

Цифровые возможности реабилитации онкологических и трансплантированных пациентов на третьем этапе медицинской реабилитации



Необходимо развивать амбулаторную реабилитацию в том числе с применением телемедицины

Финансирование медпомощи в 2024 году, как показывает анализ утвержденных бюджетов (федерального и ФОМС) и ПГГ, будет в большей степени заточено на развитие амбулаторной помощи и диспансерного наблюдения, нежели на вошедшее в практику последних лет совершенствование стационарной и высокотехнологичной медпомощи.

Объем амбулаторного сегмента бюджета ФФОМС сравним с затратами на лечение в круглосуточном стационаре, увеличиваются средние финансовые нормативы диспансеризации и диспансерного наблюдения, Наибольший денежный прирост покажет амбулаторный сегмент, стоимостный объем которого увеличится с 1,046 трлн до 1,223 трлн рублей (+16%) В соответствии с ПГГ, в поликлиниках в 2024 году откроются кабинеты медико-психологического консультирования – эта помощь теперь будет оплачиваться по тарифам ОМС. Планируется продолжить развитие телемедицины и удаленных врачебных консультаций не только формата "врач-врач" (по сути, дистанционный консилиум), но и "врач-пациент", все шире будет внедряться дистанционный мониторинг состояния здоровья хронических больных

Объемы госгарантий на реабилитацию вне стационара увеличат на 5,5%

11.10.2023 12:05 1239

Лада Самардина

Нормативы медпомощи по Программе госгарантий выросли по направлениям медицинской реабилитации – в амбулаторных условиях сразу на 5,5%. При прохождении реабилитации в стационарах тарифы колеблются от 25,6 тыс. до 87,2 тыс. руб.



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 дому¹**.

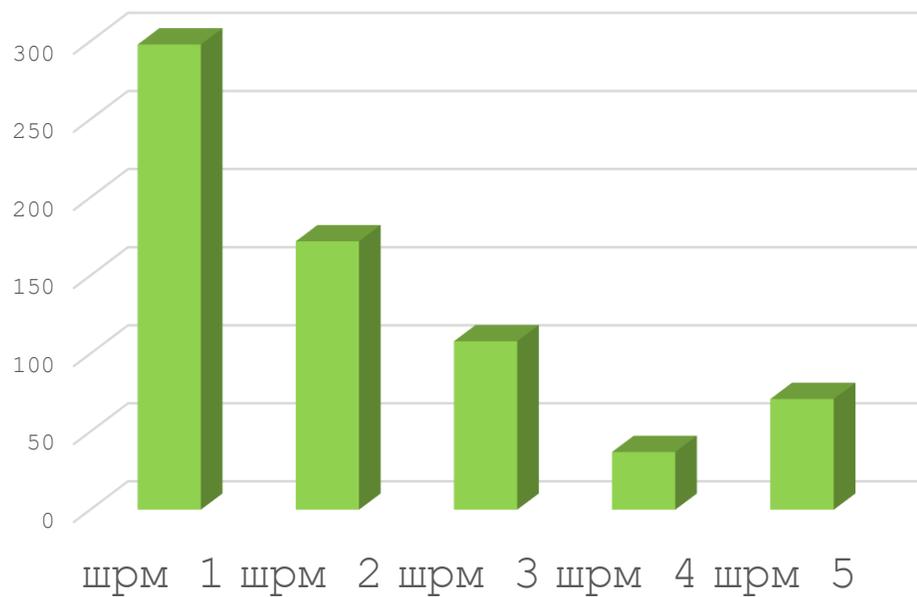
Медицинская реабилитация на дому осуществляется медицинскими работниками **по решению врачебной комиссии медицинской организации, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи**.

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

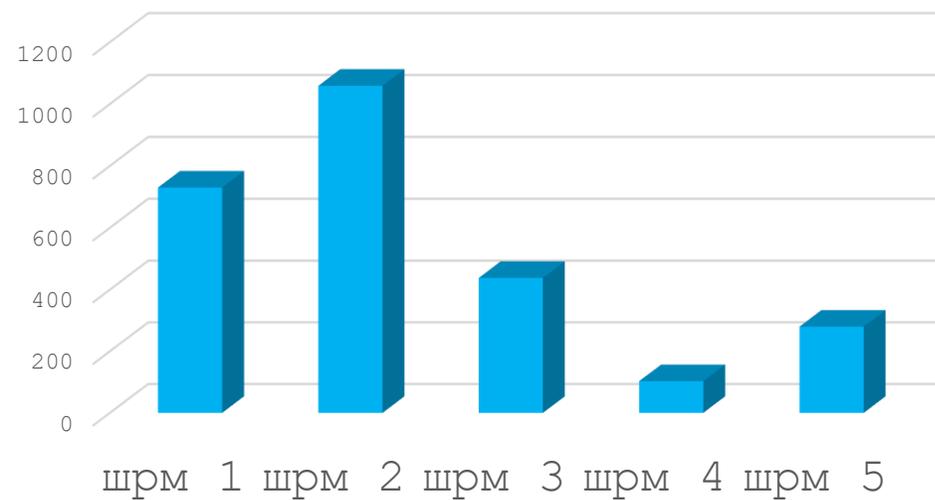
4. **Формирование индивидуального плана медицинской реабилитации** (далее - ИПМР) взрослого и составление заключения (реабилитационного эпикриза) взрослого **осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой** под руководством врача по физической и реабилитационной медицине (врача по медицинской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



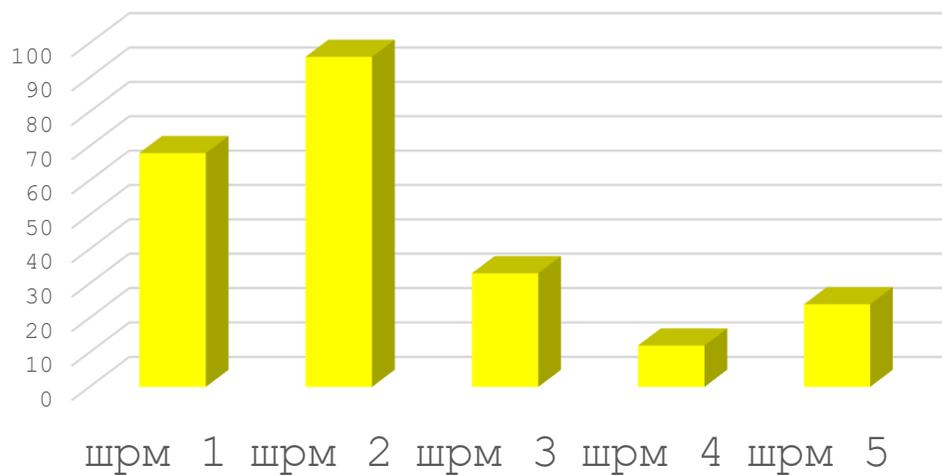
Хирургический профиль



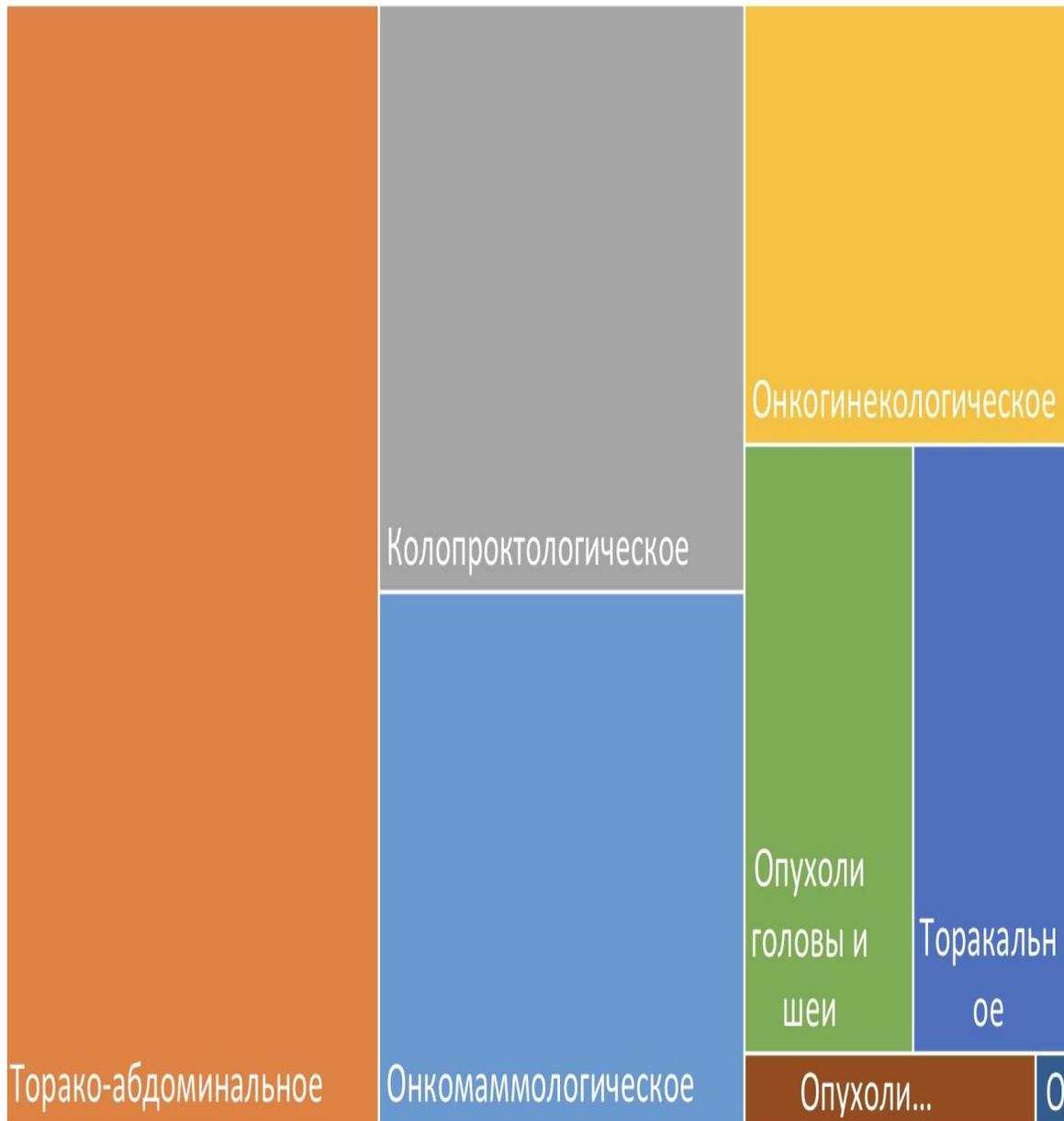
ПХТ



Радиологический профиль



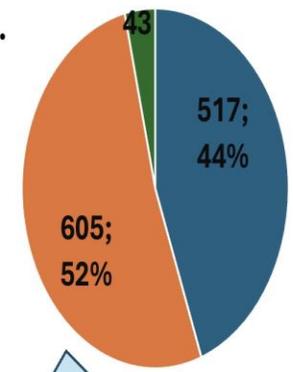
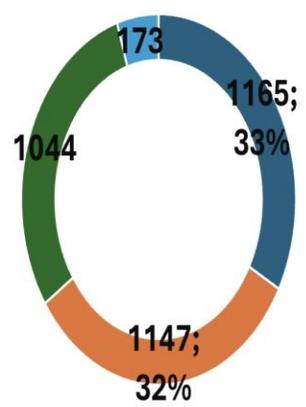
Потребность в реабилитации после хирургического лечения



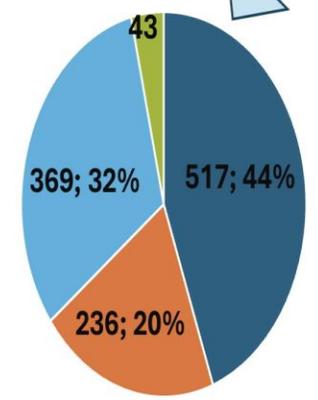
ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»

Реабилитация. Желания пациента....

- показана желает
- показана не желает
- не показана
- неизвестно



- пол-ка
- стационар
- не выбрано



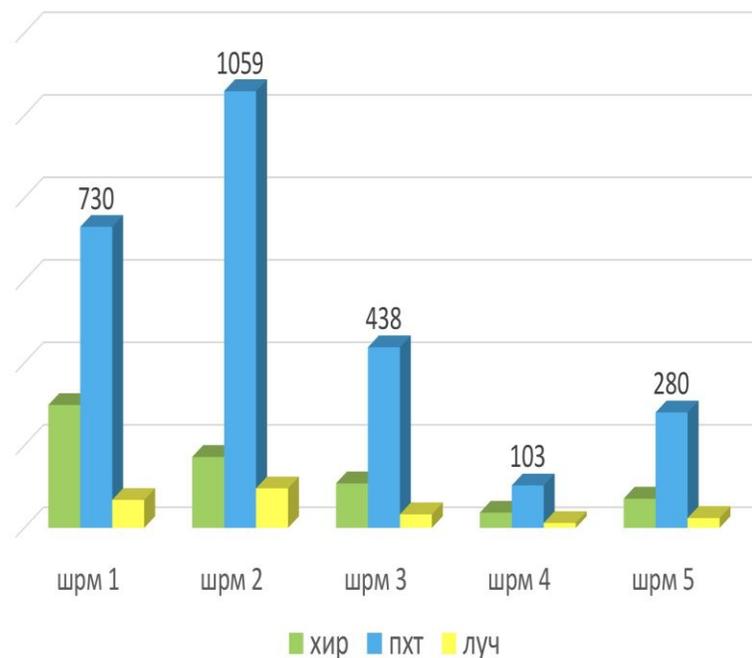
- пол-ка
- стационар КС
- стационар ДС
- не выбрано

Согласно международным исследованиям и российским исследованиям – пациенты химиотерапии особо нуждаются в реабилитации , но организовать это возможно только в рамках телемедицины? Как получить за это оплату?



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, MD¹; Kari Bohlke, ScD²; Anne M. May, PhD³; Steven K. Clinton, MD, PhD⁴; Wendy Demark-Wahnefried, PhD, RD⁵;
Susan C. Gilchrist, MD, MS⁶; Melinda L. Irwin, PhD, MPH⁷; Michele Late⁸; Sami Mansfield, BA⁹; Timothy F. Marshall, PhD, MS¹⁰;
Jeffrey A. Meyerhardt, MD, MPH¹; Cynthia A. Thomson, PhD, RD¹¹; William A. Wood, MD, MPH¹²; and Catherine M. Alfano, PhD¹³

J Clin Oncol 40:2491-2507. © 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**.

Гибридная реабилитация в рамках комплексного посещения 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

Медицинская реабилитация

Телемедицина

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

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

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"

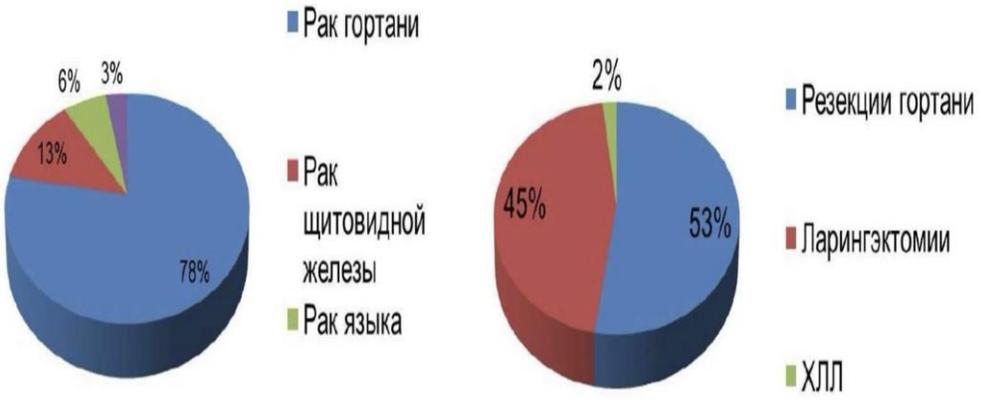
Тарификация

- 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		



Ирина Каргальская
[изменить](#)

ОРГАНИЗАТОР

- Настройки
- Врачи
- Ассистенты
- Специалисты по реабилитации
- Пациенты
- Библиотека
- Удаленные пациенты
- в роль врача
- в роль супера

Москва, Санкт-Петербург, Нижний Новгород

ПОЛЬЗОВАТЕЛИ

3	0	2	2
врачи	ассистенты	специалисты по реабилитации	пациенты
+ добавить	+ добавить	+ добавить	+ добавить

МОДЕЛИ ИПМР ДЛЯ ГИБРИДНОГО КОМПЛЕКСНОГО ПОСЕЩЕНИЯ НА ТРЕТЬЕМ ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНО ИЛИ НА ДОМУ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТМК ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ

- 1 модель
- **Рак гортани**
- **ШРМ 1-2. После эндоларингеальных операции**
- Согласно МКФ нарушены
- Структуры –
- S3 голосообразование /s430 дыхательная система
- Функции
- b-3 функции голоса и речи /b3100/b3101/
- b5 функции пищеварения/b5105 функции глотания/
- b-4 функции дыхания b-440 -449
- Активность и участие –
- d-3 общение /d-330 речь /d350 разговор /d 845 работа и занятость. Выполнение и прекращение трудовых функций

- Очный визит – раз в 7 дней (Возможно с применением ТМК – консультация онколога /консультация лора-комплексное обследование/ фиброэндоскопия лор органов/ аппликационная анестезия/ инстиляция лекарств в гортань/ акустический анализ голоса/ обследование глотания/ анкетирование и субъективная оценка качества голоса
- **ИМПР с применением ТМК :**
- -ингаляционная терапия
- -консультация логопеда
- -индивидуальное фонопедическое занятие
- -голосовая гимнастика -лфк
- -глотательные маневры -лфк
- -групповая дыхательная гимнастика
- -групповое занятие с психологом

3 модель

Рак гортани

ШРМ 3-4 .Ларингэктомия

Согласно МКФ нарушены

Структуры –

s3 – структуры участвующие в голосообразовании и речи /s430 дыхательная система/s150 структура парасимпатической нервной системы/s4 структуры пищеварительной системы /s8100-структура кожи головы и шеи

Функции

V3 функции голоса и речи /b3100/b3101/

b515 функции пищеварения/b5105 функции глотания/ b510-539 функции приема нутриентов/b440 -449 функции дыхания/в126-темперамент и личностные функции/b1263 психическая устойчивость/b280-289 боль/b298 сенсорные функции

Активность и участие –

d3 общение /d330 речь /d350 разговор /d845 работа и занятость. Выполнение и прекращение трудовых функций/d5 -самообслуживание/d845-прекращение труда(отказ),d9-жизнь в сообществах/d920-отдых и досуг

Факторы окружающей среды

e425 /e450 -установки знакомых/сверстников/коллег/медицинских работников/e125

- Модель ИПМР -гибридное комплексное посещение
- **Очный визит -раз в 7 дней**
- (с применением ТМК – консультация онколога /консультация лора-комплексное обследование/ исследование глотания рентгеноскопическое/ /фиброэндоскопическое /аппликационная анестезия/смена трахеостомической трубки /санация и обработка / инстиляция лекарств в гортань/ акустический анализ голоса/обследование глотания/анкетирование и субъективная оценка качества голоса
- **Физиотерапия (прессотерапия, низкочастотная магнито и лазеротерапия) чрезкожная электростимуляция]**
- **ИМПР с применением ТМК :**
- -ингаляционная терапия
- -консультация логопеда
- -индивидуальное фонопедическое занятие
- -голосовая гимнастика -лфк
- -кинезиотейпирование.
- -глотательные маневры -лфк
- -групповая дыхательная гимнастика
- -групповое занятие с психологом
- -лечебная физкультура в группах (ЛФК),
- -компрессионная терапия
- - мануальный лимфодренаж
- -уход за кожей
- -образовательные школы по уходу

2 Модель

Рак гортани

ШРМ 2-3. Частичная резекция гортани с нарушенным доступом (с возможной временной трахеостомой)

Согласно МКФ нарушены

Структуры –

S3 голосообразование /s430 дыхательная система/ s8100-структура кожи головы и шеи

Функции

V3 функции голоса и речи /b3100/b3101/

b515 функции пищеварения/b5105 функции глотания/ b510-539 функции приема нутриентов/ в126-темперамент и личностные функции/b1263 психическая устойчивость/b280-289 сенсорные функции и боль/b440 -449 функции дыхания

Активность и участие –

d3 общение /d330 речь /d350 разговор /d845 работа и занятость. Выполнение и прекращение трудовых функций/d5 -самообслуживание/d845-прекращение труда(отказ),d9-жизнь в сообществах/d920-отдых и досуг

Факторы окружающей среды

e425 /e450 -установки знакомых/сверстников/коллег/медицинских работников

Больные с диагнозом Рак щитовидной железы

• Согласно МКФ нарушены

• Структуры –

• S3 голосообразование /s430 дыхательная система

• Функции

• b-3 функции голоса и речи /b3100/b3101/

• b5 функции пищеварения/b5105 функции глотания/

• b-4 функции дыхания b-440 -449

• Активность и участие –

• d-3 общение /d-330 речь /d350 разговор /d 845 работа и занятость. Выполнение и прекращение трудовых функций

• Модель ИПМР -гибридное комплексное посещение

• Очный визит раз в 7 дней

• (с применением ТМК – консультация онколога /консультация лора-комплексное обследование/фиброэндоскопия лор органов/аппликационная анестезия/смена трахеостомической трубки /санация и обработка / инстиляция лекарств в гортань/ акустический анализ голоса/обследование глотания/анкетирование и субъективная оценка качества голоса

• **Физиотерапия (прессотерапия, низкочастотная магнито и лазеротерапия) чрезкожная электростимуляция]**

• **ИМПР с применением ТМК :**

• -ингаляционная терапия

• -консультация логопеда

• -индивидуальное фонопедическое занятие

• -голосовая гимнастика -лфк

• -кинезиотейпирование

• -глотательные маневры -лфк

• -групповая дыхательная гимнастика

• -групповое занятие с психологом

• -лечебная физкультура в группах (ЛФК),

• -компрессионная терапия

• - мануальный лимфодренаж

• -уход за кожей

• -образовательные школы по уходу

• Модель ИПМР -гибридное комплексное посещение с применением ТМК

• Очный визит – раз в 7 дней (Возможно с применением ТМК – консультация онколога /консультация лора-комплексное обследование/фиброэндоскопия лор органов/аппликационная анестезия/ инстиляция лекарств в гортань/ акустический анализ голоса/обследование глотания/анкетирование и субъективная оценка качества голоса

• **ИМПР с применением ТМК :**

• -ингаляционная терапия

• -консультация логопеда

• -индивидуальное фонопедическое занятие

• -голосовая гимнастика -лфк

• -глотательные маневры -лфк

• -групповая дыхательная гимнастика

• -групповое занятие с психологом

Реабилитация стомированных больных

ПАЦИЕНТЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИИ ЖКТ, ОНКОГИНЕКОЛОГИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ

- Нутритивная поддержка;
- Адекватное обезбоживание;
- Использование медикаментозных средств для регуляции функции толстой кишки;
- Обучение стомированных пациентов (теоретические и практические занятия);
- Ежедневные индивидуальные занятия с инструктором-методистом ЛФК 15-20 мин;
- Индивидуальное консультирование клиническим психологом;
- При выписке предоставляются: информационное пособие «Жизнь со стомой», средства ухода за стомой и калоприемники, правила использования бандажа.



КОМПЛЕКСНОЕ ПОСЕЩЕНИЕ

как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10 посещений, при условии:

- Состояние пациента по ШРМ 1-3 балла.
- Заболевания по профилю программы медицинской реабилитации в порядке, определенном Департаментом здравоохранения

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

- Примерно у 60% российских пациентов со стомами встречаются дерматологические перистомальные осложнения — они значительно ухудшают 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 — брезгливость, раздражение, эмоциональные переживания. Развитие осложнений стомы создает непреодолимые препятствия к социальной адаптации пациента, существенные ограничения в жизни.

Клинические примеры телемедицинских консультаций

Вопрос:

Маме 65 лет. 12 марта этого года выведена постоянная колостома. У нас такая проблема, вроде после выписки из больницы калоприёмники 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, вырезаю 34-35 мм. Прикладываю фотографии 1. лёжа, 2. сидя (она сама худенькая, 63 кг, но после операции нависает складка), 3. стоя (фотографировала снизу)



лёжа



сидя



стоя

- Нередко пациент не готов передать уход за собой своим родным, поскольку проблема слишком интимная. Хорошо, если он найдет медиков, которым сможет доверяться, — они могут научить его правильному уходу за стомой (искусственным отверстием между поверхностью органа и окружающей средой).
- Иногда родственник тяжелобольного пациента или сам пациент просто не знают, как ухаживать за стомой, им не хватает навыков. Проблемы возникают, в том числе, из-за того, что у людей нет денег на нужные средства ухода. Хотя по закону средства ухода за стомами должны выдаваться бесплатно, но не все осведомлены об этом.

В силу тех или иных причин пациент или его родственники зачастую обращаются за помощью к врачам в ситуации, когда перистомальные осложнения уже настолько выражены, что их невозможно игнорировать. Поэтому основная задача реабилитации пациентов, перенёвших операцию с наложением стомы, — информирование о самой стоме и об основных принципах ухода за ней.

Организация и порядок проведения телемедицинских консультаций

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ:

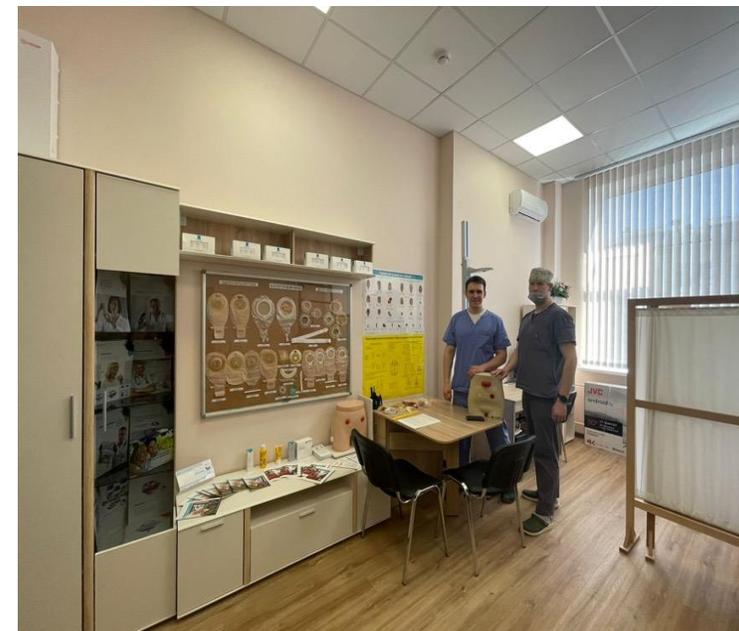
Вид стомы
Вид и время проведения операции с формированием стомы
Время появления симптомов

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УХОДЕ ЗА СТОМОЙ

Продукция по уходу за стомой
В каком положении тела приклеивают пластину
Сроки замены калоприемника
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 калоприемника



95% обратились по вопросу лечения перистомального дерматита. Из них 78% сообщили об улучшении состояния кожи после рекомендованного лечения. 88% пациентов обратились по поводу гигиены, ухода за стомой и диеты, подбору продукции и адаптации к жизни со стомой, т.к. не получили (не запомнили) инфо в стационаре.

FAQ

- ▶ как часто менять мешок
- ▶ что можно есть и сколько жидкости потреблять
- ▶ стоит ли заменить двухкомпонентный на однокомпонентный
- ▶ как часто менять кольцо
- ▶ не получается вырезать отверстие
- ▶ нужно ли отверстие в бандаже

19% задали вопрос о возможности реконструктивных операций

3% обратились по поводу втяжения стомы в раннем послеоперационном периоде

2% – с парастомальными грыжами

В 78% случаях не потребовался очный визит к врачу после дистанционной консультации!

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



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 улучшает КЖ, повышает грамотность, настроение, снижает уровень тревоги и депрессии (использование методик, направленных на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроения) в течение 40-60 минут 6 дней в неделю, которая начинается за 5 дней до операции, и продолжается 30 дней после значительно улучшает качество жизни пациенток с РМЖ.

ФГБУ НМИЦ онкологии
им. Н.П.Петрова
Минздрава России

ДИАЛОГ С ПАЦИЕНТАМИ

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

**Кристина Орхановна
Кондратьева**
медицинский психолог, к.п.н.

**Анна Николаевна
Малкова**
руководитель
сервисно-информационной
службы

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

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.

Для уменьшения утомляемости и слабости на фоне химиотерапии рекомендовано проведение ЛФК в сочетании с медикаментозной коррекцией.

Утомляемость измерялась в 6-ти исследованиях, в 3-х из которых использовались:
Piper Fatigue Scale Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia measurement system
Системы измерения функциональной оценки терапии рака и анемии
Profile of Mood States scale *Шкала профилей настроения*



В 4-х из 6-ти исследованиях сообщалось о значительном уменьшении утомляемости на фоне телереабилитации.

Одно из исследований включало 12-ти недельные комбинированные занятия в сочетании с образовательными модулями про сон, гигиену, управление болью, стрессом в дополнение к питанию и физической активности

Наблюдалось значительное снижение тревожности после 12-ти недельного курса телереабилитации.

В одном из исследований оценивалось влияние образовательных модулей, охватывающих питание, ЛФК, методики управления стрессом и бессонницей.

Было обнаружено значительное улучшение уже после 6-ти недельного вмешательства.

Также в одном из исследований сообщалось о значительном уменьшении тяжести боли после 8-ми недель физической активности онлайн по сравнению с контрольной группой.

Качество жизни HRQoL и утомляемости улучшилось после самостоятельного выполнения упражнений и диетотерапевтических и других рекомендаций при помощи приёмов телереабилитации, однако влияние на психическое здоровье, боль и бессонницу требует дальнейшего изучения.

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

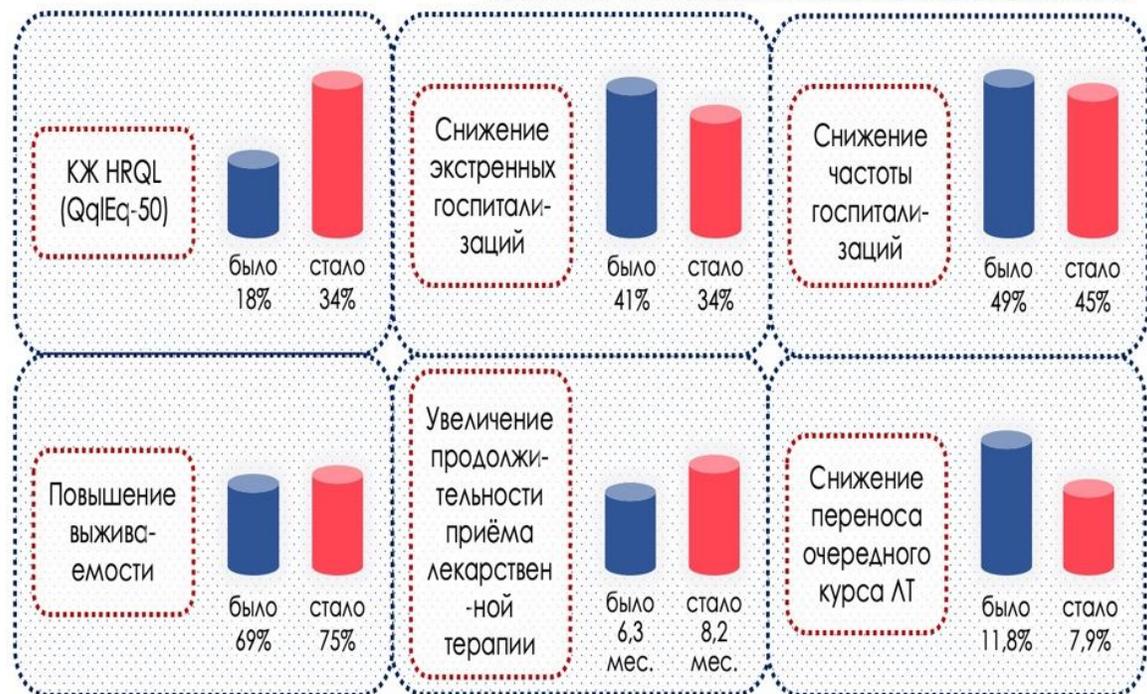
ONLINE SYMPTOM REPORTING HELPS PEOPLE WITH ADVANCED CANCER LIVE LONGER

2017
ASCO
ANNUAL MEETING



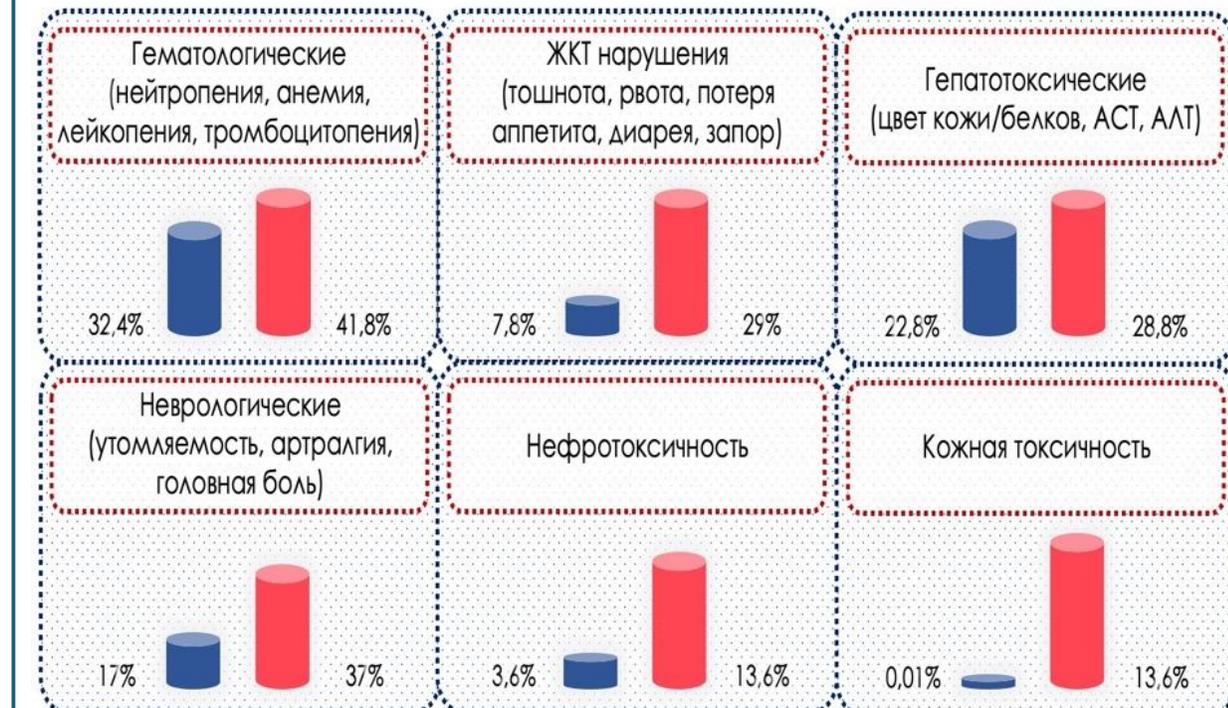
Влияние электронной систематической отчётности пациентов на ход лечения за 6 месяцев

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 Rogak, Antonia V. Bennett, Amylou C. Dueck, Thomas M. Atkinson, Joanne F. Chou, Dorothy Dulko, Laura Sit, Allison Barz, Paul Novotny, Michael Fruscione, Jeff A. Sloan, and Deborah Schrag. J 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



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 амбулаторном рекомендовано непрерывное выполнение выполнения ЛФК в рамках гибридной комплексной реабилитации с онлайн группами под контролем врача ЛФК.

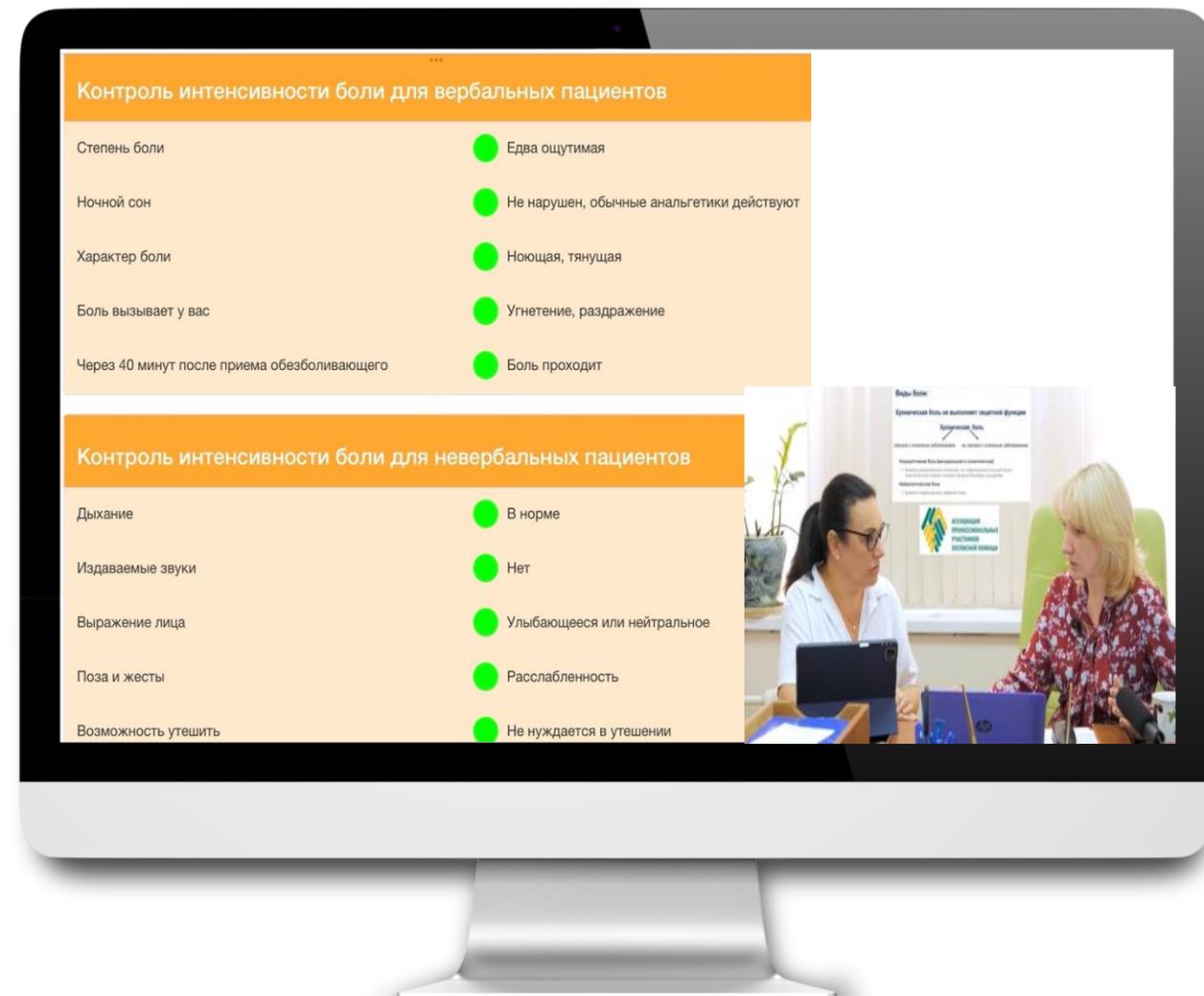


Коррекция болевого синдрома с применением асинхронных телемедицинских технологий

В амбулаторных условиях лечение боли у пациентов с онкологическими заболеваниями часто оказывается неадекватным из-за барьеров в общении между пациентами и специалистами и нечастых контактов. Телемед дает новые возможности для наблюдения за такими пациентами.

В исследование было включено 100 амбулаторных пациентов. Шестнадцать пациентов не смогли принять участие в исследовании из-за когнитивных проблем, 2 отказа от участия из-за проблем с смартфоном или плохого самочувствия. В течение первых 6 недель 60 из 84 пациентов заполняли дневник не менее 65% дней и обращались с доп. вопросами о характере боли или побочных эффектов, использования анальгетиков и улучшения самоконтроля. За 6-недельный период интенсивность текущей боли снизилась с 3,3 (SD = 2) до 2,5 (SD = 1,6, $p = 0,005$), а интенсивность самой сильной боли - с 5,7 (SD = 2) до 3,8 (SD = 2,0, $p < 0,001$).

Среднее количество заполненных анкет составило 76,8% для мониторинга боли, 50,4% для мониторинга приема лекарств и 100% для образовательных сессий. Опросы показали, что пациенты довольны простотой мобильного приложения и высоко оценивают различные компоненты. Медсестры согласились с дополнительными преимуществами и в основном положительно оценили возможности веб-приложения.



Профилактика лимфедемы

Мягкий самомассаж в области послеоперационной раны для профилактики образования грубых рубцовых изменений. Раннее начало выполнения комплекса ЛФК;

Контроль веса, диетотерапия , профилактика ожирения;

Профилактика рожистого воспаления, уход за кожными покровами;

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 функциональной группы мышц, входящих в состав ротаторной манжеты (надостная, подостная, малая круглая и подлопаточная мышцы) мышц спины, мобилизацию мягких тканей. Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – Ia).

Мониторинг пациентов с РМЖ в отсроченном периоде	
Контроль лимфатического отека	● Отек отсутствует
Контроль подвижности плечевого сустава	● Рука поднимается вверх
Контроль лучевых повреждений кожи	● Нет неприятных симптомов
Контроль лучевых повреждений сердца	● Нет неприятных симптомов
Контроль работы легких	● Нет неприятных симптомов
Контроль "приливов"	● Нет неприятных ощущений
Контроль болевого синдрома	● 0
Контроль состояния; нет сил	● 0

Контроль позднего лимфатического отека при РМЖ	
Наличие отека	● Нет
Характеристика отека	● Отека нет
Субъективные ощущения в области руки на стороне операции	● Нет
Контроль рожистого воспаления на стороне операции	● Нет

Реабилитация в отдаленный период

- Применение комплекса ЛФК уменьшает хронический болевой синдром у пациенток с РМЖ
- Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Комментарий: в более отдаленный период связан с вторичным поражением плечевого сустава (синдром замещения подмышечной области соединительной тканью, адгезивный капсулит, брахиоплексит). При этом комплекс ЛФК направлен на поддержание объема движений в плечевом суставе на стороне операции (сгибание вперед, отведение, внутреннее вращение и внешнее вращение), укрепление функциональной группы мышц, входящих в состав ротаторной манжеты (надостная, подостная, малая круглая и подлопаточная мышцы) мышц спины, мобилизацию мягких тканей. Рекомендуется включать упражнения с утяжелением (500–1000 г) в комплекс ЛФК через 4–6 недель после операции
- Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Рекомендуется включение занятий йогой в комплекс реабилитации с целью уменьшения тревоги, степени дистресса, улучшения качества жизни пациенток с РМЖ
- Рекомендуется сочетание ЛФК и полноценного питания для профилактики и коррекции нутритивной недостаточности. Ограничение потребления высококалорийных продуктов и напитков, увеличение физической активности способствуют коррекции избыточной массой тела у пациентов с превышением ее нормального значения.
- Плановое наблюдение, оценка объема ипси- и контралатеральной конечностей с целью ранней диагностики вторичной лимфедемы показаны всем больным РМЖ
- Выделение групп риска развития вторичной лимфедемы. Персонализация профилактических мероприятий является более предпочтительной по сравнению со стандартными рекомендациями
- Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).
- Комментарий: к основным факторам риска развития вторичной лимфедемы относятся: лимфодиссекция, ЛТ.
- Если пациентка находится в группе повышенного риска развития вторичной лимфедемы, ей должны быть даны рекомендации по выполнению самомассажа (простого мануального лимфодренажа), массажа рубца, выполнению комплекса ЛФК; она должна быть информирована о методах ухода за кожными покровами и профилактики инфекции
- Проведение тренировок с отягощением возможно у пациенток, находящихся в группе риска развития вторичной лимфедемы, только под четким руководством специалистов и при наличии технических возможностей регулярно оценивать объем конечности на стороне операции, не ранее чем через 1 мес после хирургического лечения РМЖ [413].
- Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).
- Аэробная нагрузка обязательно должна быть включена в объем физической реабилитации пациенток, находящихся в группе риска развития вторичной лимфедемы [413].
- Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Пациент получал по почте (или в веб приложении):

1. Инструкции по правилам жизни.
2. Правил самоконтроля, гигиены и занятий физкультурой.
3. 12-ти недельный самообразовательный курс из 7-и циклов с советами по питанию и физической нагрузке от ASCO:



- персонализированный обучающий веб-контент по курсу диетотерапии для пациентов;
- 12-ти или 24-х недельный курс персонализированных упражнений, включая силовые и анаэробные тренировки;
- 30-ти минутный тренинг по использованию платформы.



Большинство исследований проводилось через Интернет (n = 9), а продолжительность наблюдения составила 12 недель (n = 8).

В 7-и исследованиях оценивали диетическое поведение, в 2-х из которых сообщалось о значительном улучшении качества диеты или потребления фруктов и овощей.

В 15-ти исследованиях измерялось поведение, связанное с физической активностью, 8 из которых сообщили о значительном улучшении мышечной силы и физической активности от умеренной до высокой.

4 из 9-ти исследований, оценивающих качество жизни, связанное со здоровьем (HRQoL), сообщили о значительном улучшении глобального HRQoL.

Значительное уменьшение утомляемости было обнаружено в 4-х из 6-ти исследований.

В этом обзоре были выявлены краткосрочные преимущества самостоятельного применения пациентами интернет-технологий для повышения физической активности и снижения утомляемости, а также коррекции диетического поведения и качества жизни онкологических больных.



Телереабилитация иммуносупрессивных детей проходящих длительное противоопухолевое лечение

Программа лечения детей, больных солидными опухолями



Реабилитация, периоды:



ПРЕД-ОПЕРАЦИОННЫЙ

- дыхательная гимнастика, квантовая терапия, аэрофитотерапия, кинезотерапия с использованием элементов методики PNF
- пассивно-активные комплексы лечебной гимнастики, обучение ходьбе на костылях и пользованию ортезом

РАННИЙ ПОСЛЕ-ОПЕРАЦИОННЫЙ

- укладка конечности, улучшение микроциркуляции в лёгких и усиление экскреторной функции бронхов
- ЛГ, ортезирование
- пассивная механотерапия, кинезотерапия
- гидрокинезотерапия (28°C), стабилизация походки, велотренажер, тредмил

ОТДАЛЕННЫЙ ПОСЛЕ-ОПЕРАЦИОННЫЙ + РЕМИССИЯ

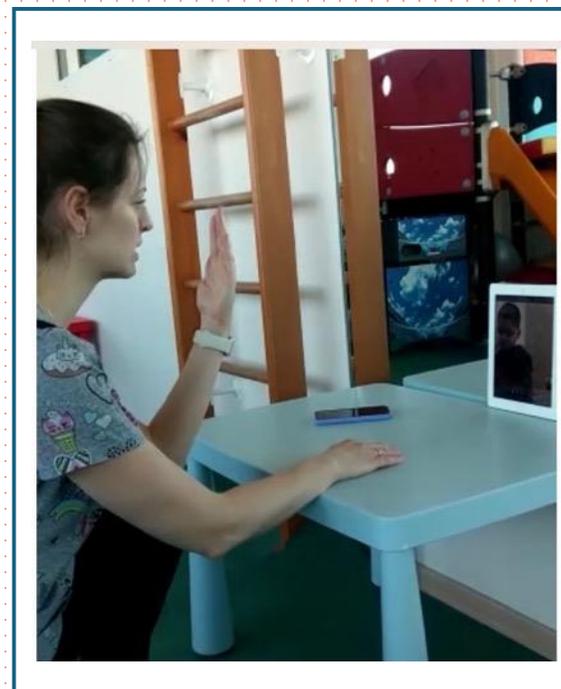
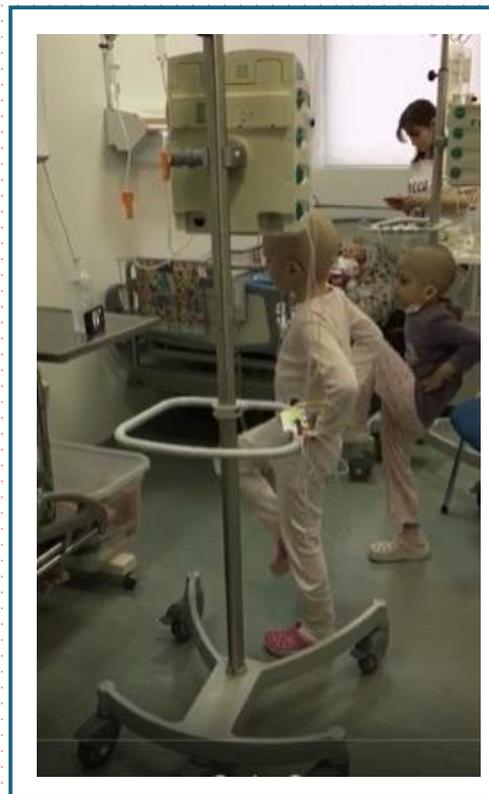
- индивидуальные программы реабилитации соответствующие состоянию и потребностям пациента на момент наблюдения
- кинезотерапия, активные комплексы лечебной гимнастики, гидрокинезотерапия, стабилизация походки, дыхательная гимнастика, велотренажер, тредмил, квантовая терапия, аэроионофитотерапия, ортезирование, компенсация укорочения конечности

Телереабилитация детей проходящих противоопухолевое лечение на амбулаторном этапе (между курсами химиолучевой перапии) является практически незаменимым способом организовать контроль состояния ребенка , его нуприпивный статус и физическую активность

Основным преимуществом является возможность организации медицинской реабилитации в условиях изоляции иммуносупрессивного ребенка

90-95 % этих детей выживут и останутся наблюдением в детских онкоцентрах до 30 лет. Опыт проведения сеансов телеподдержки иммуносупрессивных пациентов продемонстрировал возможность простой и недорогой организации контроля за детьми между сеансами длительного лечения и в период самоизоляции пациентов дома.

В 2020 -2021 году на базе НМИЦ Детской онкологии и гематологии им. Дм.Рогачёва (Москва) разрабатывались методики межкурсового мониторинга детей во время лекарственной терапии, в НИИ Детской онкологии, гематологии и прансплантологии им. Р.Горбачёвой (СПб) разрабатывались методики дистанционной групповой реабилитации детей в изоляции после трансплантации костного мозга и стволовых клеток, а в НПЦ специализированной медицинской помощи им. Войно-Ясенецкого (Москва) и НИИ НТДиХ разрабатываются методики онкоортопедической реабилитации детей с костными саркомами. Данные научные разработки велись на основе анализа международного опыта и будут продолжены.



Телереабилитация в ранний период-первый год после трансплантации донорских органов

Мальчик 2 года. Трансплантация почки

Массаж, ЛФК, Войта терапия



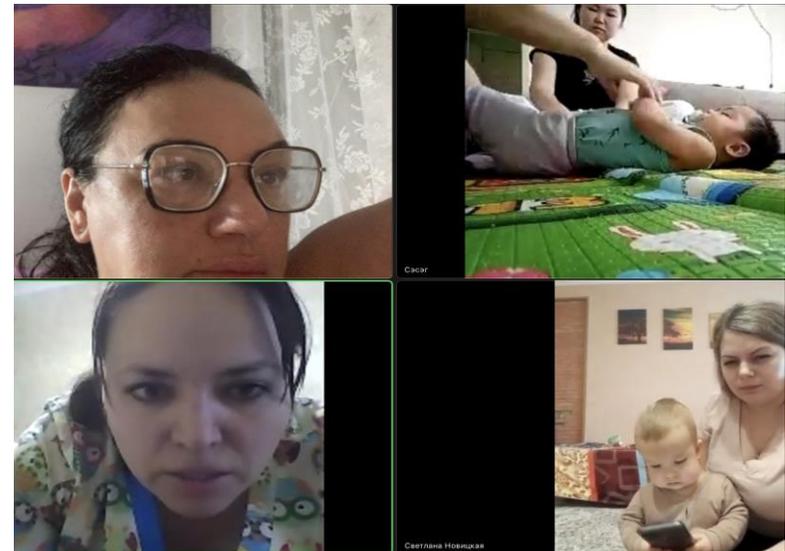
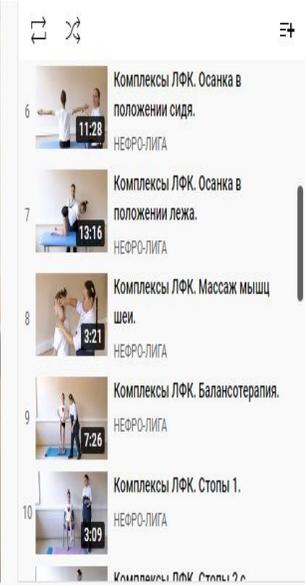
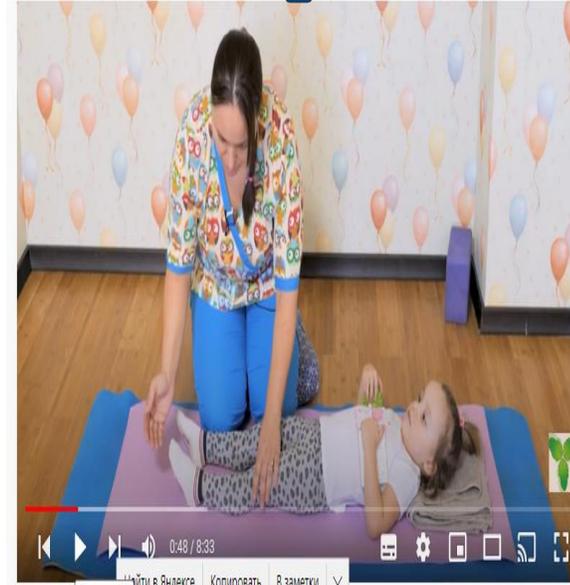
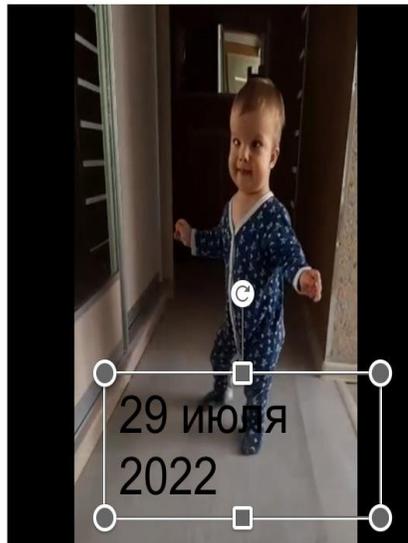
11 августа 2021
РТП



31 марта 2 года



7 мая 2022



Групповые телеподдерживающие занятия ЛФК



RUTUBE Поиск

Городская клиническая больниц... 5 месяцев назад

Техника диафрагмального дыхания. mp4 03:47

Комплекс упражнений для перенесших COVID-19 в тяжел... 08:11

Городская клиническая больниц... 6 месяцев назад

Городская клиническая больниц... 6 месяцев назад

ТРАНС ПЛАН ТАЦИЯ? ЯЗЫКА! Система интенсивности физической нагрузки по системе Борг. Специальные упражнения для пациентов с повышенным уровнем Борг. 11:50

Упражнение № 5 14:42

Городская клиническая больниц... 7 месяцев назад

Городская клиническая больниц... 7 месяцев назад



Телеподдержка пациентов на домашнем перитонеальном диализе



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы»



Профилактика Заболевания почек Диализ Трансплантация Диета и ЛФК

Личный кабинет

Виды заместительной почечной терапии

Перитонеальный диализ

Как кровь забирается для очистки и возвращается обратно

Гемодиализ

Питание на гемодиализе

Перитонеальный диализ

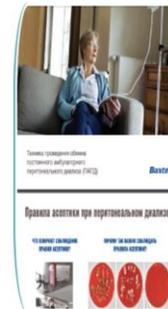
Диета на перитонеальном диализе



Открыть буклет



Открыть буклет



Открыть буклет



Эталонная реабилитационная экосистема

1 этап

в отделениях реанимации и специализированных отделениях стационаров



Шкала Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ)

Международная классификация функционирования (МКФ)

2 этап

в стационарных условиях реабилитационных центров или отделений



Система поддержки принятия врачебного решения (СППВР)

Мультидисциплинарная реабилитационная бригада (МДРБ)

Индивидуальный план медицинской реабилитации (ИПМР)

Онлайн консилиум

3 этап

в отделениях медицинской реабилитации поликлиник, выездными бригадами на дому, в санаторных организациях



Маршрутизация с возможностью записи на прием и подачи заявления на санаторно-курортное лечение

Реабилитационные мероприятия с помощью телемедицинских сервисов

Возможность отслеживать состояние пациента с помощью носимых устройств

проведение медицинской реабилитации с использованием технологий телемедицины, а также информационное сопровождение, повышение доступности информации о подготовке, статусе, методах проведения реабилитации

Комитет по организации онкологической реабилитации в субъектах ЦФО



**Президент АОУ
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**



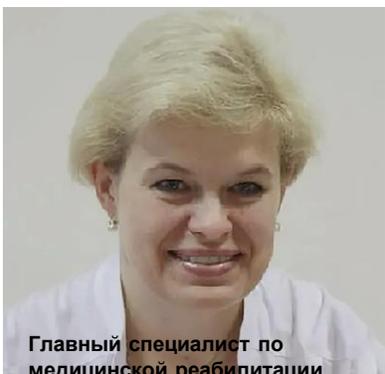
**Исполняющая обязанности
генерального директора ФГБУ
ФНКЦ МРИК ФМБА России,
д.м.н. Гамеева Елена
Владимировна**



**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**



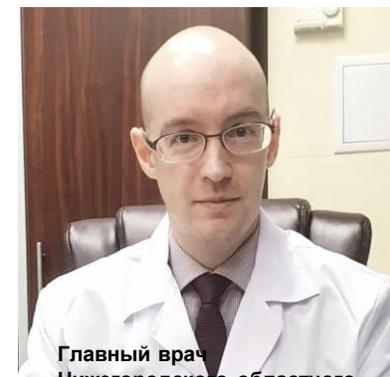
**Главный специалист по
медицинской реабилитации
Минздрава России Д.м.н.,
профессор Иванова Галина
Евгеньевна**



**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. Гаманов
Сергей Викторович**



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



**Исполнительный
директор АОР,
Левковский Олег
Васильевич**

Руководители рабочей группы ТЕЛЕОНКОЛОГИЯ и комитета по организации реабилитации ЦФО при Ассоциации онкологов России АОР. Члены комитета по Цифровой реабилитации при Союзе реабилитологов России.



Д.м.н., гл. врач ГБУЗ ЛООД
Эксперт ВИМИС, АОР, АСОР
Научный руководитель проектов
ОНКОНЕТ и ОНКОРЕХАБ

Шинкарёв С.А.

Seam20062@yandex.ru



Руководитель группы Teleoncology АОР
Исполнительный директор АСОР
Член правления Ассоциации «Здравствуй!»
Автор и руководитель ОНКОНЕТ и ОНКОРЕХАБ

Каргальская И.Г.

Kargalska@yandex.ru

+79169810090