаций

### Ответ:

Ситуация с расположением стомы в складке, к сожалению, довольно типичная. У Вас стома в виде столбика располагается в ямке, что отчетливо видно при перемене положения тела. В каком положении Вы приклеиваете коллоидную пластину? Надо обязательно это делать в положении стоя или сидя, предварительно выровняв складку вокруг стомы ластой герметик в полоску, см. рис.1. При таком расположении и форме стомы подойдет 2-компонентная система с конвексной пластиной АЛЬТЕРНА ДИП Д 60 мм. Обязательно дополнительная фиксация ремнем, см. рис.2.



Рис. 1. Применение пасты герметик в полоску для выравнивания

Рис. 2. Конвексная пластина



## После установки стомы могут возникать осложнения, которые причиняют пациенту серьезные страдания, физические и моральные.

- Примерно у 60% российских пациентов со стомами встречается дерматологическое перистомальное осложнение — это значительно ухудшает качество жизни, в мировой практике такие осложнения встречаются только у 3 из 10 человек. В идеале в каждой поликлинике должен быть свой стоматерапевт, специализирующийся на таких проблемах, но у нас этот механизм пока работает не очень хорошо. Самые распространенные осложнения, с которыми обращаются пациенты:
- аллергические реакции;
- мацерации (набухание тканей);
- инфицирование;
- грибковые заболевания.
- Жить с такими осложнениями очень сложно: у пациентов появляется зуд, боль, а вместе с ними — брезливость, раздражение, эмоциональные переживания. Развитие осложненной стомы создает непреодолимые препятствия к социальной адаптации пациента, существенные ограничения в

## Клинические примеры телемедицинских консультаций

### Вопрос:

Маме 65 лет, 12 марта этого года выведена постоянная колостома. У нас такая проблема, вроде после выписки из больницы коллоидной держались 1-2 дня, но в последнее время приходится менять по три раза за день, из-за чего кожа краснеет, появляются ранки. Размер стомы около 33 мм, вырезка 34-35 мм. Прикладываю фотографии 1. лежа, 2. сидя (она сама худенькая, 63 кг, но после операции висит складка), 3. стоя (фотографировала снизу)



## Лечение в зависимости от степени повреждения кожи

**эритема** — защитный крем, защитная пленка;

**мацерация, эрозия** — ранозаживляющий, абсорбирующий порошок, для подсушивания кожи, возможно применение 0,5–1% раствора бриллиантовой зелени. При выраженном поражении рекомендуется 1–2-х кратное использование гидрокортизоновой мази, эмульсии;

**язва** — ранозаживляющий порошок, паста, повязка гидроколлоидная

# Профилактика лимфедемы

Мягкий самомассаж в области послеоперационной раны для профилактики образования грубых рубцовых изменений.

Раннее начало выполнение комплекса ЛФК;

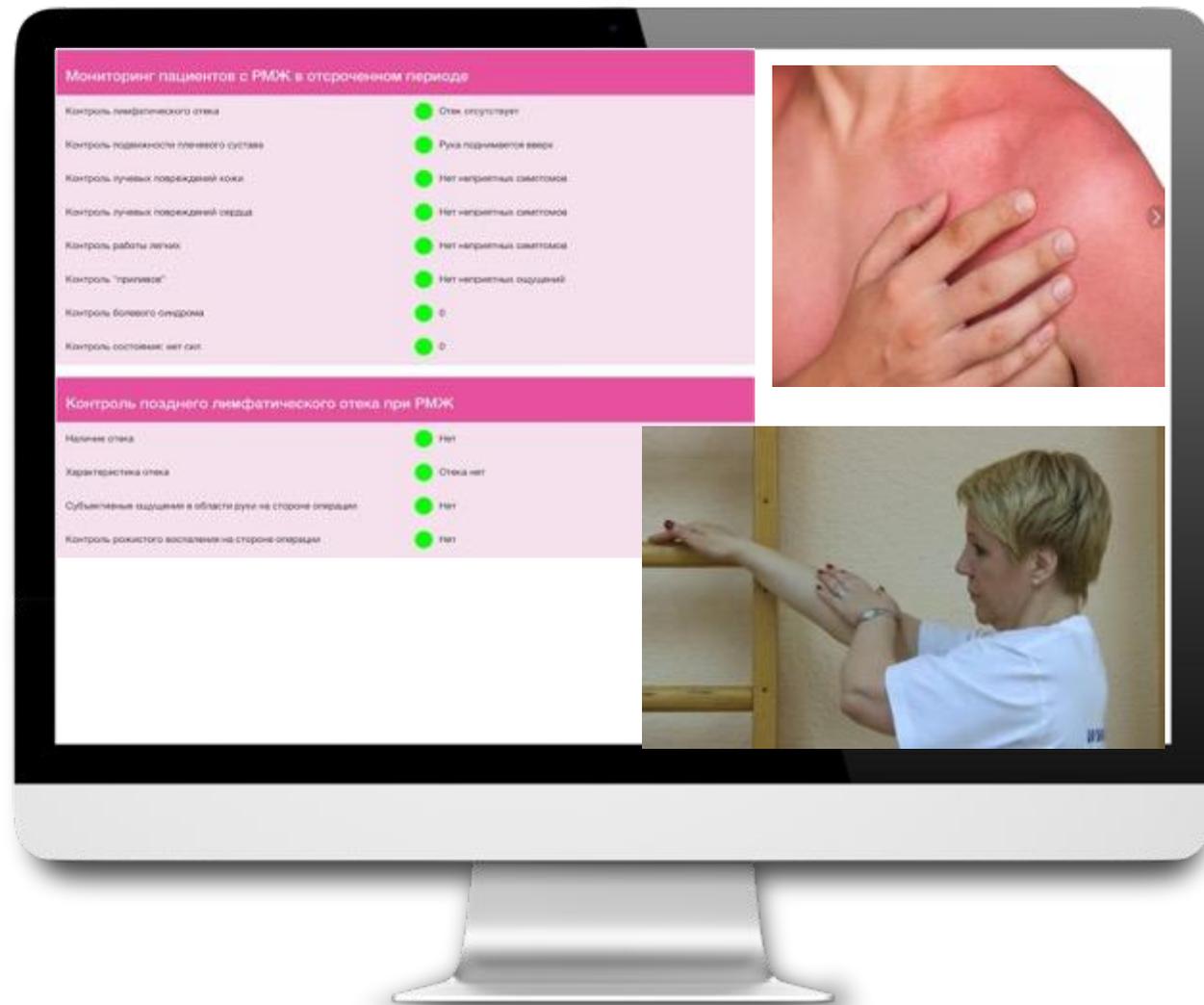
Контроль веса, диетотерапия, профилактика ожирения;

Профилактика рожистого воспаления, уход за кожей;

Исключение подъема тяжести (более 2 кг);

Рекомендуется при возникновении лимфедемы проводить полную противоотечную терапию, включающую в себя мануальный лимфодренаж, ношение компрессионного трикотажа, выполнение комплекса ЛФК, уход за кожей, перемежающуюся пневмокомпрессию верхней конечности в сочетании с полной противоотечной терапией. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – Ib).

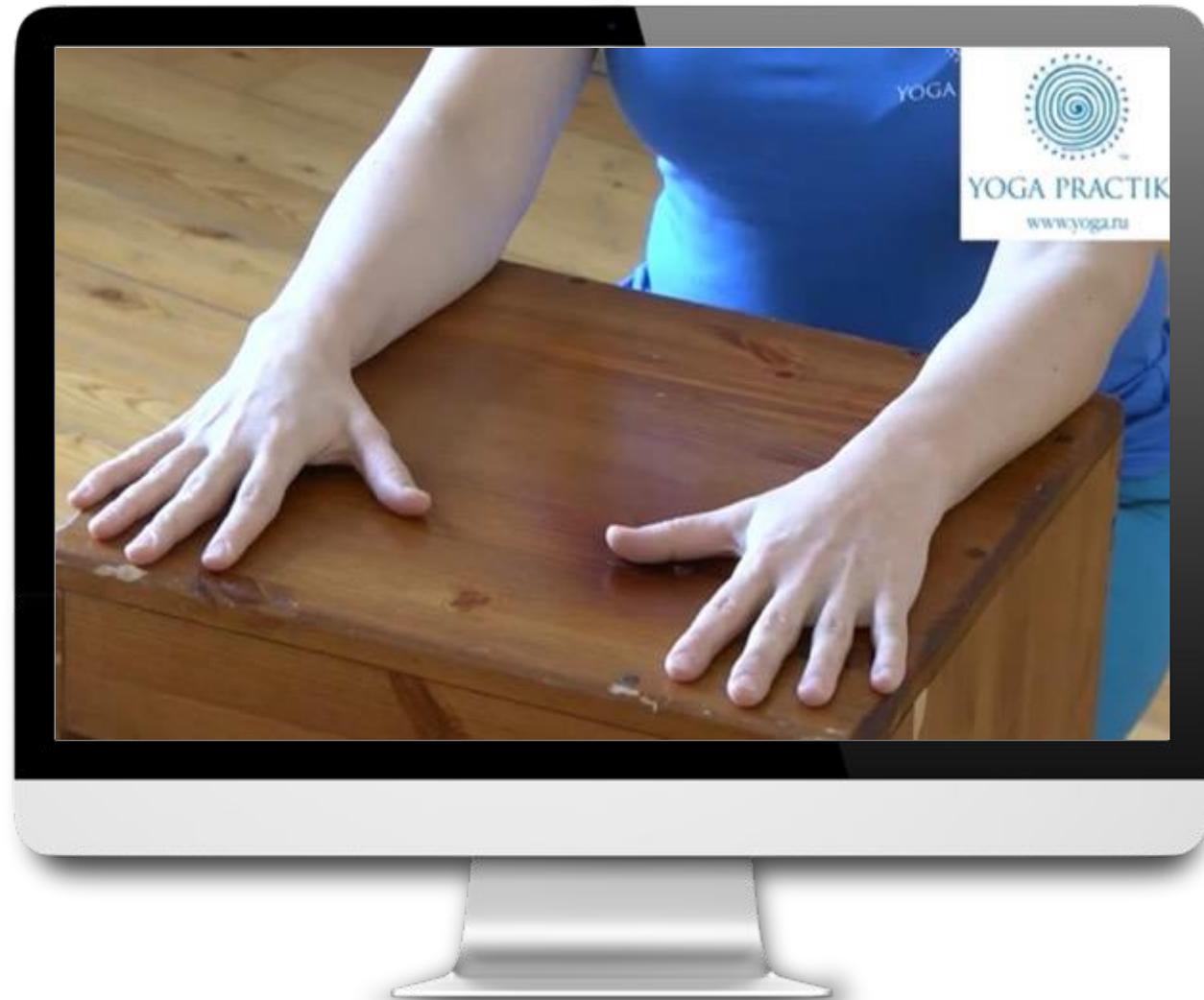
Применение комплекса ЛФК уменьшает хронический болевой синдром у пациенток с РМЖ, который связан с вторичным поражением плечевого сустава (синдром замещения подмышечной области соединительной тканью, адгезивный капсулит, брахиоплексит). Комплекс ЛФК направлен на поддержание объема движений в плечевом суставе на стороне операции (сгибание вперед, отведение, внутреннее вращение и внешнее вращение), укрепление



# Телереабилитация на фоне системной терапии

## Коррекция периферической полинейропатии

- Рекомендована лечебная физкультура (ЛФК) с включением упражнений на координацию для профилактики токсической периферической полинейропатии на фоне системной терапии РМЖ. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).
- Рекомендована ЛФК для профилактики токсической периферической полинейропатии на фоне системной терапии РМЖ, направленная на улучшение координации и мелкой моторики. Она должна начинаться одновременно с началом нейротоксичной терапии, по крайней мере одновременно с манифестацией первых проявлений периферической полинейропатии. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).





## ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

**Периферическая нейропатия**, вызванная химиотерапией, является одним из частых осложнений.

Аэробная, не интенсивная, но длительная нагрузка и совмещение силовых и кардиоупражнений – единственный способ снижения проявлений периферической нейропатии



Проявления: повреждение периферических нервов, онемение в конечностях, покалывание, жгучая или стреляющая боль, слабость конечностей, потеря проприоцепции и глубоких сухожильных рефлексов.

9



## ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

### Лимфедема

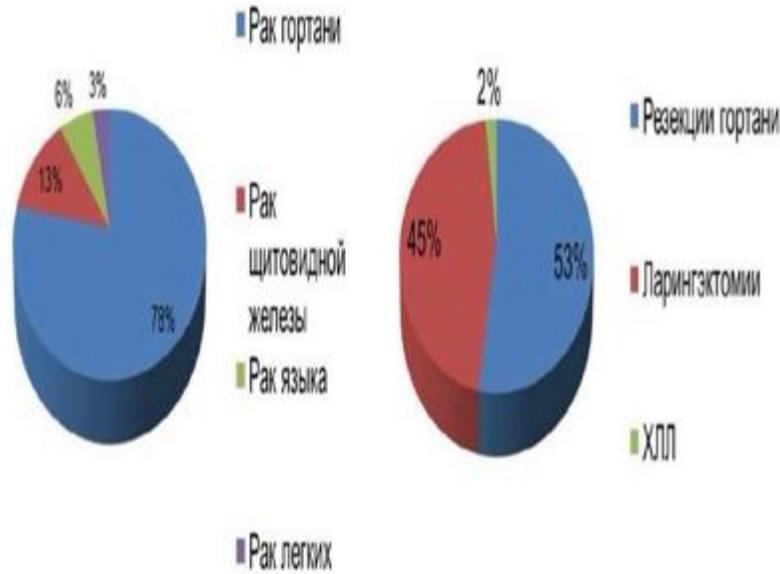
Распространенные причины поражения лимфатической системы: хирургическое вмешательство, связанное с раком, лучевая терапия, травматическое повреждение.

В тканях усиливается гипоксия, нарастает отек, в результате чего развивается фиброз

- Противоотечная лечебная гимнастика
- Компрессионная терапия
  - Мануальный лимфодренаж



10



## Комплексная гибридная реабилитация пациентов с ОГШ

- комплексная гибридная реабилитация пациентов с ОГШ
- нутритивная поддержка
- адекватное обезболивание
- обучение уходу за трахеостомой
- ежедневные групповые занятия дыхательной гимнастикой
- индивидуальное онлайн занятие с логопедом
- при выписки предоставлены ссылки на телеобразовательные материалы



Повышение доступа к медицинской помощи

Повышение качества жизни пациента и снижение бремени ухода

Обучение медработников и междисциплинарная коммуникация в поддержке принятия решений

Снижение использования вторичной медпомощи

Помощь в обезболивании

## Телепаллиатив в онкологии

Мониторинг и поддержка в уходе на дому пациентов из дальних районов

Обучение родных и персонала по уходу основным навыкам

Организация стационарной телепаллиативной поддержки для снижения вирусной нагрузки

Сокращение госпитализаций и сроков пребывания в стационаре

Управление обезболиванием пациентов остаётся самой значимой проблемой паллиативной медицины из-за недостаточности знаний медицинскими работниками теоретических основ формирования хронической боли, современной методологии противоболевой терапии, и профессиональная опиофобии.

Хроническая боль встречается у **71%** онкологических пациентов по оценке врачей и у **74,4%** по самооценке пациентов, при этом не менее **32%** опрошенных пациентов оценивали интенсивность своей боли как среднюю и сильную.

Персональное протоколированное электронное управление и контроль боли позволяет применять стратегию «анальгетической лестницы» для лечения боли при злокачественных новообразованиях, основанной на последовательном трехступенчатом применении неопиоидных анальгетиков, слабых и сильных опиоидов.

## Дневник интенсивности боли с образовательными школами по контролю болевого синдрома

Контроль интенсивности боли для вербальных пациентов

Степень боли: ● Едва ощущаемая

- Едва ощущаемая
- Доволяет легкий дискомфорт
- Терпимая, не мешает заниматься делами
- Восточит, мешает обычной жизни
- Не дает забыть о себе
- Сильная боль
- Очень сильная
- Ужасная
- Мучительная, затмевает все
- Равносильная (нужна помощь близких)

Ночной сон: ● Не нарушен, обычные анализы действуют

Характер боли: ● Утихает, тихий

Боль вызывает у вас: ● Утомление, раздражение

Через 40 минут после приема обезболивающего: ● Боль прошла



Лечение болевого синдрома

Список видео:

- 1. Диагностика боли. Виды боли. Хронический болевой синдром
- 2. Принципы лечения хронической боли
- 3. Обезболивание: ожидания. Мифы и реальность

Качество

Интенсивность

Локализация

Факторы, усиливающие и ослабляющие боль

Побочные эффекты противоболевого лечения

Процедура мониторинга и оценки боли включает определение следующих качественных и количественных параметров:

Временные характеристики (начало, продолжительность, течение)

Возможность получения электронного документа, подтверждающего динамику развития боли

# Сколько этапов МР будет организовано в медицинской организации?



**Иванова Галина Евгеньевна**  
Заведующая кафедрой медицинской реабилитации факультета дополнительного профессионального образования федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Вестник  
ESPRM  
СЭБА ВЕКТОР  
СЭБА ПЛАНИРОВАНИЕ РОССТ

Новости  
Нормативная база

В Клинике Вестника Москва прошла первая школа повышения квалификации по специальности «Заблуждения для профилактики осложнений язвы желудка»

Положение Минздрава России от 12.11.2019 № 1069-Н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов пищеварения»

Положение Минздрава России от 31.08.2020 № 1084-Н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов пищеварения»

Профсоюзный стандарт «Специальность «Медицинская реабилитация»

Профсоюзный стандарт «Специальность «Физиотерапия»

Мультидисциплинарная реабилитационная команда Областной специализированной больницы медицинской реабилитации «Липецкая» прошла обучение по реабилитации на 2 и 3 этажах

модель	этап	оплата	затраты	История болезни
1	I	КСЛП	Оборуд.; кадры	1
2	II	КСГ	Оборуд.; кадры	1
3	I,II	КСЛП+КСГ	Оборуд.; кадры/2	2
4	III д.с.	КСГ	Оборуд.; кадры	1
5	III амб.	Комплексн. посещение	Оборуд.; кадры	1
6	III дист.	Телем. Конс.	Оборуд.; кадры	1
7	I, III д.с.	КСГ+КСГ	Оборуд.; кадры/2	2
8	I, III амб.	КСГ+компл.	Оборуд.; кадры/2	2
9	I, III дист.	КСГ+телем.кон.	Оборуд.; кадры	2
10	I, II, III д.с.	КСЛП+КСГ+КСГ	Оборуд.; кадры/3	3
11	I,II, III амб.	КСЛП+КСГ+копл.пос.	Оборуд.; кадры/3	3
12	I,II, III дист.	КСЛП+КСГ+телемед.	Оборуд.; кадры/2	3
13	I,II, III д.с., III амб., III дист.	КСЛП+КСГ+КСГ+комп. п.+ телемед.	Оборуд.; кадры/4	5

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**



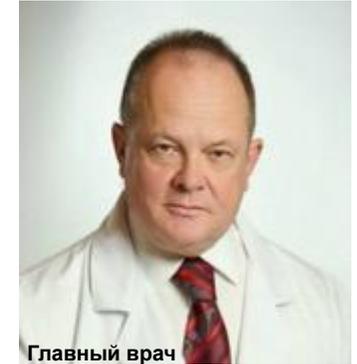
**Главный врач врач БУЗ ВО  
«Воронежский областной  
клинический онкологический  
диспансер» доктор медицинских  
наук , профессор Мошуров Иван  
Петрович**



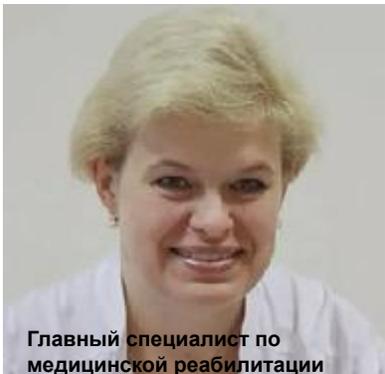
**Исполняющая обязанности  
генерального директора ФГБУ  
ФНКЦ МРИК ФМБА России , д.м.  
н. Гамеева Елена  
Владимировна**



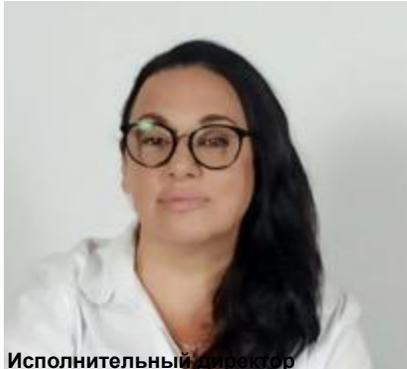
**Главный врач Самарского  
областного клинического  
онкологического диспансера, д.м.  
н. Орлов Андрей Евгеньевич**



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



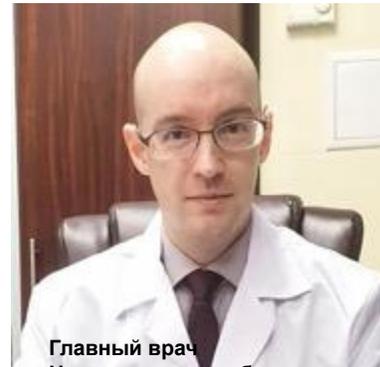
**Главный специалист по  
медицинской реабилитации  
Минздрава России Д.м.н ,  
профессор Иванова Галина  
Евгеньевна**



**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**