ПРИНЯТО
Решением Ученого совета
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
от «17» декабря 2019 г.
Протокол № 10

УТВЕРЖДЕНО
Приказом директора
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
от «20» января 2020 г. № 44

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ – программы повышения квалификации
«Основы реабилитации онкологических пациентов»
(срок освоения 72 часа)

ПРИНЯТО:
Ученым советом (Протокол № 10 от «17» декабря 2019 г.)

Председатель _____

МОСКВА-2019

Учебно-методический комплекс программы дополнительного профессионального образования – программы повышения квалификации **«Основы реабилитации онкологических пациентов»** (срок освоения 72 часа)

/ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, сост.Т.В.Кончугова, Б.С. Каспаров М.А. Еремушкин, Т.И.Грушина .Т.Ю.Семиглазова ,О.А.Обухова,А.М.Степанова,А.В.Бутенко)

СОСТАВИТЕЛИ:

А. В. Бутенко /_____
Ф.И.О. (подпись)

М. А. Еремушкин/_____
Ф.И.О. (подпись)

Т. И. Грушина /_____
Ф.И.О. (подпись)

К. О. Кондратьева/_____
Ф.И.О. (подпись)

Т. В. Кончугова /_____
Ф.И.О. (подпись)

Б. С. Каспаров /_____
Ф.И.О. (подпись)

О. А. Обухова/_____
Ф.И.О. (подпись)

А. М. Степанова/_____
Ф.И.О. (подпись)

Т. Ю. Семиглазова/_____
Ф.И.О. (подпись)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР:

Заместитель директора по научной деятельности,
д.м.н., профессор А.П. Рачин

ОБСУЖДЕНА И ОДОБРЕНА

Ученым советом
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России

Протокол № 10 от «17» декабря 2019 г.

© ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, 2019г

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

Наименование элемента УМК	Страница
ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	
Актуальность разработки Программы	4
Цель реализации программы	4
Задачи реализации программы	5
Целевая аудитория	5
Область профессиональной деятельности слушателей, освоивших Программу	5
Количество часов на освоение учебного материала	5
Форма обучения	6
Режим занятий	6
Примерное содержание учебного материала	6
Данные об утверждении элементов УМК	8
Лист регистрации изменений элементов УМК	9
РАБОЧАЯ ПРОГРАММА	
Требования к начальной подготовке слушателей	3
Требования к результатам освоения Программы	4
Учебный план	6
Учебно-тематический план	6
Тематические планы образовательных модулей	9
МОДУЛЬ 1. Общий раздел: Принципы и подходы к реабилитации онкологических пациентов	*9*
МОДУЛЬ 2. Поэтапный принцип организации реабилитации онкологических больных	*10*
МОДУЛЬ 3. Общие принципы использования методов физической реабилитации в лечении онкологических больных.	*11*
МОДУЛЬ 4. Особенности реабилитации больных раком молочной железы	*12*
МОДУЛЬ 5 Особенности реабилитации больных раком легкого	*12*
МОДУЛЬ 6 Особенности реабилитации пациентов с опухолями женских половых органов.	*13*
МОДУЛЬ 7 Особенности реабилитации онкологических больных с опухолями головы и шеи.	*13*
МОДУЛЬ 8. Реабилитация онкологических больных с опухолями желудочно-кишечного тракта	*14*
МОДУЛЬ 9. Реабилитация пациентов с опухолями костей и мягких тканей.	*14*
МОДУЛЬ 10 Реабилитация онкологических пациентов с опухолями мочеполовой системы	*15*
Модуль 11. Реабилитация детей после противоопухолевого лечения.	*15*
Условия реализации программы	17
Материально-технические условия реализации программы	17
Учебно-методическое обеспечение программы	17
Кадровое обеспечение программы	29
Контроль и оценка результатов освоения учебного материала	30
ПРОГРАММА ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	
КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК	
ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	
Перечень совершенствующихся в результате освоения программы компетенций	35
Критерии оценки КОС	35
База контрольно-оценочных средств	36

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Актуальность разработки Программы:

В России 3,6 млн. онкологических больных, ежегодно их количество увеличивается на 500 тыс. человек. 2019 год положил начало «Национальной онкологической программе 2019-2024 г.г», инициированной онкологами и одобренной Президентом В. В. Путиным. В 2019 г. Ассоциацией онкологов России «АОР» впервые выпущены клинические рекомендации по реабилитации онкологических пациентов, явившиеся основой для разработки будущих стандартов реабилитации онкологических больных и тарифов в системе ОМС. Реабилитация онкологических больных выделена в особое междисциплинарное направление, цель которого облегчить адаптацию к новым условиям в процессе и после завершения противоракового лечения. Основными специалистами в организации процесса должны стать онколог и физиотерапевт. Направление онкологами больных в санатории родного региона проживания больного является максимально эффективным, не требует энергетических затрат организма на адаптацию к новым климатическим условиям и реадаптацию при возвращении в привычную зону обитания. Более 50% онкологических больных, находящихся под диспансерным наблюдением, живут свыше 5-10 лет: теперь под излечением в онкологии понимают не только клиническое выздоровление, но и возвращение такого человека к прежнему социальному положению с помощью комплекса реабилитации по восстановлению утраченных функций. Больным показаны физиотерапия и санаторно-курортное лечение климатотерапия, ландшафтотерапия, аэроионотерапия, терренкур, лечение минеральными водами, ЛФК, диетотерапия, физиотерапия. Но 90% врачей об этом не знают и отказывают в санаторно-курортном лечении всем онкологическим больным, хотя отказ не обоснован, поскольку в МУ № 99/227 от 22.12.99 есть примечания: «пациенты, после радикального лечения по поводу онкологических заболеваний (хирургического, рентгенорадиологического, химиотерапевтического), при общем удовлетворительном состоянии могут направляться в санатории в климатической зоне проживания, в нежаркое время года (с октября по апрель месяцы), для общеукрепляющего лечения (без применения тепловых процедур и солнечных ванн), с рекомендациями разрешенных медицинских услуг. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" «Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов» , поэтому онкологам и специалистам санаторно-курортных организаций и занятым в системе медицинской реабилитации, для выполнения квалифицированной профессиональной деятельности. Это обуславливает актуальность разработки настоящей образовательной Программы повышения квалификации.

Цели реализации программы:

Для онкологических пациентов:

• Снижение риска рецидива рака и улучшение выживаемости и качества жизни;

• Своевременное динамическое наблюдение и своевременное направление к соответствующим специалистам;

• Ускорение процесса восстановления после лечения;

• Предотвращение вторичных осложнений;

• Снижение серьезных неблагоприятных последствий противоопухолевого лечения

Для государства:

• Заполнение региональных санаториев местными онкопациентами и загрузка санаторно-курортных лечебных государственных учреждений вне «горячего сезона»;

Повышение посещаемости бальнеологических курортов РФ вне сезона на территории РФ;

• Сокращение сроков нетрудоспособности пациентов, возвращение их к работе;

Сокращение повторных госпитализаций;

• Уменьшение потребности в дополнительной поддержке пациентов;

Для профессионального медицинского сообщества:

• Повышение квалификации врачей; Дополнительное создание рабочих мест реабилитационного профиля на базе онкоцентров;

• Введение стандартов лечения и протоколов ведения онкологических больных на 0-1-2 и 3 этапах медицинской реабилитации;

• Участие в решении проблем финансирования онкореабилитационных программ по ВМП и ОМС;

•Разрушение устаревших стереотипов о том, что онкозаболевание считается противопоказанием для медицинской реабилитации.

Основной задачей реализации Программы является формирование условий для фундаментальности и практической направленности повышения уровня квалификации для реализации непрерывного медицинского образования, максимально ориентированного на потребности личности, общества и государства.

Кроме того, задачами реализации программы являются:

- удостоверение образовательных и профессиональных потребностей, профессионального развития человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды[1].
- приобретение новой профессиональной компетенции: готовность к применению клинических рекомендаций по непрерывному лечению онкологических больных в реабилитационных программах на этапе стационарного и санаторно-курортного лечения.
- создание основной базы знаний, построенной на изучении теоретических основ, возможностей, принципов и этапов профиля «реабилитация онкологических больных» по следующим нозологиям: рак молочной железы, рак легкого, раки костей и мягких тканей, раки головы и шеи, онкогинекология, онкоурология, злокачественные опухоли пищеварительной системы.
- обучение врачей навыкам по методике составления рабочих программ санаторно-курортного лечения и индивидуальных программ реабилитации и принципам поэтапной реабилитации онкологических больных в стационарных и амбулаторных условиях ; рекомендаций пациентам по непрерывному лечению при выписке, а также навыкам по методике составления рабочих программ санаторно-курортного лечения и индивидуальных программ реабилитации на основе МКФ.

Целевая аудитория: врачи онкологи, хирурги, терапевты, врачи по лечебной физкультуре, врачи-физиотерапевты, врачи-травматологи-ортопеды, инструкторы-методисты по ЛФК и иные специалисты, входящие в состав междисциплинарной бригады по медицинской реабилитации онкологических больных.

Область профессиональной деятельности слушателей, освоивших настоящую Программу, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в рамках имеющейся квалификации, в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения для сохранения и поддержания здоровья в разные возрастные периоды жизни.

Количество часов на освоение учебного материала:

— максимальной учебной нагрузки слушателя: 72 часа, в том числе:

— обязательной учебной нагрузки слушателя: 36 часов (с использованием дистанционных образовательных технологий);

— практической работы слушателя: 36 часов

---

[1] В соответствии с положениями частей 1 и 4 статьи 76 Федерального закона от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

Форма обучения: Очная. При реализации настоящей образовательной программы могут применяться дистанционные образовательные технологии (далее – ДОТ). Обучение с применением ДОТ может проводиться в разных формах - с отрывом от работы, с частичным отрывом от работы, без отрыва от работы (если место работы слушателя является практической базой на основании соответствующего договора). Объем дистанционной части обучения устанавливается расписанием занятий, утвержденным ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России в установленном порядке. Проводится на мультимедийной телеобучающей платформе **"TELEONCOREHAB STUDY"**

Режим занятий: 18 дней по 4 часа без отрыва от работы. За единицу учебного времени принят 1 академический час продолжительностью 45 минут.

Примерное содержание учебного материала:

№ модуля	Наименование модуля	Примерное содержание учебного материала
1	**Общий раздел: Принципы и подходы к реабилитации онкологических пациентов.**	**1.1. Онкореабилитация – история вопроса, реалии и перспективы. Организация отделения реабилитации и создание мультифункциональной команды на базе онкоцентров.** **1.2. МКФ – основные принципы и технологические приемы в реабилитации онкологического больного (реабилитационный диагноз, цель, потенциал, план).** **1.3. Психологическая реабилитация онкологических больных.** **1.4. Наукометрический анализ исследований по реабилитации онкологических больных.** **1.5. Нутритивная поддержка в онкологии от теории к практике.**
2	**Поэтапный принцип организации реабилитации онкологических больных**	**2. Основные этапы и принципы реабилитации онкологических пациентов.** **2.1. Предреабилитация. Подготовка онкологических больных к проведению противоопухолевого лечения. Обоснование и польза.** **2.2. 1-2 этап реабилитации онкологических больных. Особенности составления индивидуальной программы медицинской реабилитации (ИПМР) онкологического пациента 2 этапа.** **2.3. Дистанционные методы реабилитации. Телереабилитация на подготовительном и амбулаторном этапе**

3	**Общие принципы использования методов физической реабилитации в лечении онкологических больных.**	**3.1. Обоснования к санаторно-курортному лечению для пациентов с онкологическими заболеваниями** **3.2. Методы магнитотерапии в реабилитации онкологических пациентов после радикальных операций.** **3.3. Низкоинтенсивная лазеротерапия в реабилитации онкологических пациентов.** **3.4. Применение пневмокомпрессии в реабилитации онкологических пациентов.** **3.5. Методы электротерапии в реабилитации пациентов после операции по поводу онкологических заболеваний.** **3.6. Лечебная физкультура и массаж для онкологических пациентов.**
4	**Особенности реабилитации больных с раком молочной железы**	**4.1. Реабилитация больных РМЖ. Мультидисциплинарная команда** **4.2. Физические методы реабилитации пациенток с РМЖ на основе МКФ.** **4.3. Лечение постмастэктомического синдрома**
5	**Особенности реабилитации больных с раком легкого**	**5.1. Реабилитация больных злокачественными новообразованиями легких.**
6	**Особенности реабилитации больных с опухолями женских половых органов.**	**6.1. Особенности реабилитации больных с опухолями женских половых органов.**
7	**Особенности реабилитации онкологических больных с опухолями головы и шеи.**	**7.2. Способы реабилитации пациентов, перенесших операции на орофарингеальной зоне. Восстановление глотания устранение дисфагии, тризма. Восстановления глотания, жевания.** **7.3. Способы восстановления голоса после ларингэктомии.** **7.4. Нутритивная поддержка как обязательный компонент терапии и реабилитации больных с опухолями головы и шеи. Составление индивидуальной программы реабилитации.**
8	**Реабилитация онкологических больных с опухолями желудочно- кишечного тракта**	**8.1. Реабилитация онкологических больных с опухолями желудочно-кишечного тракта.** **8.2. Реабилитация пациентов с колоректальным раком (толстой, прямой кишки и анального канала)**

9.	**Реабилитация онкологических пациентов с опухолями костей и мягких тканей**	**9.1. Принципы реабилитации онкологических пациентов с опухолями костей и мягких тканей.** **9.2. Особенности лечебной физкультуры и массажа для пациентов с опухолями костей и мягких тканей.**
10	**Реабилитация онкологических пациентов с опухолями мочеполовой системы.**	**Принципы реабилитации онкологических пациентов с опухолями мочеполовой системы.**
11	**Реабилитация детей после противоопухолевого лечения.**	**Основы восстановления ребенка, формирование пищевого поведения, нутритивная поддержка**

Данные об утверждении элементов УМК

№п/п	Наименование документа	Реквизиты утверждающего документа (дата, номер приказа (Протокола)
1	Рабочая программа	
2	Программа итоговой аттестации	
3	Календарный учебный график	
4	Фонды оценочных средств	

Лист регистрации изменений элементов УМК

№п/п	Наименование документа	Дата внесения изменений	Основание для внесения изменений	Раздел, пункт, абзац, изменения (дополнения)
1				
2				
3				
4				
5				

Приложение № 1 к приказу
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
от «20» января 2020 г. № 44

ПРИНЯТО
Решением Ученого совета
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
от «17» декабря 2019 г.
Протокол № 10

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Основы реабилитации онкологических пациентов»
(срок освоения 72 часа)

Москва – 2019

Рабочая программа повышения квалификации «Основы реабилитации онкологических пациентов», срок освоения 72 часа) ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, составили Т.В.Кончугова, М.А.Еремушкин, Т.И.Грушина, Б.С. Каспаров, К.О.Кондратьева, Т.Ю.Семиглазова, О.А.Обухова, А.М.Степанова, А.В.Бутенко) (2019г)

СОСТАВИТЕЛИ:

А. В. Бутенко/ _____
Ф.И.О. (подпись)

М. А. Еремушкин/ _____
Ф.И.О. (подпись)

Т. И. Грушина/ _____
Ф.И.О. (подпись)

К. О. Кондратьева/ _____
Ф.И.О. (подпись)

Т. В. Кончугова/ _____
Ф.И.О. (подпись)

Б. С. Каспаров/ _____
Ф.И.О. (подпись)

О. А. Обухова/ _____
Ф.И.О. (подпись)

А. М. Степанова/ _____
Ф.И.О. (подпись)

Т. Ю. Семиглазова/ _____
Ф.И.О. (подпись)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР:
Заместитель директора по научной деятельности,
д.м.н., профессор А. П. Рачин

ОБСУЖДЕНА И ОДОБРЕНА

Ученым советом
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России

Протокол № 10 от « 17 » декабря 2019 г.

Настоящая рабочая программа **разработана на основании:**

— Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

— Положения о разработке и порядке утверждения рабочих программ дополнительного профессионального образования, реализующихся в ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России.

1. Требования к начальной подготовке слушателей

Для усвоения содержания настоящей программы слушатели должен обладать знаниями, умениями и профессиональными навыками, предусмотренными соответствующими их базовой специальности Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) и квалификационными требованиями к соответствующим направлению их первичной профессиональной подготовки должностям, а именно:

Должен знать:

— -Конституцию Российской Федерации;
— -законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
— -нормативно-правовые акты по профилю своей специальности;
— -иные знания, предусмотренные квалификационным справочником к соответствующей должности, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н.

Должен уметь:

— - четко знать возможные осложнений противоопухолевого лечения по анатомическим локализациям, определять нарушенные функции и противопоказания для прохождения медицинской реабилитации для онкопациентов.
— -ставить цель и задачи при реабилитации онкологических пациентов в зависимости от нозологии.
— -выбирать адекватные клиническому случаю диагностические и клинические «инструменты» - шкалы и опросники для детализации нарушенных функций.
— -составлять и объяснять пациенту индивидуальный план реабилитации.
— -проводить санитарно-просветительную работу среди онкобольных по самостоятельным возможностям продолжения самореабилитации на дому, обучать пациентов комплексам ЛФК согласно ЗНО , знаниям по организации лечебного противоопухолевого питания и формировать пищевое поведение, ежедневно следить за работой ЖКТ, потерей или набором веса, организовать образ жизни в новых условиях, способствовать профилактике рецидива за счет ЗОЖ.
— -иные умения, предусмотренные квалификационным справочником к соответствующей должности, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н.

Должен обладать навыками:

— - осмотра пациента и изучения анамнеза
— - постановки целей и задач при реабилитации онкологических пациентов в зависимости от нозологии.
— - определения прогностического значения различных патологических осложнений комбинированного противоопухолевого лечения при определении реабилитационного потенциала пациента;
— - определения уровня дистресса и общения с онкологическими пациентами, согласно особенностям ЗНО, основываясь на онкопсихологических рекомендациях.
— - проведения комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий с онкологическими пациентами;

— -тестирования онкологических пациентов в зависимости от нозологии и наличия нежелательных явлений
— -выбора оптимального набора клинических диагностических «инструментов»;
— -составления индивидуальной программы реабилитации пациентов с различными онкологическими нозологиями.
— -определения нутритивного статуса и составления программы лечебного питания
— -профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм возможного рецидива ЗНО;
— -взаимодействия с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
— -иными профессиональными навыками, предусмотренными квалификационным справочником к соответствующей должности, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н

2. Требования к результатам освоения Программы

По завершению освоения настоящей программы слушатели должны сформировать новую профессиональную компетенцию: готовность к применению знаний о реабилитации онкологических больных в реабилитационных программах в условиях стационара и санаторно-курортного лечения путем приобретения знаний об основах, принципах и тенденциях реабилитации онкологических больных.

По окончании обучения специалист должен ЗНАТЬ:

• основные общие патологические побочные нежелательные явления и осложнения противоопухолевого лечения по нозологиям: рак молочной железы, рак легкого, онкогинекология, онкоурология, злокачественные опухоли ЖКТ и колоректальыей рак; раки костей и мягких тканей; детские онкологические заболевания, включая осложнения лекарственной терапии злокачественных опухолей, требующие реабилитации по завершении специфического лечения при следующих нозологиях:

- Немелкоклеточный рак легкого – нефротоксичность, периферическая полинейропатия;
- Мелкоклеточный рак легкого – кардиотоксичность, нефротоксичность, периферическая полинейропатия;
- Мезотелиома плевры – кардиотоксичность, периферическая полинейропатия;
- Злокачественые опухоли головы и шеи – кардиотоксичность, нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Рак молочной железы – кардиотоксичность, нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Рак яичников, первичный рак брюшины, рак маточных труб – кардиотоксичность, нефротоксичность, периферическая полинейропатия;
- Неэпителиальные опухоли яичников – кардиотоксичность, нефротоксичность, периферическая полинейропатия, пульмонит;
- Рак шейки матки – нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Рак тела матки – кардиотоксичность, нефротоксичность, периферическая полинейропатия;
- Трофобластические опухолии – нефротоксичность, периферическая полинейропатия;
- Первичные злокачественные опухоли костей (остеосаркома и саркома Юинга) – кардиотоксичность, нефротоксичность, периферическая полинейропатия;
- Саркомы мягких тканей – кардиотоксичность, периферическая полинейропатия;
- Рак пищевода – нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;

- Рак желудка – нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Рак ободочной и прямой кишок, рак анального канала – периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Гепатоцеллюлярный рак – нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Билиарный рак – нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Рак поджелудочной железы – нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Рак коры надпочечников – нефротоксичность, периферическая полинейропатия, ладонно-подошвенный синдром;
- Почечноклеточный рак – ладонно-подошвенный синдром, пульмонит;
- Рак мочевого пузыря – нефротоксичность, периферическая полинейропатия, пульмонит;
- Рак предстательной железы – периферическая полинейропатия.

• дифференцированные подходы к немедикаментозной коррекции основных осложнений после комбинированного лечения онкологических заболеваний при осложнениях комбинированной и системной терапии.

По окончании обучения специалист должен УМЕТЬ:

• определять прогностическое значение различных патологических осложнений комбинированного противоопухолевого лечения при определении реабилитационного потенциала пациента;

• ставить цель и задачи при реабилитации онкологических пациентов в зависимости от нозологии;

• выбирать адекватные клиническому случаю диагностические и клинические «инструменты» - шкалы и опросники для детализации нарушенных функций;

• составлять и объяснять пациенту индивидуальный план реабилитации.

По окончании обучения специалист должен ВЛАДЕТЬ НАВЫКАМИ:

• тестирования онкологических пациентов в зависимости от нозологии и наличия нежелательных явлений;

• выбора оптимального набора клинических диагностических «инструментов»;

• определения прогностического значения различных синдромов при реабилитации онкологических больных;

• составления индивидуальной программы реабилитации пациентов с различными онкологическими нозологиями.

3. Учебно-тематический план

№ п/п	Наименование модулей/содержание модулей	Всего часов	Из них:	
			Теоретическое (лекции/семинары) с применением ДОТ	Практическое обучение
1.	**МОДУЛЬ 1.** **Общий раздел: Принципы и подходы к реабилитации онкологических пациентов**	12	7	4
	1.1. Онкореабилитация - история вопроса, реалии и перспективы. Организация отделения реабилитации и создание мультифункциональной команды на базе онкологических диспансеров	2	1	1
	1.2. МКФ – основные принципы и технологические приемы в реабилитации онкологического больного (реабилитационный диагноз, цель, потенциал, план).	2	1	1
	1.3. Психологическая реабилитация онкологических больных.	4	2	2
	1.4. Наукометрический анализ исследований по реабилитации онкологических больных.	2	1	1
	1.5. Нутритивная поддержка в онкологии от теории к практике.	2	1	1
Всего		12	7	4
2.	**МОДУЛЬ 2. Поэтапный принцип организации реабилитации онкологических больных**	6	3	3
	2.1. Основные этапы и принципы реабилитации онкологических пациентов. Предреабилитация. Подготовка онкологических больных к проведению противоопухолевого лечения. Обоснование и польза.	2	1	1
	2.2. 1-2 этап реабилитации онкологических больных. Особенности составления индивидуальной программы медицинской реабилитации (ИПМР) онкологического пациента 2 этапа.	2	1	1
	2.3. Дистанционные методы реабилитации онкологических пациентов. Телереабилитация на подготовительном и амбулаторном этапе.	2	1	1
Всего |		6	3	3
3.	**МОДУЛЬ 3.** **Общие принципы использования методов физической реабилитации в лечении онкологических больных.**	12	6	6

	3.1 Обоснования к санаторно-курортному лечению для пациентов с онкологическими заболеваниями.	2	1	1
	3.2. Методы магнитотерапии в реабилитации онкологических пациентов после радикальных операций.	2	1	1
	3.3 Низкоинтенсивная лазеротерапия в реабилитации онкологических пациентов.	2	1	1
	3.4. Применение пневмокомпрессии в реабилитации онкологических пациентов.	2	1	1
	3.5. Методы электротерапии в реабилитации пациентов после операции по поводу онкологических заболеваний.	2	1	1
	3.6. Лечебная физкультура и массаж для онкологических пациентов.	2	1	1
Всего		12	6	6
4.	**МОДУЛЬ 4.** **Особенности реабилитации больных раком молочной железы**	6	3	3
	4.1. Реабилитация больных РМЖ. Мультидисциплинарная команда	2	1	1
	4.2. Физические методы реабилитации пациенток с РМЖ на основе МКФ.	4	2	2
Всего		6	3	3
5.	**МОДУЛЬ 5** **Особенности реабилитации больных раком легкого**	4	1	3
	5.1. Реабилитация больных злокачественными новообразованиями легких.	4	1	3
Всего		4	1	3
6.	**Модуль 6.** 6.1. Особенности реабилитации пациентов с опухолями женских половых органов.	4	2	2
Всего		4	2	2
7.	**МОДУЛЬ 7** **Особенности реабилитации онкологических пациентов с опухолями головы и шеи.**	8	4	4
	7.1. Особенности реабилитации со злокачественными новообразованиями головы и шеи.	2	1	1
	7.2. Способы реабилитации пациентов, перенесших операции на орофаренгиальной зоне. Восстановление глотания Устранение дисфагии,тризма. Восстановления глотания, жевания.	2	1	1
	7.3. Способы восстановления голоса после ларингэктомии.	2	1	1
	7.4. Физические методы реабилитации пациентов с раком гортани и щитовидной железы	2	1	1
Всего		8	4	4
8	**МОДУЛЬ 8.** **Реабилитация онкологических пациентов с опухолями желудочно - кишечного тракта**	6	3	3
	8.1. Реабилитация онкологических пациентов с опухолями желудочно- кишечного тракта.	2	1	1

	8.2. Реабилитация пациентов с колоректальным раком (толстой, прямой кишки и анального канала)	4	2	2
Всего		6	3	3
9.	**МОДУЛЬ 9. Реабилитация пациентов с опухолями костей и мягких тканей.**	6	3	3
	9.1. Принципы реабилитации онкологических пациентов с опухолями костей и мягких тканей.	4	2	2
	9.2. Особенности лечебной физкультуры и массажа для пациентов с опухолями костей и мягких тканей.	2	1	1
Всего		6	3	3
10	**МОДУЛЬ 10 Реабилитация пациентов с опухолями мочеполовой системы**	4	2	2
	10.1. Принципы реабилитации онкологических пациентов с опухолями мочеполовой системы.	4	2	2
Всего		4	2	2
11.	**Модуль 11. Реабилитация детей после противоопухолевого лечения.**	3	2	1
	Итоговая аттестация	1	0	1
Итого		72 часа		

4. ТЕМАТИЧЕСКИЕ ПЛАНЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МОДУЛЕЙ

	МОДУЛЬ 1. **Общий раздел: Принципы и подходы к реабилитации онкологических пациентов** ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ 12 часов ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: повышение профессиональной компетенции с целью готовности к применению знаний о реабилитации онкологических больных в реабилитационных программах стационара и на этапе санаторно-курортного лечения путем приобретения знаний об основах, принципах и тенденциях реабилитации онкологических больных.	12	6	6
Лекция 1	«Онкореабилитация - история вопроса, реалии и перспективы» **Содержит** обзор базовых знаний о международном опыте использования реабилитации, как обязательного компонента непрерывного лечения онкологического пациента, а также информацию, необходимую и полезную для организации стационарного отделения реабилитации 2 этапа на базе действующих центральных и региональных онкологических диспансеров (что является неотъемлемой частью государственной стратегии по организации онкологической помощи в РФ)	2	1	1
Лекция 2	«МКФ – основные принципы и технологические приемы в онкореабилитации (реабилитационный диагноз, цель, потенциал, план)» **Содержит** подробное разъяснение понятия специфики МКФ в онкологии, ее применения к каждой онкологической нозологии с целью постановки реабилитационного диагноза для составления индивидуального плана реабилитации.	2	1	1
Лекция 3	«Психологическая реабилитация онкологических больных» **Содержит** основные принципы и понятия онкопсихологии, обосновывает обязательную интеграцию психологической помощи в реабилитацию онкологического пациента, начиная с момента постановки диагноза и на протяжении всего лечения. Базовая специфика особенностей оказания психологической помощи онкологическому пациенту в зависимости от нозологии.	4	2	2
Лекция 4	«Наукометрический анализ исследований по реабилитации онкологических больных» **Содержит** общий обзор данных наукометрического анализа по реабилитации онкологических пациентов, содержащих сведения о физических методах, эффективных для улучшения показателей лечения и реабилитации онкопациентов на высокодоказательной научной базе.	2	1	1

Лекция 5	«Нутритивная поддержка в онкологии от теории к практике». **Содержит** основные сведения о роли нутритивной поддержки в лечении онкологического больного, дает знания для формирования умений определять индивидуальный нутритивный статус онкологического пациента в зависимости от нозологии и составлять индивидуальную программу лечебного питания.	2	1	1
	МОДУЛЬ 2. Основные этапы и принципы организации реабилитации онкологических больных ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ - 6 часов ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: Получение новых знаний в сфере расширения профессиональных компетенций для организации на практике в условиях онкологического диспансера и санаторно-курортного медицинского учреждения процесса «поэтапной» реабилитации онкологического больного.	6	3	3
Лекция 1	«Основные этапы и принципы онкологической реабилитации. Предреабилитация . Подготовка онкологических больных к проведению противоопухолевого лечения. Обоснование и польза.» **Содержит** подробную информацию, на основе проведенного анализа доказательности о важности «предреабилитация» - как обязательного нулевого этапа реабилитации онкологических пациентов, с момента постановки диагноза до начала основного лечения»	2	1	1
Лекция 2	«1-2 этап реабилитации онкологических больных. Особенности составления индивидуальной программы медицинской реабилитации (ИПМР) онкологического пациента 2 этапа» **Содержит** детальный обзор возможностей реабилитации пациента в условиях онкологического стационара и стационарного отделения реабилитации санаторно-курортного учреждения, включая особенности “fast track reabilitation”, и раннего и позднего постоперационного восстановления	2	1	1
Лекция 3	Дистанционные методы реабилитации онкологических пациентов. Телереабилитация на подготовительном и амбулаторном этапе. **Содержит** общие обзор темы «Телемедицина», включая историю, области применения в лечении инновационных возможностей дистанционной реабилитации онкологических пациентов на «0» и «3» этапах реабилитации.	2	1	1
	МОДУЛЬ 3. **Общие принципы использования методов физической реабилитации в лечении онкологических больных.**	12	6	6

	ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ: 12 часов ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: приобретение новых профессиональных компетенций в использовании физических факторов в реабилитации онкологических пациентов на основании полученных знаний о результатах рандомизированных контролируемых клинических исследований, положенных в основу общих клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России по лечению онкологических больных.			
Лекция 1	«Обоснования к санаторно-курортному лечению для пациентов с онкологическими заболеваниями». **Содержит** обзор наиболее изученных физиотерапевтических методов, имеющих научно доказанный эффект, допустимых к применению и эффективных в реабилитации онкологических больных.	2	1	1
Лекция 2	«Методы магнитотерапии в реабилитации онкологических пациентов после радикальных операций» **Содержит** обзор современных сведений о возможностях применения общей магнитотерапии в комплексном лечении больных онкологического профиля после перенесенных оперативных вмешательств.	2	1	1
Лекция 3	«Низкоинтенсивная лазеротерапия в реабилитации онкологических пациентов» **Содержит** детальный обзор методов применения низкоинтенсивной лазерной терапии для уменьшения осложнений после лучевой, химиотерапии и хирургических вмешательств	2	1	1
Лекция 4	«Применение пневмокомпрессии в реабилитации онкологических пациентов.» **Содержит** детальный обзор доказательно эффективных механизмов действия пневмокомпрессии в борьбе с лимфостазом отечных конечностей после хирургического лечения.	2	1	1
Лекция 5	«Методы электротерапии в реабилитации пациентов после операции по поводу онкологических заболеваний» **Содержит** детальный обзор направлений использования методов низкочастотной электротерапии в лечении осложнений противоопухолевй терапии, основанный на высокодоказательной научной базе.	2	1	1
Лекция 6	«Лечебная физкультура и массаж для онкологических пациентов». **Содержит** подробный обзор условий и принципов подбора индивидуальной лечебной гимнастики с учетом выраженности	2	1	1

	осложнений. Наукометрический анализ использования массажа в реабилитации онкологических пациентов.			
	МОДУЛЬ 4. **Особенности реабилитации больных раком молочной железы** ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ :8 часов ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ : повышение профессиональной компетенции в области применения в организации работы санаторно-курортного лечебного учреждения и стационара , знаний , полученных в результате изучения высокодоказательных методов , используемых в реабилитации пациенток с РМЖ, на основе наукометрического анализа данных исследований международного опыта .	6	3	3
Лекция 1	«Реабилитация больных РМЖ. Мультидисциплинарная команда. Клинические рекомендации» **Содержит** обзор наиболее изученных из факторов, имеющих доказанный эффект в лечении и реабилитации комбинированных осложнений после мастэктомии для разработки индивидуального мультидисциплинарного подхода, особенности психологического портрета пациентки с РМЖ. Противопоказания.	2	1	1
Лекция 2	«Физические методы реабилитации пациенток с РМЖ на основе МКФ» **Содержит** детальный разбор возможностей использования МКФ в составлении индивидуального плана реабилитации на примере РМЖ. Обзор отечественных исследований эффективности физических методов в лечении лимфедемы. Противопоказания.	4	2	2
	МОДУЛЬ 5 **Особенности реабилитации больных раком легкого** ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ: 4 часа ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: Повышение профессиональных компетенций на основе изучения высокодоказательных методов, используемых в реабилитации пациентов с раком легкого, на основе наукометрического анализа данных исследований международного опыта».	4	1	3
Лекция 1	«Реабилитация больных злокачественными новообразованиями легких. Клинические рекомендации.» **Содержит** обзор наиболее изученных из факторов, имеющих доказанных эффект в лечении и реабилитации комбинированных осложнений после комбинированного лечения рака легкого, создание психологического портрета пациента с раком легкого. Описание узконаправленных методик ЛФК пр раке легкого	4	1	3
	МОДУЛЬ 6 **Особенности реабилитации пациентов с опухолями женских половых органов.**	4	2	2

	ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ: 4 часа ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: Повышение профессиональных компетенций за счет полученных знаний о современных высокодоказательных методах, используемых в международной практике в реабилитации пациенток, перенесших лечение по поводу гинекологических ЗНО для применения в практике стационаров и санаторно-курортных учреждений.			
Лекция 1	«Особенности реабилитации пациентов с опухолями женских половых органов». **Содержит** анализ психологических особенностей и осложнений, возникающих на фоне хирургического, лучевого и лекарственного лечения гинекологических ЗНО. Обзор наиболее изученных из факторов, имеющих доказанный эффект в лечении и реабилитации осложнений после комбинированного лечения пациенток. Содержит методические разработки комплексов лечебной гимнастики для пациенток с онкогинекологией, согласно этапам реабилитации. Противопоказания.	4	2	2
	МОДУЛЬ 7 **Особенности реабилитации онкологических больных с опухолями головы и шеи.** ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ: 8 часов ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: Повышение редких профессиональных компетенций в области реабилитации пациентов с ЗНО головы и шеи. Получение уникальных базовых знаний о возможностях логопедической и голосовой реабилитации, способствующих улучшению психофизического состояния данных пациентов.	8	4	4
Лекция 1	«Особенности реабилитации больных с опухолями головы/ шеи» **Содержит** анализ психологических особенностей и осложнений, возникающих на фоне хирургического, лучевого и лекарственного лечения ЗНО головы и шеи (включая язык, гортань, щитовидную железу) Обзор наиболее изученных из факторов, имеющих доказанный эффект в лечении и реабилитации анатомических нарушений после хирургического лечения.	2	1	1
Лекция 2	«Способы реабилитации пациентов, перенесших операции на орофаренгиальной зоне» **Содержит** обзор и результаты наукометрического анализа для подбора индивидуальных методик для пациентов, перенесших лечение ЗНО языка/ дна полости рта /нижней челюсти /твердого неба). Изучение методик глотания. /Устранения дисфагии, тризма. Восстановление глотания, жевания , речи.	2	1	1
Лекция 3	«Способы восстановления голоса после ларингэктомии».	2	1	1

	Содержит общий методов и аппаратов для голосовой реабилитации. Рекомендации по возможностям составления индивидуальной программы реабилитации.			
Лекция 4	Физические методы реабилитации пациентов, перенесших операции по поводу лечения опухолей гортани и щитовидной железы	2	1	1
	МОДУЛЬ 8. **Реабилитация онкологических больных с опухолями желудочно- кишечного тракта** ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ: ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ: Повышение профессиональных компетенций за счет получения новых знаний в области высокодоказательных методов в реабилитации пациентов , перенесших лечение по поводу ЗНО желудочно -кишечного тракта (включая опухоли прямой и толстой кишки и анального канала , желудка , поджелудочной железы)	6	3	3
Лекция 1	«Реабилитация онкологических больных с опухолями желудочно- кишечного тракта» **Содержит** обзор отобранных на основании проведенного наукометрического анализа методик для пациентов перенесших лечение по поводу опухолей ЖКТ. Нутритивная поддержка, как обязательный компонент терапии и реабилитации больных с опухолями ЖКТ, особенности реабилитации пациентов с гастростомой.	2	1	1
Лекция 2	«Реабилитация пациентов с колоректальным раком (толстой кишки, прямой кишки и анального канала) **Содержит** анализ психологических особенностей и осложнений, возникающих на фоне хирургического, лучевого и лекарственного лечения колоректальных ЗНО. Обзор наиболее изученных факторов, имеющих доказанный эффект в лечении и реабилитации анатомических нарушений после хирургического лечения. Особенности реабилитации и лечебного питания стомированных пациентов. Разработанные методики комплексов лечебной гимнастики для колоректальных пациентов, согласно этапам реабилитации. Противопоказания.	4	2	2
	МОДУЛЬ 9. **«Реабилитация онкологических пациентов с опухолями костей и мягких тканей»** ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ - 6 часов ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: повышение профессиональной компетенции за счет применения полученных новых знаний, основанных на высокодоказательной базе собранных международных методик по реабилитации больных с онкоортопедическими ЗНО	6	3	3

Лекция 1	«Особенности реабилитации пациентов с опухолями костей и мягких тканей» **Содержит** анализ психологических особенностей и осложнений, возникающих на фоне хирургического, лучевого и лекарственного лечения онкоортопедических пациентов. Обзор наиболее изученных факторов, имеющих доказанный эффект в реабилитации последствий анатомических нарушений после хирургического лечения. Особенности лечебного питания.	4	2	2
Лекция 2	Особенности лечебной физкультуры и массажа для пациентов с опухолями костей и мягких тканей **Содержит** общий обзор методик массажа и лечебной физкультуры, а также детальные методики ЛФК в областях: тазобедренного сустава, колена, плеча	2	1	1
	МОДУЛЬ 10 **«Реабилитация онкологических пациентов с опухолями мочеполовой системы»** ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ -4 часа ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: повышение профессиональной компетенции за счет применения полученных новых знаний, основанных на высокодоказательной базе собранных международных методик по реабилитации больных с онкоурологией (ЗНО мочевыводящей системы, почки, предстательной железы)	4	2	2
Лекция 1	«Принципы реабилитации онкологических пациентов с опухолями мочеполовой системы» **Содержит** анализ психологических особенностей и осложнений, возникающих на фоне хирургического, лучевого и лекарственного лечения ЗНО мочеполовой системы (мочевого пузыря, почки, предстательной железы) Обзор наиболее изученных из факторов, имеющих доказанный эффект в лечении и реабилитации анатомических нарушений после хирургического лечения. Реабилитация пациентов с уростомой, особенности лечебного питания. Содержит методические рекомендации ЛФК по онкоурологии , согласно этапу реабилитации.	4	2	2
	Модуль 11. **Реабилитация детей после противоопухолевого лечения.** ТРУДОЕМКОСТЬ ОСВОЕНИЯ :1час ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ: повышение профессиональной компетенции за счет получения уникальных знаний об особенностях восстановления маленьких онкологических пациентов после противоопухолевого лечения, включая основы работы с пищевыми привычками и поддержкой нутритивного статуса ребенка	3	2	1
Лекция	Реабилитация детей после противоопухолевого лечения. Рекомендации по пищевому поведению. Физическая реабилитация.	3	2	1

	Итоговое тестирование. Содержит самые важные вопросы промежуточных тестов для закрепления пройденного материала.	1		1

5. УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

5.1. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Наименование кабинетов	**Вид обучения**	**Наименование оборудования**
Зал для дистанционного обучения №1	Теоретическое (лекции/семинары)	Стол преподавателя, стулья, проектор, система мультимедиа, доска с перекидными листами (флипчарт), переносной экран.
Рабочее место слушателя (на дому или на рабочем месте)	Практические занятия (разбор записей конкретных случаев)	Компьютеры (с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем осваивать умения и навыки, предусмотренные настоящей Программой) стол, стулья, аппаратно-программные комплексы.

При реализации образовательных программ с применением ДОТ местом осуществления образовательной деятельности является место нахождения ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России независимо от места нахождения слушателей.

5.2.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ

Основная литература (официальные западные источники, предоставившие сведения на основе высокой доказательной базы, явившиеся основой для создания клинических рекомендации в реабилитации онкологических пациентов, положенных в основание данного образовательного курса) РМЖ

1) Reißhauer A., Schoppe B., Jahr S. Effect of treatment with low-intensity and extremely low-frequency electrostatic fields (DEEP OSCILLATION®) on breast tissue and pain in patients with secondary breast lymphoedema. J Rehabil Med 40:645-650 (2008).
2)De Groef A, Van Kampen M, Dieltjens E et al. Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. Arch. Phys. Med. Rehabil. 96(6), 1140–1153 (2015).
3)G. David Baxter,corresponding author1 Lizhou Liu,1 Simone Petrich,2 Angela Spontelli Gisselman,1 Cathy Chapple,1 Juanita J. Anders,3 and Steve Tumilty. Low level laser therapy (Photobiomodulation therapy) for breast cancer-related lymphedema: a systematic review. BMC Cancer. 2017; 17: 833.
4)Basen-Engquist K, Alfano CM, Maitin-Shepard M, et al: Agenda for translating physical activity, nutrition, and weight management interventions for cancer survivors into clinical and community practice. Obesity (Silver Spring) 2017;25(suppl 2): S9-S22.
5)Irwin ML, Cartmel B, Gross CP et al. Randomized exercise trial of aromatase inhibitor-induced arthralgia in breast cancer survivors. J. Clin. Oncol. (10), 1104–1111 (2015).
6)Vadivelu N1, Schreck M, Lopez J, Kodumudi G, Narayan D. Pain after mastectomy and breast reconstruction. Am Surg. 2008 Apr;74(4):285-96.
7) Buchrieser, T.B. (2018). Massage Therapy Effects on Pain and Distress / Anxiety in Breast Cancer Patients. Walden Dissertations and Doctoral Studies > 1471
8)Massingill J, Jorgensen C, Dolata J, Sehgal AR. Myofascial Massage for Chronic Pain and Decreased Upper Extremity Mobility After Breast Cancer Surgery Int J Ther Massage Bodywork. 2018 Aug; 11(3): 4–9.).
9)Schmidt ME, Wiskemann J, Armbrust P, Schneeweiss A, Ulrich CM, Steindorf K. Effects of resistance exercise on fatigue and quality of life in breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial. Int J Cancer. 2015 Jul 15;137(2):471-80.

10)Qiang, W., Dong, F., Yan, L. et al. Rehabilitation effect of systematic exercise on breast cancer patients after adjuvant chemotherapy. Clin. Oncol. Cancer Res. (2010) 7: 259).
11)Song, Q. H., Xu, R. M., Zhang, Q. H., Ma, M., & Zhao, X. P. (2013). Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. International journal of clinical and experimental medicine, 6(10), 979-84.
12)Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, et al: Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. JAMA Oncol 2017; 3:961-968.
13)Juvet LK, Thune I, Elvsaas IKO, et al: The effect of exercise on fatigue and physical functioning in breast cancer patients during and after treatment and at 6 months follow-up: a meta-analysis. Breast 2017; 33:166-177.
14)Kinkead B, Schettler PJ, Larson ER, Carroll D, Sharenko M, Nettles J1, Edwards SA, Miller AH, Torres MA, Dunlop BW, Rakofsky JJ, Rapaport MH. Massage therapy decreases cancer-related fatigue: Results from a randomized early phase trial. Cancer. 2018 Feb 1;124(3):546-554.
15)Streckmann F, Zopf EM, Lehmann HC, et al: Exercise intervention studies in patients with peripheral neuropathy: a systematic review. Sports Med 2014; 44:1289-1304.
16)Kleckner IR, Kamen C, Gewandter JS, et al: Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. Support Care Cancer 2018; 26:1019-1028
17)Lee JM, Look RM., Turner C, Gardiner SK, Wagie T, Douglas J, Sorenson L, Evans L, Kirchner S, Dashkoff C, Garrett K, Johnson N. Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. Journal of Clinical Oncology 30, no. 15_suppl (May 2012) 9019-9019).
18)RickO., von Hehn U., Mikus E., Dertinger H., Geiger, G. (2016). Magnetic field therapy in patients with cytostatics-induced polyneuropathy: A prospective randomized placebo-controlled phase-III study. Bioelectromagnetics, 38(2), 85-94).
19)Kılınç M, Livanelioğlu A, Yıldırım SA, Tan E. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with peripheral and central neuropathic pain. J Rehabil Med. 2014 May;46(5):454-60.
20)Oberoi S, Zamperlini-Netto G, Beyene J, Treister NS, Sung L. Effect of prophylactic low-level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. Send to PLoS One. 2014 Sep 8;9(9): e107418.
21)He M, Zhang B, Shen N, Wu N, Sun J. A systematic review and meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) on chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric and young patients. Eur J Pediatr. 2018 Jan;177(1):7-17.
22)Jones LW, Habel LA, Weltzien E, et al: Exercise and risk of cardiovascular events in women with nonmetastatic breast cancer. J Clin Oncol 2016; 34:2743-2749).
23)Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, et al: American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. J Clin Oncol 2016; 34:611-635)
24)Ross M, Fischer-Cartlidge E. Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. Clin J Oncol Nurs. 2017 Apr 1;21(2):226-233.
25)Avci, P., Gupta, G. K., Clark, J., Wikonkal, N., & Hamblin, M. R. (2013). Low-level laser (light) therapy (LLLT) for treatment of hair loss. Lasers in surgery and medicine, 46(2), 144-51.
26)Lipsetta A., Barretta S, Harunaa F, Mustianb K, O'Donovana A. The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. The Breast. Volume 32, April 2017, Pages 144-155.
27)Rief H, Omlor G, Akbar M, et al. Feasibility of isometric spinal muscle training in patients with bone metastases under radiation therapy - first results of a randomized pilot trial. BMC Cancer. 2014; 14:67. Published 2014 Feb 5.
28)Bensadoun RJ, Nair RG. Low-level laser therapy in the management of mucositis and dermatitis induced by cancer therapy. Photomed Laser Surg. 2015;33(10):487–491.

РАК ЛЕГКОГО

1)Sommer MS, Trier K, Vibe-Petersen J, Missel M, Christensen M, Larsen KR, Langer SW, Hendriksen C, Clementsen P, Pedersen JH, Langberg H. Perioperative rehabilitation in operation for lung cancer (PROLUCA) - rationale and design. BMC Cancer. 2014 Jun 4; 14:404. doi: 10.1186/1471-2407-14-404

2)Sebio R, Yáñez-Brage MI, Giménez-Moolhuyzen E, Valenza MC, Reychler G, Cahalin LP. Impact of a pre-operative pulmonary rehabilitation program on functional performance in patients undergoing video-assisted thoracic surgery for lung cancer. Arch Bronconeumol. 2016 May;52(5):231-2. doi: 10.1016/j.arbres.2015.10.013. Epub 2015 Dec 30. English, Spanish.
3) Garcia R.S., Brage M.I.Y., Moolhuyzen E.G., Granger C.L., Denehy L. Functional and postoperative outcomes after preoperative exercise training in patients with lung cancer: a systematic review and meta-analysis / Interact CardioVasc Thorac Surg. – 2016. - doi:10.1093/icvts/ivw152.
4) Barassi G, Bellomo RG, Di Iulio A, Lococo A, Porreca A, Di Felice PA, Saggini R. Preoperative Rehabilitation in Lung Cancer Patients: Yoga Approach. Adv Exp Med Biol. 2018; 1096:19-29. doi: 10.1007/5584_2018_186
5) Krebber AH, van Uden-Kraan CF, Melissant HC, Cuijpers P, van Straten A, Becker-Commissaris A, Leemans CR, Verdonck-de Leeuw IM. A guided self-help intervention targeting psychological distress among head and neck cancer and lung cancer patients: motivation to start, experiences and perceived outcomes. Support Care Cancer. 2017 Jan;25(1):127-135. Epub 2016 Sep 1.
6) Kushalnagar P, Engelman A, Sadler G. Deaf patient-provider communication and lung cancer screening: Health Information National Trends survey in American Sign Language (HINTS-ASL). Patient Educ Couns. 2018 Jul;101(7):1232-1239. doi: 10.1016/j.pec.2018.03.003. Epub 2018 Mar 5.
7) Deng G.E., Rausch S.M., Jones L.W., Gulati A., Kumar N.B. et. al. Complementary Therapies and Integrative Medicine in Lung Cancer. Diagnosis and Management of Lung Cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines / Chest. – Vol. 143(5). – 2013. - (Suppl): e420S–e436S
8)Imperatori A., Grande A., Castiglioni M., Gasperini L., Faini A. Chest pain control with kinesiology taping after lobectomy for lung cancer: initial results of a randomized placebo-controlled study / Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery. – Vol. 23. – 2016. – P. 223–230.
9)Park H., Park J., Woo S.Y., Yi Y.H., Kim K. Effect of high-frequency chest wall oscillation on pulmonary function after pulmonary lobectomy for non-small cell lung cancer / Crit Care Med. - Vol. 40 (9). – 2012. – P. 2583-2589
10) Dhillon HM, van der Ploeg HP, Bell ML, Boyer M, Clarke S, Vardy J. The impact of physical activity on fatigue and quality of life in lung cancer: a randomised controlled trial protocol. BMC Cancer. 2012 Dec 5; 12:572. doi: 10.1186/1471-2407-12-572.

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

1). Silver JA, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatmentrelated morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2103; 92: 715-727
2). Nilsson H, Angerås U, Bock D, Börjesson M, Onerup A, Fagevik Olsen M, Gellerstedt M, Haglind E, Angenete E. Is preoperative physical activity related to post-surgery recovery. BMJ Open. 2016 Jan 14;6(1): e007997. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007997
3). Hijazi Y1, Gondal U2, Aziz O3. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. Int J Surg. 2017 Mar; 39:156-162. doi: 10.1016/j.ijsu.2017.01.111. Epub 2017 Feb 2.
4). Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: An opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil. 2013; 92:715–27.
5). Tsimopoulou I, Pasquali S, Howard R, Desai A, Gourevitch D, Tolosa I, Vohra R. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. Ann Surg Oncol. 2015 Dec;22(13):4117-23. doi: 10.1245/s10434-015-4550-z. Epub 2015 Apr 14.
6). Jonathan Carter, "Fast-Track Surgery in Gynaecology and Gynaecologic Oncology: A Review of a Rolling Clinical Audit," ISRN Surgery, vol. 2012, Article ID 368014, 19 pages, 2012
7). Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, et al Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update International Journal of Gynecologic Cancer Published Online First: 15 March 2019. doi: 10.1136/ijgc-2019-000356

8). De Almeida E.P.M., De Almeida J.P., Landoni G., Galas F.R.B.G., Fukushima J.T., Fominskiy E., De Brito C.M.M., (...), Hajjar L.A. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: A randomized controlled trial. (2017) British Journal of Anaesthesia, 119 (5), pp. 900-907
9). Wren S. M., Martin M., Yoon J. K., Bech F. Postoperative pneumonia-prevention program for the inpatient surgical ward," Journal of the American College of Surgeons, vol. 210, no. 4, pp. 491–495, 2010
10). Peedicayil A., Weaver A., Li X., Carey E., Cliby W., Mariani A. Incidence and timing of venous thromboembolism after surgery for gynecological cancer. Gynecologic Oncology, vol. 121, no. 1, pp. 64–69, 2011

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

1) Silver JA, Baima J. Cancer prehabilitation: anopportunity to decrease treatment related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2103; 92: 715-727
2)Buffart LM,, Sweegers MG, May AM, Chinapaw MJ, van Vulpen JK, Newton RU, Galvão DA, Aaronson NK, Stuiver MM, Jacobsen PB, Verdonck-de Leeuw IM, Steindorf K, Irwin ML, Hayes S, Griffith KA, Lucia A, Herrero-Roman F, Mesters I, van Weert E, Knoop H, Goedendorp MM, Mutrie N, Daley AJ, McConnachie A, Bohus M, Thorsen L, Schulz KH, Short CE, James EL, Plotnikoff RC, Arbane G, Schmidt ME, Potthoff K, van Beurden M, Oldenburg HS, Sonke GS, van Harten WH, Garrod R, Schmitz KH, Winters-Stone KM, Velthuis MJ, Taaffe DR, van Mechelen W, José Kersten M, Nollet F, Wenzel J, Wiskemann J, Brug J, Courneya KS. Targeting Exercise Interventions to Patients with Cancer in Need: An Individual Patient Data Meta-Analysis. J Natl Cancer Inst. 2018 Nov 1;110(11):1190-1200. doi: 10.1093/jnci/djy161.
3)Govender R, Smith CH, Gardner B, Barratt H, Taylor SA. Improving swallowing outcomes in patients with head and neck cancer using a theory-based pretreatment swallowing intervention package: protocol for a randomised feasibility study. BMJ Open. 2017 Mar 27;7(3):e014167. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014167. PubMed PMID: 28348190; PubMed Central PMCID: PMC5372094.
4)Clarke P, Radford K, Coffey M, Stewart M. Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol. 2016 May;130(S2): S176-S180.
5)Colevas AD, Yom SS, Pfister DG, Spencer S, Adelstein D, Adkins D, Brizel DM, Burtness B, Busse PM, Caudell JJ, Cmelak AJ, Eisele DW, Fenton M, Foote RL, Gilbert J, Gillison ML, Haddad RI, Hicks WL, Hitchcock YJ, Jimeno A, Leizman D, Maghami E, Mell LK, Mittal BB, Pinto HA, Ridge JA, Rocco J, Rodriguez CP, Shah JP, Weber RS, Witek M, Worden F, Zhen W, Burns JL, Darlow SD. NCCN Guidelines Insights: Head and Neck Cancers, Version 1.2018. J Natl Compr Canc Netw. 2018 May;16(5):479-490. doi: 10.6004/jnccn.2018.0026.

РАК ЖЕЛУДКА

1) Silver JA, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatmentrelated morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2103; 92: 715-727.
2) Luther A., Gabriel J., Watson R.P., Francis N.K. The Impact of Total Body Prehabilitation on Post-Operative Outcomes After Major Abdominal Surgery: A Systematic Review. World J Surg. 2018 Sep;42(9):2781-2791.
3) Снеговой А.В., Бесова Н.С., Веселов А.В., Кравцов С.А., Ларионова В.Б., Сельчук В.Ю. и соавт. Практические рекомендации по нутритивной поддержке у онкологических больных. Злокачественные опухоли. 2016. №4. Спецвыпуск 2. С. 2-450.;
4) Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, Fearon K, Hütterer E, Isenring E, Kaasa S et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clinical Nutrition. 2017;36: P.11-48
5) Tsimopoulou I, Pasquali S, Howard R, Desai A, Gourevitch D, Tolosa I, Vohra R. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. Ann Surg Oncol. 2015 Dec;22(13):4117-23. doi: 10.1245/s10434-015-4550-z. Epub 2015 Apr 14.

6) Hijazia Y, Gondal U, Aziz O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. International Journal of Surgery Volume 39, March 2017, Pages 156-162
7) Gemmill EH, Humes DJ, Catton JA. Systematic review of enhanced recovery after gastro-oesophageal cancer surgery. Ann R Coll Surg Engl 2015; 97: P. 173-179.
8) Pisarska M, Maøczak P, Major P, Wysocki M, Budzyński A, Pędziwiatr M. Enhanced recovery after surgery protocol in oesophageal cancer surgery: Systematic review and meta-analysis. PLoSONE. 2017; 12(3): e0174382.
9) Feng F, Ji G, Li JP, Li XH, Shi H, Zhao ZW, Wu GS, Liu XN, Zhao QC. Fast-track surgery could improve postoperative recovery in radical total gastrectomy patients. World J Gastroenterol. 2013;19(23): 3642-48.
10) Souza Possaa S., Braga Amador C. Meira Costa A., Takahama Sakamoto E., Seiko Kondoa C., Maida Vasconcellos A.L., Moran de Brito C.M., Pereira Yamaguti W. Implementation of a guideline for physical therapy in the postoperative period of upper abdominal surgery reduces the incidence of atelectasis and length of hospital stay. Revista Portuguesa de Pneumologia, 2014;20(2), P. 69-77.
11) Lewis LK, Williams MT, Olds TS. The active cycle of breathing technique: A systematic review and meta-analysis. Respiratory Medicine. 2012, V.106 (2), P.155-172.
12) Almeida E.P.M., Almeida J.P., Landoni G., Galas F.R.B.G, Fukushima J.T., Fominskiy E., Brito C.M.M. et al. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: arandomized controlled trial. British Journal of Anaesthesia. 2017;119(5), P. 900-907.
13) Mitchinson A. R., Kim H. M., Rosenberg J. M., Geisser M., Kirsh M., Cikrit D., Hinshaw D. B. Acute postoperative pain management using massage as an adjuvant therapy. A randomized trial. Archive Surgery, 2007, 142(12), 1158–1167.
14) Kukimoto Y, Ooe N, Ideguchi N. The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Manag Nurs. 2017;18(6):378-390.

ОНКОУРОЛОГИЯ

1) Silver JA, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatmentrelated morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2103; 92: 715-727.
2)Singh, F., Newton, R. U., Baker, M. K., Spry, N. A., Taaffe, D. R., Thavaseelan, J., & Galvão, D. A. (2017). Feasibility of Presurgical Exercise in Men with Prostate Cancer Undergoing Prostatectomy. Integrative Cancer Therapies, 290–299. https://doi.org/10.1177/1534735416666373
3)Angenete E, Angerås U, Börjesson M, Ekelund J, Gellerstedt M, Thorsteinsdottir T, Steineck G, Haglind E. Physical activity before radical prostatectomy reduces sick leave after surgery - results from a prospective, non-randomized controlled clinical trial (LAPPRO). BMC Urol. 2016 Aug 16;16(1):50.
4)Santa Mina D, Matthew AG, Hilton WJ, Au D, Awasthi R, Alibhai SM, Clarke H, Ritvo P, Trachtenberg J, Fleshner NE, Finelli A, Wijeysundera D, Aprikian A, Tanguay S, Carli F. Prehabilitation for men undergoing radical prostatectomy: a multi-centre, pilot randomized controlled trial. BMC Surg. 2014 Nov 13; 14:89.
5)Hulzebos EH, Helders PJ, Favie NJ, De Bie RA, Brutel de la Riviere A, Van Meeteren NL. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. JAMA. 2006;296(15):1851–7.
6)Burgio KL, Goode PS, Urban DA, et al. Preoperative biofeedback assisted behavioral training to decrease post-prostatectomy incontinence: a randomized, controlled trial. J Urol. 2006; 175:196-201.
7)Newman DK, Guzzo T, Lee D, Jayadevappa R. An evidence-based strategy for the conservative management of the male patient with incontinence. Curr Opin Urol. 2014; 24: 553–559.
8)Tsimopoulou I, Pasquali S, Howard R, Desai A, Gourevitch D, Tolosa I, Vohra R. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. Ann Surg Oncol. 2015 Dec;22(13):4117-23. doi: 10.1245/s10434-015-4550-z. Epub 2015 Apr 14.

9)Gopalakrishna A, Longo TA , Fantony JJ , et al . Lifestyle factors and health-related quality of life in bladder Cancer survivors: a systematic review. J Cancer Surviv 2016; 10:874–82.doi:10.1007/s11764-016-0533-8
10)Azhar RA, Bochner B, Catto J, Goh AC, Kelly J, Patel HD, Pruthi RS, Thalmann GN, Desai M. Enhanced Recovery after Urological Surgery: A Contemporary Systematic Review of Outcomes, Key Elements, and Research Needs. Eur Urol. 2016 Jul;70(1):176-187.
11)Lin, C., Wan, F., Lu, Y., Li, G., Yu, L., & Wang, M. (2018). Enhanced recovery after surgery protocol for prostate cancer patients undergoing laparoscopic radical prostatectomy. The Journal of international medical research, 47(1), 114–121.
12)Recart A, Duchene D, White PF, Thomas T, Johnson DB, Cadeddu JA. Efficacy and safety of fast-track recovery strategy for patients undergoing laparoscopic nephrectomy. J Endourol. 2005 Dec;19(10):1165-9.
13)Maloney, I., Parker, D. C., Cookson, M. S., & Patel, S. (2017). Bladder Cancer Recovery Pathways: A Systematic Review. Bladder cancer (Amsterdam, Netherlands), 3(4), 269–281.
14)Shin KY, Guo Y, Konzen B, Fu J, Yadav R, Bruera E. Inpatient cancer rehabilitation: the experience of a national comprehensive cancer center. Am J Phys Med Rehabil. 2011; 90 (5): 63–S68.
15)Liu, B., Domes, T., & Jana, K. (2018). Evaluation of an enhanced recovery protocol on patients having radical cystectomy for bladder cancer. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada, 12(12), 421–426. Advance online publication.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

1)Silver JA, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatmentrelated morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2103; 92: 715-727.
2)Berkel AEM, Bongers BC, van Kamp MS, Kotte H, Weltevreden P, de Jongh FHC, Eijsvogel MMM, Wymenga ANM, Bigirwamungu-Bargeman M, van der Palen J, van Det MJ, van Meeteren NLU, Klaase JM. The effects of prehabilitation versus usual care to reduce postoperative complications in high-risk patients with colorectal cancer or dysplasia scheduled for elective colorectal resection: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Gastroenterol. 2018 Feb 21;18(1):29.
3)Hijazia Y, Gondal U, Aziz O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. International Journal of Surgery Volume 39, March 2017, Pages 156-162
4)Hulzebos EH, Helders PJ, Favie NJ, De Bie RA, Brutel de la Riviere A, Van Meeteren NL. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. JAMA. 2006;296(15):1851–7.
5)Gillis C, Li C, Lee L, et al. Prehabilitation versus rehabilitation: a randomized control trial in patients undergoing colorectal resection for cancer. Anesthesiology. 2014; 121:937–947.
6)Tsimopoulou I, Pasquali S, Howard R, Desai A, Gourevitch D, Tolosa I, Vohra R. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. Ann Surg Oncol. 2015 Dec;22(13):4117-23.
7)P. Li, F. Fang, J.X. Cai, et al.Fast-track rehabilitation vs conventional care in laparoscopic colorectal resection for colorectal malignancy: a meta-analysis World J Gastroenterol, 19 (2013), pp. 9119-9126
8)S. M. Wren, M. Martin, J. K. Yoon, and F. Bech, "Postoperative pneumonia-prevention program for the inpatient surgical ward," Journal of the American College of Surgeons, vol. 210, no. 4, pp. 491–495, 2010
9)De Almeida E.P.M., De Almeida J.P., Landoni G., Galas F.R.B.G., Fukushima J.T., Fominskiy E., De Brito C.M.M., Hajjar L.A. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: A randomized controlled trial. (2017) British Journal of Anaesthesia, 119 (5), pp. 900-907.
10)P. Li, F. Fang, J.X. Cai, et al.Fast-track rehabilitation vs conventional care in laparoscopic colorectal resection for colorectal malignancy: a meta-analysis World J Gastroenterol, 19 (2013), pp. 9119-9126

11)Dreyer NE, Cutshall SM, Huebner M, Foss DM, Lovely JK, Bauer BA, Cima RR. Effect of massage therapy on pain, anxiety, relaxation, and tension after colorectal surgery: A randomized study. Complement Ther Clin Pract. 2015 Aug;21(3):154-9. doi: 10.1016/j.ctcp.2015.06.004.
12)Kukimoto Y, Ooe N, Ideguchi N. The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Manag Nurs. 2017;18(6):378-390. doi: 10.1016/j.pmn.2017.09.001
13)Visser WS, Te Riele WW, Boerma D, van Ramshorst B, van Westreenen HL. Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcome after a low anterior resection: a systematic review. Ann Coloproctol. 2014;30(3):109-14.
14)Denost Q, Laurent C, Capdepont M, Zerbib F, Rullier E. Risk factors for fecal incontinence after intersphincteric resection for rectal cancer. Dis Colon Rectum. 2011; 54: 963-968.
15)Parc Y, Zutshi M, Zalinski S, Ruppert R, Furst A, Fazio VW. Preoperative radiotherapy is associated with worse functional results after coloanal anastomosis for rectal cancer. Dis Colon Rectum. 2009; 52: 2004-2014.

ПСИХООНКОЛОГИЯ

Литература

1. Кондратьева К. О., Вагайцева М.В., Семиглазова Т.Ю. Психологические аспекты реабилитации онкологических пациентов // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – №3. – С. 40-43.
2. Кондратьева К. О., Алехин А. Н. Психогенные реакции (нозогении) при злокачественных новообразованиях молочной железы у женщин молодого возраста // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. – 2019. – №10. – С. 43-48.
3. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 175 с
4. Akizuki N., Yamawaki S., Akechi T., Nakano T., Uchitomi Y. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress. Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. // J Pain Symptom Manage. 2005. Vol. 29(1). P. 91-99.
5. R. Gregurek, M. Bras, V. Dordević, A.S. Ratković, L. BrajkovicPsychological problems of patients with cancer // Psychiatr Danub, 22 (2) (2010), pp. 227-230.
6. www.icf-core-sets.org
7. Кондратьева К. О., Каспаров Б. С., Семиглазова Т.Ю., Тынкасова М.А., Клюге В.А., Крутов А.А, Курочкина И. С., Мельникова Е. В. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов со злокачественными опухолями молочной железы // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – №3. – С. 27-31.
8. Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials // Br J Psychiatry 2010 Jul;197(1):11-9.
9. Coull G, Morris PG // The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review. Psychol Med. 2011 Nov;41(11):2239-52.
10. Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome // Aust N Z J Psychiatry. 2006 Jan;40(1):9-19.
11. Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis // Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4).
12.Okajima, Yoko Komada, Yuichi Inoue. A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia // Sleep and Biological Rhythms. January 2011, Volume 9, Issue 1, pp 24–34

13. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis // Am J Psychiatry. 2003 Jul;160(7):1223-32.

ОНКООРТОПЕДИЯ

1)Silver JA, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatmentrelated morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2103; 92: 715-727.

2)Silver JK. Cancer prehabilitation and its role in improving health outcomes and reducing health care costs. SeminOncolNurs. 2015 Feb;31(1):13–30.

3)Nilsson H, Angerås U, Bock D, Börjesson M, Onerup A, Fagevik Olsen M, Gellerstedt M, Haglind E, Angenete E. Is preoperative physical activity related to post-surgery recovery. BMJ Open. 2016 Jan 14;6(1):e007997. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007997

4)Tang MH, Castle DJ, Choong PFM. Identifying the prevalence, trajectory, and determinants of psychological distress in extremity sarcoma. Sarcoma 2015;2015

5)Siegel GW, Biermann JS, Chugh R, et al. The multidisciplinary management of bone and soft tissue sarcoma: an essential organizational framework. J Multidiscip Healthc. 2015; 8:109–15

6)Kolk S, Cox K, Weerdesteyn V, et al. Can orthopedic oncologists predict functional outcome in patients with sarcoma after limb salvage surgery in the lower limb? A nationwide study. Sarcoma. 2014; 2014:436598.

7)Shehadeha A, El Dahlehb M, Salemc A, Sarhand Y, Sultane I, Henshawf RM, Aboulafia AJ. Standardization of rehabilitation after limb salvage surgery for sarcomas improves patients' outcome. Hematol Oncol Stem Cell Ther 2013; 6(3–4): 105–111/

8)Oren R, Zagury Al, Katzir O, Kollender Y, Meller I. Principles and Rehabilitation after Limb-sparing Surgery for Cancer. Malawer Chapter 36 22/02/2013

9)Marchese VG, Spearing E, Callaway L, et al. Relationships among range of motion, functional mobility, and quality of life in children and adolescents after limb-sparing surgery for lower-extremity sarcoma. Pediatr Phys Ther. 2006;18(4):238–44.

10)Cox CL, Montgomery M, Oeffinger KC, et al. Promoting physical activity in childhood cancer survivors: results from the Childhood Cancer Survivor Study. Cancer 2009; 115:642e654.

11)Chaudhry H, Bhandari M. Cochrane in CORR ®: Continuous Passive Motion Following Total Knee Arthroplasty in People with Arthritis (Review). Clinical Orthopaedics and Related Research: November 2015 - Volume 473 - Issue 11 - p 3348–3354.

12)Field T. Massage therapy research review. Complement Ther Clin Pract. 2016; 24:19-31.

13)Windisch C, Brodt S, Röhner E, Matziolis G. Effects of Kinesio taping compared to arterio-venous Impulse System™ on limb swelling and skin temperature after total knee arthroplasty. nt Orthop. 2017 Feb;41(2):301-307

14)Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol. 2012;23(Suppl 7):vii139–54.

15)Paul S, Yocheved L, Gabyzon EM, Kittelson A, Stevens L J; Maffiuletti, N A. Neuromuscular Electrical Stimulation Therapy to Restore Quadriceps Muscle Function in Patients After Orthopaedic Surgery: A Novel Structured Approach. Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume: 7 December 2016 - Volume 98 - Issue 23 - p 2017–2024).

16)Raiss P, Kinkel S, Sauter U, Bruckner T, Lehner B. Replacement of the Proximal Humerus with MUTARS Tumor Endoprostheses, European Journal of Surgical Oncology (2009), doi: 10.1016/j.ejso.2009.11.001

17)Bruns J., Delling G., Gruber H., Lohmann C. H., Habermann C. R. Cementless fixation of megaprostheses using a conical fluted stem in the treatment of bone tumours. J Bone Joint Surg Br. 2007 Aug;89(8):1084-7.

18)Gremeaux V, Renault J, Pardon L, Deley G, Lepers R, Casillas J. Low- frequency electric muscle stimulation combined with physical therapy after total hip arthroplasty for hip osteoarthritis in elderly patients: A randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2008; 89:2265.

19)Friedmann D, Wunder JS, Ferguson P, et al. Incidence and Severity of Lymphoedema Following Limb Salvage of Extremity Soft Tissue Sarcoma. Sarcoma, vol. 2011, Article ID 289673, 6 pages, 2011.
20)NLN Medical Advisory Committee. Topic: The Diagnosis and Treatment of Lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network. 2011. 1-19.
21)Haesler, E. Evidence summary: Managing lymphoedema: Low level laser therapy. Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association, v.24, no.2, Jun 2016, p.119-121 (ISSN: 1837-6304)
22)Piller N, Douglass J, Heidenreich B, Moseley A. Placebo controlled trial of mild electrical stimulation. Journal of Lymphoedema, 2010, Vol 5, No 1 p. 15-25
23)SEGAL, R. et al. Exercise for people with cancer: a systematic review. Current Oncology, [S.l.], v. 24, n. 4, p. e290-e315, aug. 2017. ISSN 1718-7729
24)Boyd C, Crawford C, Paat CF, Price A, Xenakis L, Zhang W; Evidence for Massage Therapy (EMT) Working Group.). The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part II, Cancer Pain Populations. Pain Med. 2016 May 10
25)Stout NL, Baima J, Swisher AK, Winters-Stone KM, Welsh J. A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). PM R. 2017 Sep;9(9S2): S347-S384.
26)Hu M, Lin W. Effects of exercise training on red blood cell production: implications for anemia. Acta Haematol. 2012;127(3):156-64. Epub 2012 Jan 31
27)Cave J, Paschalis A, Huang CY, West M4, Copson E, Jack S, Grocott MPW. A systematic review of the safety and efficacy of aerobic exercise during cytotoxic chemotherapy treatment. Support Care Cancer. 2018 Oct;26(10):3337-3351.)
28)Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, et al: Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. JAMA Oncol 2017; 3:961-968
29)Kinkead B, Schettler PJ, Larson ER, Carroll D, Sharenko M, Nettles J, Edwards SA, Miller AH1, Torres MA, Dunlop BW, Rakofsky JJ, Rapaport MH. Massage therapy decreases cancer-related fatigue: Results from a randomized early phase trial. Cancer. 2018 Feb 1;124(3):546-554. doi: 10.1002/cncr.31064).
30)Streckmann F, Zopf EM, Lehmann HC, et al: Exercise intervention studies in patients with peripheral neuropathy: a systematic review. Sports Med 2014; 44:1289-1304
31)Kleckner IR, Kamen C, Gewandter JS, et al: Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. Support Care Cancer 2018; 26:1019-1028.
32)Lee JM, Look R M., Turner C, Gardiner SK, Wagie T, Douglas J, Sorenson L, Evans, Kirchner S, Dashkoff C, Garrett K, Johnson N. Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. Journal of Clinical Oncology 30, no. 15 suppl (May 2012) 9019-9019.
33)Rick, O., von Hehn, U., Mikus, E., Dertinger, H., Geiger, G. (2016). Magnetic field therapy in patients with cytostatics-induced polyneuropathy: A prospective randomized placebo-controlled phase-III study. Bioelectromagnetics, 38(2), 85-94
34)Kılınç M1, Livanelioğlu A, Yıldırım SA, Tan E. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with peripheral and central neuropathic pain. J Rehabil Med. 2014 May;46(5):454-60. doi: 10.2340/16501977-1271.
35)Oberoi S, Zamperlini-Netto G, Beyene J, Treister NS, Sung L. Effect of prophylactic low-level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. Send to PLoS One. 2014 Sep 8;9(9):e107418. doi: 10.1371/journal.pone.0107418.
36)He M, Zhang B, Shen N, Wu N, Sun J. A systematic review and meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) on chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric and young patients. Eur J Pediatr. 2018 Jan;177(1):7-17. doi: 10.1007/s00431-017-3043-4. Epub 2017 Nov 11.
37)Westphal JG, Schulze PC. Exercise training in cancer related cardiomyopathy. J Thorac Dis. 2018 Dec;10(Suppl 35):S4391-S4399.
38)Ross M, Fischer-Cartlidge E. Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. Clin J Oncol Nurs. 2017 Apr 1;21(2):226-233.

39)Avci, P., Gupta, G. K., Clark, J., Wikonkal, N., & Hamblin, M. R. (2013). Low-level laser (light) therapy (LLLT) for treatment of hair loss. Lasers in surgery and medicine, 46(2), 144-51
40)Kessels E, Husson O, van der Feltz-Cornelis CM. The effect of exercise on cancer-related fatigue in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 Feb 9; 14:479-494.
41)Rief H, Omlor G, Akbar M, et al. Feasibility of isometric spinal muscle training in patients with bone metastases under radiation therapy - first results of a randomized pilot trial. BMC Cancer. 2014; 14:67. Published 2014 Feb 5. doi:10.1186/1471-2407-14-67
42)Bensadoun RJ, Nair RG. Low-level laser therapy in the management of mucositis and dermatitis induced by cancer therapy. Photomed Laser Surgery 2015;33(10):487–491

ТЕЛЕРЕАБИЛИТАЦИЯ

1.Home-Based Automated Therapy of Arm Function after Stroke Via Telerehabilitation.-2010.-www.cabrr.cua.edu/research/Telerehabilitation.cfm.
2.Dipietro L. Evaluation of an instrumented glove for hand- movement acquisition / L.Dipietro, A.Sabatini, P.Dario // J Rehabil Res Dev.-2003.-N40(2).- P.179-189
3.Popescu V., Burdea G., Bouzit M. et al. PC-based Telerehabilitation System with Force Feedback.-www.caip.rutgers.edu/vrlab/telerehab.html.
4.Crutchley S., Campbell M. TeleSpeech Ther apy Pilot Project: Stakeholder Satisfaction // International Journal of Telerehabilitation.-Vol.2,N1.-2010.-P.23- 30.
5.Methods, systems and technologies for remote delivery of rehabilitation services.–www.cabrr.cua.edu/gallery.cfm.
6.Glinkowski W. Musculoskeletal 3G telerehabilitation / W.Glinkowski, M.Wasilewska, M.Gil [et al] // Ukr. z. telemed. med. telemat.-2007.- Vol.5,No2.-P.189-190.
7.А. Владзимирский, Г.Лебедев "Телемедицина. Руководство" ГЭОТАР медиа

Дополнительная литература

1.Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.— 240 с.
2.Снеговой А.В., Бесова Н.С., Веселов А.В., Кравцов С.А., Ларионова В.Б., Сельчук В.Ю. и соавт. Практические рекомендации по нутритивной поддержке у онкологических больных. Злокачественные опухоли. 2016. №4. Спецвыпуск 2. С. 2-450.
3.Ковлен Д.В. Физическая терапия гипертонической болезни: наукометрический анализ доказательных исследований / Д.В. 4.Ковлен, Г.Н. Пономаренко // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2017. - №3. – С. 121-127.
5. Ковлен Д.В. Научные основы разработки клинических рекомендаций по физической и реабилитационной медицине / Дис. … док. мед. наук: 14.03.11 / Ковлен Денис Викторович. – СПб, 2018. – 356 с.
6. Пономаренко Г.Н. Клинические практические рекомендации – новый этап развития физиотерапии / Физиотерапия, бальнеотерапия, реабилитация. - 2014. - №2. - С. 36-40.
7.А. Владзимирский, Г.Лебедев "Телемедицина. Руководство" ГЭОТАР медиа
8.ГОСТ Р 56034-2014 Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения. - М., 2014. - 23 с.
9.Семиглазова Т.Ю., Клюге В.А., Каспаров Б.С., Кондратьева К.О., Крутов А.А., Зернова М.А. и др. Международная модель реабилитации онкологических больных. Медицинский Совет. – 2018.-№10. - С.108-116.
10.Каспаров Б. С., Семиглазова Т. Ю., Ковлен Д. В., Пономаренко Г. Н., Клюге В. А. и др. Наукометрический анализ доказательных исследований физических факторов реабилитации больных раком молочной железы // Злокачественные опухоли. - 2018. - Т. 4. - С. 5-11.Ткаченко Г.А., Скворцова Е.И. Перспективы оказания нейропсихологической помощи пациентам со злокаче- ственными новообразованиями орофарингеальной зоны. Опухоли головы и шеи 2018;8(4):68–70.
12.Ткаченко Г. А. Психологическое сопровождение онкологических больных с нарушением речи

в послеоперационном периоде // Злокачественные опухоли 2018; 3s1:9–11
13.Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психоло- гов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – СПб: Любавич, 2017. – 352 с.
ISBN 978-5-9908557-4-8
14.Н.А. Захарченко, С.Б. Шахсуварян, Э.И. Мирзоян, О.В. Андрианов, Д.З. Мамаева ФГБУ Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России, г. Москва (Материалы доклада на Форуме VI « Движение против рака» 4-5 февраля 2013г.) «Реабилитация онкологических больных в условиях курорта»
15.Маньшина Н.В. Курортология для всех. За здоровьем на курорт. – М. : Вече, 2007. – 592 с. (324-327)
16.Амиров Н.Х. Труд и здоровье руководителей. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002 – 136
17.Владимиров В. И., Кухарова Т. В. Эффективность применения питьевых минеральных вод для улучшения психо-соматического состояния после операций по поводу рака молочной железы и фиброзно-кистозной мастопатии.// ИВД . 2014. №4-2.
18.Владимиров В.И. Применение питьевых минеральных вод для коррекции гормональных, иммунологических и метаболических нарушений у больных после операций по поводу рака молочной железы. автореф. дис.…д-ра мед.наук: 14.00.51. Пятигорск, 2004. 30 с.
19.Владимиров, В. И. и др. Питьевые минеральные воды в восстановительном лечении онкологических больных [Текст] В. И. Владимиров, А. И. Лактионова, Н. Д. Полушина // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры : Двухмесячный научно-практический журнал. - 2004. - N4. - С. 16-19
20.Ганцев Ш.Х., Старинский В.В., Рахматуллина И.Р. и др. Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство. 2012. - 448 с.:
21.Грушина Т.И. Рекомендации по направлению онкологических больных на санаторно-курортное лечение // Физиотерапия Бальнеология Реабилитация –2003.-№ 3.-С.49-51
22.Грушина Т. И. Физиотерапия в реабилитации онкологических больных // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН . 2003. №2.
23.Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 240 с. http://www.acvita.ru/images/
24.Грушина Т.И. Физиотерапия у онкологических больных. — М.: Медицина 2001. — 208 с.
25.Грушина Т.И, Макарова М.Р. «Лечебная физкультура на этапах медицинской реабилитации больных раком молочной железы» № 35 утверждены 06.11.2013 г.
26.Грушина Т.И., Куликов А.Г. Методы физической терапии в реабилитации больных раком молочной железы III клинической группы с постмастэктомическим отеком. //Физиотерапия Бальнеология Реабилитация, 2015.-N 5.-С.
Луд Н. Г., Луд Л. Н. Реабилитации больных раком молочной железы // Вестник ВГМУ . 2008. №3.
Филоненко Е.В. Медицинская реабилитация в онкологии http://federalbook.ru/

Электронные ресурсы

http://www.acvita.ru/images/rehabilitation_oncology.pdf (дата обращения: 03.02.2016).
http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%209/VIII/filonenko.pdf (дата обращения: 28.01.2016).
https://oncorehab.online/info/article/all/all/
http://www.acvita.ru/images/rehabilitation_oncology.pdf (дата обращения: 03.02.2016).
http://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsiya-bolnyh-rakom-molochnoy-zhelezy
https://www.niioncologii.ru/science/inno/Онкопсихология_2017.pdf
federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%209/VIII/filonenko.pdf
http://kkz-unesco.ru/eko/sovescan.php
http://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-primeneniya-pitievyh-mineralnyh-vod-dlya-uluchsheniya-psihosomaticheskogo-sostoyaniya-posle-operatsiy-po-povodu-raka

Основные нормативные правовые акты

Профессиональная деятельность:

1. Конституция Российской Федерации.
2. Уголовный кодекс Российской Федерации.
3. Трудовой кодекс Российской Федерации.
4. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».
6. Приказ Минздрава России от 05.05.2016 № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения».
7. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»: Глава III. Защита прав потребителей при выполнении работ (оказании услуг): статья 28. Последствия нарушения исполнителем сроков выполнения работ (оказания услуг); статья 29. Права потребителя при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги).
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.10.2005 № 617 «О порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний».

Непрерывное медицинское образование:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Приказ Минздрава России от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении порядка и сроках совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»
3. Приказ Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
4. Письмо Минобрнауки России от 02.09.2013 № АК – 1879/06 «Руководителям образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования» «О документах о квалификации».
5. Инструктивное письмо Минобразования России от 21.11.2000 № 35-52-172ин/35-29 «О направлении Рекомендаций по итоговой государственной аттестации слушателей образовательных учреждений дополнительного профессионального образования».
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.10.2013 № 966 «О лицензировании образовательной деятельности» (вместе с «Положением о лицензировании образовательной деятельности»).
7. Приказ Минздрава России от 22.12.2017 № 1043 «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».
8. Приказ Минздрава России от 21.12.2018 № 898н «О несении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащий аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 1043н».

5.3 КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ

Преподаватели – специалисты, имеющие высшее медицинское образование, действующие сертификаты специалистов, а также удостоверения о повышении квалификации по профилю преподаваемого учебного модуля (темы).

Опыт деятельности в организациях соответствующей профессиональной сфере является обязательным.

Преподаватели обязаны повышать уровень своей квалификации не реже 1 раза в 5 лет по профилю преподаваемой модуля/темы и не реже 1 раза в 3 года по педагогической деятельности.

Список соавторов курса

1. Бутенко Алексей Владимирович

Доктор медицинских наук, профессор, Заместитель председателя Экспертного Совета Минздравсоцразвития РФ, член Экспертного Совета высшей аттестационной комиссии по категориям специальности "хирургия". Главный врач НМИИЦ онкологии им.Н.Н. Блохина

2.Грушина Татьяна Ивановна – доктор медицинских наук; Главный научный сотрудник отдела физиотерапии и рефлексотерапии, врач-онколог, врач-физиотерапевт

3. Еремушкин Михаил Анатольевич – доктор медицинских наук; Заведующий отделением ЛФК и клинической биомеханики

4. Кончугова Татьяна Венедиктовна- доктор медицинских наук, Главный научный сотрудник, Заведующая отделом физиотерапии и рефлексотерапии, врач-физиотерапевт

5. Каспаров Борис Сергеевич- кандидат медицинских наук, доцент;

Заместитель главного врача НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова по амбулаторной помощи, заведующий клинико-диагностическим отделением НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, врач-онколог

6. Семиглазова Татьяна Юрьевна, д.м.н, профессор

Заведующая отделом - ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова»

7. Степанова Александра Михайловна.

к.м.н. Заведующая отделением реабилитации отдела функциональной диагностики, интенсивной терапии и реабилитации центра реабилитации «Восстановление»

8. Обухова О. А., заведующая отделением реабилитации НМИИ онкологии им Н.Н.Блохина, эксперт по проведению искусственного питания и поддерживающей терапии в онкологии.

6. КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

В рамках освоения программы проводится текущий и итоговый контроль знаний и навыков слушателей.

Текущий контроль знаний проводится преподавателями самостоятельно в рамках теоретического и практического обучения. Форма текущего контроля выбирается преподавателем самостоятельно. Основные положения о текущем контроле знаний слушателей закреплены Положением о текущем контроле знаний слушателей, утвержденным ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России в установленном порядке.

Обучение по настоящей образовательной программе завершается итоговой аттестацией.

Общие положения об итоговой аттестации закреплены Положением об итоговой аттестации слушателей, завершающих обучение по программам дополнительного профессионального образования, реализующимся в ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, утвержденным в установленном порядке.

Цели, задачи, формы (этапы) итоговой аттестации, а также их продолжительность утверждены Программой итоговой аттестации к настоящей образовательной Программе.

Лица, освоившие настоящую образовательную программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

Методика оценки качества обучения при проведении итоговой аттестации, перечень контрольно-оценочных средств, а также эталоны ответов к ним содержатся в Фондах оценочных средств к дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Эффективное использование инфраструктуры терренкуров в санаторно-курортном лечении»

Приложение № 2 к приказу
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
от «20» января 2020 г. № 44

ПРИНЯТО
Решением Ученого совета
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
от «17» декабря 2019 г.
Протокол № 10

ПРОГРАММА ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ,
проводимой по завершению обучения по программе дополнительного профессионального образования – программе повышения квалификации «Teleoncorehab- основы и принципы реабилитации онкологических пациентов»
(срок освоения 72 часа)

Целью итоговой аттестации является определение практической и теоретической подготовленности слушателей к выполнению профессиональных задач.

В ходе проведения итоговой аттестации оценивается сформированность профессиональных знаний и практических навыков, а именно:

Знаний, включающих:

- – основы и принципы онкологической реабилитации и организации отделения реабилитации в стационаре онкодиспансера.
- – этапы реабилитации онкологических пациентов
- – основы лечебного питания для пациентов с нутритивной недостаточностью;
- – методы физической реабилитации онкологических пациентов;
- – методические особенности применения различных видов ЛФК и массажа;
- – основы реабилитации пациентов с РМЖ
- – основы реабилитации пациентов с раком легкого
- - основы реабилитации пациентов с раком области голова/шея (ОГШ)
- – основы реабилитации пациентов с опухолями костей и мягких тканей.
- - основы реабилитации пациентов с опухолями малого таза (онкогинекологией)
- - основы реабилитации пациентов с опухолями мочевыводящей системы
- - основы реабилитации пациентов с опухолями ЖКТ
- - основы организации реабилитации маленьких онкологических пациентов

Практических навыков и умений:

- - определять прогностическое значение различных патологических осложнений комбинированного противоопухолевого лечения при определении реабилитационного потенциала пациента;
- -ставить цель и задачи при реабилитации онкологических пациентов в зависимости от нозологии.
- -выбирать адекватные клиническому случаю диагностические и клинические «инструменты» - шкалы и опросники для детализации нарушенных функций.
- -составлять и объяснять пациенту индивидуальный план реабилитации.
- -тестирования онкологических пациентов в зависимости от нозологии и наличия нежелательных явлений
- - выбирать оптимальный набор реабилитационных «инструментов»;

— - определять прогностическое значения различных синдромов при реабилитации онкологических больных.
— - составлять индивидуальной программы реабилитации пациентов с различными онкологическими нозологиями.

А также сформированность новой профессиональных компетенции, необходимой слушателям для применения в профессиональной деятельности новых прогрессивных знаний в области основ реабилитации онкологических пациентов и готовность к применению принципов онкореабилитации в реабилитационных программах на этапе санаторно-курортного лечения.

Продолжительность итоговой аттестации – **1 академический час** (1 академический час=45 минут),

Итоговая аттестация проводится в форме зачета.
Зачет проводится в пределах объема знаний, умений и навыков, установленных настоящей образовательной программой.

Зачет проводится в форме тестирования.
Результаты итоговой аттестации вносятся в ведомость.

Методика оценки качества обучения при проведении итоговой аттестации, перечень контрольно-оценочных средств, а также эталоны ответов к ним содержатся в Фондах оценочных средств к дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Teleoncorehab-основы и принципы реабилитации онкологических пациентов»

Приложение № 3 к приказу
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
от «20» января 2020 г. № 44

ПРИНЯТО
Решением Ученого совета
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
от «17» декабря 2019 г.
Протокол № 10

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

повышения квалификации

«Teleoncorehab- основы и принципы реабилитации онкологических пациентов»

Москва – 2019

Фонд оценочных средств к программе повышения квалификации «Основы реабилитации онкологических пациентов», срок освоения 72 часа) ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, составили Т.В.Кончугова, М.А.Еремушкин, Т.И.Грушина, Б.С. Каспаров, К.О.Кондратьева, Т.Ю.Семиглазова, О.А.Обухова, А.М.Степанова, А.В.Бутенко) (2019г)

СОСТАВИТЕЛИ:

А. В. Бутенко/ _____
Ф.И.О. (подпись)

М. А. Еремушкин/ _____
Ф.И.О. (подпись)

Т. И. Грушина/ _____
Ф.И.О. (подпись)

К. О. Кондратьева/ _____
Ф.И.О. (подпись)

Т. В. Кончугова/ _____
Ф.И.О. (подпись)

Б. С. Каспаров/ _____
Ф.И.О. (подпись)

О. А. Обухова/ _____
Ф.И.О. (подпись)

А. М. Степанова/ _____
Ф.И.О. (подпись)

Т. Ю. Семиглазова/ _____
Ф.И.О. (подпись)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР:
Заместитель директора по научной деятельности,
д.м.н., профессор А. П. Рачин

ОБСУЖДЕНА И ОДОБРЕНА

Ученым советом
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России

Протокол № 10 от « 17 » декабря 2019 г.

Перечень совершенствующихся в результате освоения программы компетенций

В результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Основы реабилитации онкологических пациентов» слушатели должны сформировать новую профессиональную компетенцию: готовность к применению принципов онкореабилитации в реабилитационных программах на этапе санаторно-курортного лечения

Критерии оценки КОС

Итоговая аттестация проводится в форме зачета (тестирование).

Для оценки результативности вводится коэффициент, определяемый по формуле:

Кр=а/А, где

а - точность обучения, определяемая количеством правильно выполненных операций контрольного задания;

А - общее число операций в задании. Коэффициент результативности является индивидуальным показателем усвоения, в идеале он должен быть равен единице.

«Зачтено» - Если Кр находится в пределах 1-0,7.

«Не зачтено» - Если Кр ниже 0,7.

База контрольно-оценочных средств (КОС)

1.Реабилитационные мероприятия как правило продолжаются 3 недели:
1) в Германии
2) в Швеции
3) в Норвегии
4) в Финляндии

2.Какой приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от утверждает профессиональный стандарт "Специалист по медицинской реабилитации"
1) 572н
2)) 915н
3)) 923н
4) 104н

3.Структуры организма согласно Международной классификации функционирования — это:
1)Анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты
2) Физиологические функции систем организма, включая психические функции
3)Реализация функций и структур организма во взаимодействии с окружающей средой – активности и участия
4) Факторы окружающей пациента среды

4.Реабилитационный диагноз включает в себя:
1)Все варианты правильные
2)Критерии оценки функциональных последствий заболевания (травмы), включающий в себя
3)Описание возникшего повреждения и последовавших за этим нарушений бытовых и профессиональных навыков
4) Описание ограничений активности и участия в значимых для индивида событиях частной и общественной жизни
5) Описание влияния факторов окружающей среды, облегчающих или осложняющих выполнение основных функций

5.Укажите правильный вариант ответа:
1)Реабилитационный диагноз онкологического пациента устанавливается в категориях МКФ и является списком проблем пациента
2)Реабилитационный диагноз онкологического пациента устанавливается в категориях МКФ один раз и на всю жизнь
3)Реабилитационный диагноз онкологического пациента устанавливается в категориях МКБ и является списком проблем пациента
4)Реабилитационный диагноз онкологического пациента устанавливается согласно требованиям единой международной системы классификации онкологических болезней (TNM-классификации)

6.Биофизические эффекты от действия лазерного излучения включают:
1)миграцию электронно-возбужденных состояний;
2)электролитическую диссоциацию;
3)возникновение вихревых замкнутых токов;
4)механические колебания

7.Глубина проникновения в ткани лазерного излучения в большей степени зависит:
1)от длины волны
2)мощности светового потока
3)вязкости поглощающей среды
4)времени облучения

8. Глубина проникновения в ткани лазерного излучения инфракрасного диапазона составляет около
1)-6 - 7 см
2)-3-5 мм
3)-до 1 см
4)-2-3см

9.Лазерное излучение оказывает на организм действие:
1)противовоспалительное
2)седативное
3)стимулирующее нейромышечную активность
4)иммунодепрессивное

10. Правилами техники безопасности при работе с лазерами предусматриваются:
1)защитные очки для персонала,
2)мощные установки приточно-вытяжной вентиляции,
3)хлопковые перчатки,
4)обивка кабины тканью с микропроводом

11. Хорошими проводниками электрического тока являются:
1)физиологические жидкости
2)кожа
3)кости
4)мышцы

12.Для электростимуляции мышц используются токи
1)Синусоидальные модулированные
2)гальванические
3)высокочастотные
4)флюктуирующие

13.Импульсные токи дозируют по:
1)Силе тока
2)Частоте колебаний
3)времени проведения процедуры
4)мощности

14.В амплипульстерапии используется ток:
1)переменный синусоидальный
2)гальванический
3)постоянный треугольный
4)прямоугольный

15.Противопоказаниями к назначению импульсного электростатического поля являются:
1)Наличие кардиостимулятора

2)Наличие металлоконструкций в зоне воздействия
3)Гипертоническая болезнь
4)Выраженный отек мягких тканей

16.Перечень медицинских показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению изложен в Приказе Минздрава РФ:
1) от 7 июня 2018 г. № 321н
2)от 5 мая 2016 г.№ 281н
3)от 14 октября 2017 г. №632н
4)от 3 марта 2016 г. № 299

17.Бальнеотерапия включает в себя лечебное воздействие:
1)Минеральной водой
2)Пресной водой
3)Теплоносителями
4)Ионизированной водой

18.Онкологических больных III клинической группы можно направлять в местные санатории не ранее:
1)1-3 месяцев после выписки
2)полугода
3)8 месяцев
4)года

19. Онкологическому больному III клинической группы с гастростомой санаторно-курортное лечение
1)противопоказано
2)показано в местном санатории
3)показано в санатории с питьевыми минеральными водами
4)показано в специализированном санатории

20.Онкологическому пациенту III клинической группы на этапе санаторно-курортной реабилитации возможно проведение
1)циркулярного душа
2)душа Шарко
3)радоновых ванн
4)скипидарных ванн

21.Метод прессотерапии основан на подаче к телу пациента
1)сжатого воздуха
2)охлажденного воздуха
3)смеси инертных газов
4)озоно-кислородной смеси

22.Во время процедуры прессотерапии на тело пациента накладывают
1)герметичные манжеты
2)индукторы
3)специальные электроды
4)эластичные ленты

23.Противопоказанием к назначению прессотерапии является
1)тромбоз вен

2)хроническая венозная недостаточность
3)лимфедема
4)диабетическая ангиопатия

24.Время проведения процедуры прессотерапии составляет в минутах
1)40
2)20
3)10
4)70

25.В основе механизма действия прессотерапии лежит
1)волнообразное изменение давления воздуха
2)постоянное усиление давления сжатого воздуха
3)перемежающееся вакуумное воздействие
4)чередование режимов вакуума и компрессии

26.В методе магнитотерапии используются магнитные поля с частотой не выше в Гц
1)1000
2)500
3)100
4)30

27.Индукция магнитного поля измеряется в
1)теслах
2)амперах
3)ваттах
4)гауссах

28.В лечебных эффектах магнитного поля низкой интенсивности отсутствует действие
1)миостимулирующее
2)сосудорасширяющее
3)гипотензивное
4)противоотечное

29.Противопоказанием к назначению магнитотерапии является
1)выраженная гипотония
2)легочно-сердечная недостаточность 1 ст.
3)состояние после острого нарушения мозгового кровообращения
4)ИБС

30.В методе общей магнитотерапии на организм пациента воздействуют магнитным полем:
1)Вращающимся
2)Переменным
3)Постоянным
4)Пульсирующим

31.Физическая реабилитация включает:
1)Назначение двигательного режима.

2)Элементы психофизической тренировки.
3)Занятия лечебной гимнастикой.
4)Трудоустройство больного.

32.Выделяют следующие уровни реабилитационного потенциала:
1)оптимальный, средний, низкий.
2)Низкий, средний,
3)Высокий, средний, низкий, реабилитационный потенциал отсутствует.
4)I, II, III.

33.Сколько этапов включает в себя медицинская реабилитация:
1) 3
2) 4
3) 5
4) 2

34.Понятию лечебной физкультуры соответствуют термины:
1) физическая реабилитация
2) гидрокинезотерапия
3) рефлексотерапия
4) механотерапия

35.Отрицательное влияние неадекватных физических нагрузок у спортсменов исключает проявление
1)онкологических заболеваний
2)дефектов осанки
3)грыж межпозвонковых дисков
3)дистрофии миокарда

36.Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:
1)рака кожи
2)рака легкого
3)рака желудка
4)нет правильного ответа

37.Курение оказывает влияние на частоту
1) рака легкого, гортани, мочевого пузыря
2)рака легкого, яичников, мочевого пузыря
3) рака легкого, почки, щитовидной железы
4) рака легкого, желудка, толстой кишки

38.Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием при воздействии
1) в больших дозах
2) в малых дозах
3) не обладают канцерогенным действием
4) не доказано

39.Что включает психологическая реабилитация онкологических больных?
1) Восстановление/сохранение психического функционирования методами психокоррекции и психотерапии
2) Психологическую коррекцию психических расстройств

3) Информирование и психообразование онкологических больных
4) Улучшение общего качества жизни онкологических больных

40.В чем особенности психогенных реакций онкологических больных?
1) Психогенные реакции возникают в ответ на наличие жизне угрожающего заболевания
2) Психогенные реакции – патологический способ психического реагирования
3) Психогенные реакции имеют органическую природу
4) Психогенные реакции манифестируют только на госпитальном этапе лечения

41.Какие способы диагностики нарушения психического функционирования существуют?
1) Базовый набор МКФ и методы психодиагностики
2) Шкала психического функционирования EORTC QLQ-C30
3) Клинико-диагностическая беседа/сбор анамнеза
4) Шкала дистресса (Distress Thermometer)

42.Какие терапевтические подходы эффективны при аффективных формах психогений?
1)Когнитивно-поведенческая терапия/краткосрочная психодинамическая терапия/поведенческая терапия/когнитивная терапия/психообразование
2) Когнитивно-поведенческая терапия/психообразование
3) Интерперсональная терапия/психодинамическая терапия
4) Поведенческое управление стрессом/десенсибилизация

43. Для каких нозологий более характерны соматоформные реакции?
1) Злокачественные новообразования молочной железы, легкого, желудочно-кишечного тракта
2) Злокачественные новообразования женской репродуктивной системы, костей и мягких тканей, молочной железы
3) Злокачественные новообразования мочеполовой системы, молочной железы, желудочно-кишечного тракта
4) Злокачественные новообразования молочной железы, женской репродуктивной системы

44.Согласно рандомизированным клиническим исследованиям сколько процентов пациентов РМЖ испытывают психологические проблемы:
1)50%
2)25%
3)75%
4)100%

45.Продолжительность краткосрочных индивидуальных психотерапевтических сессий для пациентов с впервые диагностированным ЗНО молочной железы:
1)диапазон 9 –20 недель
2)диапазон 4 – 16 недель
3)диапазон 1 – 4 недели
4)диапазон 12 – 24 недели

46)Продолжительность эмоциональной поддержки во время первичного лечения РМЖ:
a) от 6 недель до 4 месяцев
b) от 2 недель до 6 месяцев

c) от 4 недель до 6 месяцев
d) от 2 недель до 12 месяцев

47)Какой физический метод является наиболее распространенным при реабилитации больных РМЖ:

1)Физические упражнения
2) Лазерное излучение
3) Магнитотерапия
3)Рефлексотерапия

48)При диффузной мастопатии не применяется:
1)все перечисленное
2)эстрогенные препараты
3)физиотерапия
4)секторальная резекция молочной железы
5. все перечисленное

49.У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является:
1) пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием
2)назначение физиотерапевтических процедур
3)маммография
4)назначение антибиотиков

50.Наиболее эффективным методом лечения предраковых заболеваний кожи является:
1) криодеструкция или хирургическое иссечение
2)противовоспалительная терапия
3)физиотерапия
4)мазевые повязки

51. Психосоциальные методы реабилитации пациентов РМЖ:

1)Все варианты правильные
2) Психообразовательные мероприятия
3)Когнтитивно-поведенческая психотерапия
4) Поддерживающая психотерапия

52.Наиболее распространенным и доступным методом диагностики постмастэктомической лимфедемы является:
1)линейное измерение длины окружности конечности на определенных уровнях
2)измерение объема вытесненной воды при погружении конечности в градуированную емкость с водой
3)КТ
4)ультразвуковое исследование

53.Какой приказ Министерства Здравоохранения утверждает порядок оказания медицинской помощи по профилю «онкология»:
1) 915н
2)923н
3)912н
4) 104н

54.Что не входит в перечень основных компонентов комплексных программ реабилитации пациентов раком легкого:
1) Нейролингвистическое программирование
2) Коррекция образа жизни
3) Применение технических средств реабилитации
4) Динамическое наблюдение

55.Какую технологию ФРМ применяют у пациентов раком легкого на предоперационном этапе:
1) Аэрозольтерапия
2) Вибротерапия
3) CPAP-терапия
4) Кинезиотейпирование

56.Какой физический метод является наиболее распространенным при реабилитации пациентов с опухлями головы и шеи:
1) Физические упражнения
2) Лазерное излучение
3) Магнитотерапия
4) Рефлексотерапия

57.Кто является основоположником биопсихосоциальной модели заболевания:
1)Д. Энгель
2)Н. Пирогов
3)И. Павлов
4) З. Фрейд

58.Кто из перечисленных специалистов должен входить в мультидисциплинарную бригаду по реабилитации пациентов с опухолями головы и шеи:
1)Гастроэнтеролог
2)Нейрохирург
3)Травматолог-ортопед
4)Психиатр

59.Показаниями к проведению нутритивной поддержки являются:
1) Потеря более 10% массы тела за предшествующие 6 мес.; ИМТ <20 кг/м2; гипопротеинемия <60 г/л или гипоальбуминемия <30 г/л; калорийность рациона менее 1500 ккал/сутки.
2) Потеря более 10 кг за предшествующие 6 мес.; ИМТ <20 кг/м2; гипопротеинемия <60 г/л или гипоальбуминемия <30 г / л; калорийность рациона менее 1500 ккал/сутки.
3) Потеря более 10% массы тела за предшествующие 6 мес.; ИМТ >20 кг/м2; гипопротеинемия <60 г/л или гипоальбуминемия <30 г/л; калорийность рациона менее 1500 ккал/сутки.
4) Потеря более 10% массы тела за предшествующие 6 мес.; ИМТ <20 кг/м2; гипопротеинемия <60 г/л или гипоальбуминемия <30 г/л; калорийность рациона более

1500 ккал/сутки.

60. В предоперационном периоде при сохранении возможности перорального приёма пищи применяют:

1)Готовые сбалансированные смеси с высоким содержанием белка для перорального приёма (сипинг) в дозе 400–600 мл, разделенные на 8-10 приемов в день, в течение 10-14 дней

2)Готовые сбалансированные смеси с высоким содержанием белка для перорального приёма (сипинг) в дозе 400–600 мл, разделенные на 8-10 приемов в день, в течение 3-5 дней.

3)Готовые сбалансированные смеси с высоким содержанием белка для перорального приёма (сипинг) в дозе 200–300 мл, разделенные на 8-10 приемов в день, в течение 10-14 дней

4)Готовые растворы для парентерального питания в дозе 400–600 мл, разделенные на 8-10 приемов в день, в течение 10-14 дней.

61.В послеоперационном периоде энтеральное питание начинается:

1) Через сутки после проведения хирургического вмешательства со скоростью 25 мл/час с доведением до необходимого объёма питания в течение 24–48 часов.

2)В течение первых 12 часов после проведения хирургического вмешательства со скоростью 25 мл/час с доведением до необходимого объёма питания в течение 24–48 часов.

3)Через сутки после проведения хирургического вмешательства начинается парентеральное питание со скоростью 25 мл/час с доведением до необходимого объёма питания в течение 24–48 часов.

4)Через 8 суток после проведения хирургического вмешательства со скоростью 25 мл/час с доведением до необходимого объёма питания в течение 24–48 часов.

62. Парентеральное питание проводится, если:

1) У пациента имеются противопоказания для проведения энтерального питания, стабильная гемодинамика; через сутки после операции; объем – 50 % от должного калоража в первые сутки после операции из расчёта 20 ккал / кг ИМТ.

2) У пациента имеются показания для проведения энтерального питания, стабильная гемодинамика; через сутки после операции; объем – 50 % от должного калоража в первые сутки после операции из расчёта 20 ккал / кг ИМТ.

3) У пациента имеются противопоказания для проведения энтерального питания, нестабильная гемодинамика; через сутки после операции; объем – 50 % от должного калоража в первые сутки после операции из расчёта 20 ккал / кг ИМТ.

4) У пациента имеются противопоказания для проведения энтерального питания, стабильная гемодинамика; через сутки после операции; объем – 50 % от должного калоража в первые сутки после операции из расчёта 40 ккал / кг ИМТ.

63. Препаратами для парентерального питания являются:

1) Растворы аминокислот, жировые эмульсии, концентрированные (более 20%) растворы глюкозы, системы «три в одном», растворы поливитаминов и микроэлементов.

2) Растворы альбумина (концентрация более 20%), жировые эмульсии, концентрированные (более 20%) растворы глюкозы, системы «три в одном», растворы поливитаминов и микроэлементов.

3)Свежезамороженная плазма, жировые эмульсии, концентрированные (более 20%) растворы глюкозы, системы «три в одном», растворы поливитаминов и микроэлементов.

4)Растворы аминокислот, жировые эмульсии, концентрированные (более 20%) растворы глюкозы, коллоиды, растворы поливитаминов и микроэлементов.

64. Целевыми значениями суточного рациона являются:
1) Белок: 1,2-1,5 г/кг массы тела в сутки; энергия: 28-30 ккал/кг массы тела в сутки.
2) Белок: 1,2-1,5 г/кг массы тела в сутки; энергия: 35-40 ккал/кг массы тела в сутки.
3) Белок: 0,5-1,0 г/кг массы тела в сутки; энергия: 28-30 ккал/кг массы тела в сутки.
4) Белок: 2,2-2,5 г/кг массы тела в сутки; энергия: 35-40 ккал/кг массы тела в сутки.

65. С целью улучшения кардиореспираторной выносливости и качества жизни рекомендовано:
1) Аэробные нагрузки средней интенсивности, 150 минут в неделю; выполнение комплекса упражнений с нагрузкой на основные группы мышц в домашних условиях, по 8-10 повторений в течение 15-20 минут 2-3 раза в неделю.
2) Аэробные нагрузки средней интенсивности, 30 минут в неделю; выполнение комплекса упражнений с нагрузкой на основные группы мышц в домашних условиях, по 8-10 повторений в течение 15-20 минут 2-3 раза в неделю.
3) Аэробные нагрузки средней интенсивности, 150 минут в неделю; выполнение комплекса упражнений с нагрузкой на основные группы мышц в домашних условиях, по 8-10 повторений в течение 40 минут 2-3 раза в неделю.
4) Аэробные нагрузки высокой интенсивности, 150 минут в неделю; выполнение комплекса упражнений с нагрузкой на основные группы мышц в домашних условиях, по 8-10 повторений в течение 40 минут 2-3 раза в неделю.

66. Ранняя мобилизация предполагает:
1. Занятия ЛФК с инструктором с 1-2 послеоперационных суток.
2. Занятия ЛФК с инструктором с 3-4 послеоперационных суток.
3. Занятия ЛФК с инструктором с 5-6 послеоперационных суток.
4. Занятия ЛФК с инструктором с 7-8 послеоперационных суток.

67. Какой нижний порог калорийности суточного рациона онкологического пациента, ниже которого показана нутритивная поддержка?
1) 1500 ккал/сут
2) 3000 ккал/сут
3) 2400 ккал/сут
4) 2000 ккал/сут

68. От чего НЕ зависят результаты реабилитации онкоортопедических пациентов?
1) От вида опухолевого образования
2) От объема опухолевого процесса
3) От планируемого объема хирургического вмешательства
4) От общесоматического статуса больного

70. От чего зависят сроки вертикализации больных после онкоортопедических операций?
1) Все варианты правильные.
2) От типа эндопротеза
3) От метода фиксации ножек эндопротеза
4) от вида опухолевого процесса

71.Что обуславливает более поздние сроки начала пассивной и активной разработки коленного сустава после резекции проксимального отдела большеберцовой кости с эндопротезированием коленного сустава?
1) Необходимость проведения пластического этапа

2) Больший объем кровопотери
3) Больший объем операции
4) Бесцементная фиксация ножек эндопротеза

72.Что рекомендуется избегать пациентам после эндопротезирования тазобедренного сустава в онкоортопедии?
1) Одновременное сгибание, приведение и внутренняя ротация конечности
2)Сгибать тазобедренный сустав на 60°
3)Сидеть на высоком стуле с подлокотниками, отведя оперированную конечность вперед
4) Одновременное сгибание, отведение

73. Какие выделяют типы фантомных болей?
1) все варианты правильны.
2) Каузалгические боли
3) Невралгические боли
4) Боли типа «крампи»

74.Какой характер болей типа «крампи»?
1) скручивающие, стискивающие
2) жгучие, палящие боли
3) боли подобно ударам электрического тока
4) стреляющие

75.Какая антибиотикопрофилактика включена в тактику fast – track?
1) Однократное введение непосредственно перед операцией за 40 – 60 минут
2) Проведение антибактериальной терапии только в послеоперационном периоде
3) Проведение антибиотикотерапии за неделю до операции
4) Отказ от антибиотикопрофилактики

76. Какие параметры мочеиспускания оцениваются при помощи дневника мочеиспускания?
1) Все варианты правильны
2) Эпизоды неудержимых позывов к мочеиспусканию
3) Эпизоды недержания мочи
4) Информация о питьевом режиме в дни заполнения дневника

77. Что из вышеперечисленного не применяется для коррекции приливов у онкогинекологических пациенток?
1) Электротерапия
2) Лечебная физкультура
3) Дыхательная гимнастика
4) Массаж

78.Что включает в себя профилактику постменопаузального остеопороза?
1) Употребление кальциевых витаминных добавок комплексов ив сочетании с ЛФК
2) Ограничение физической нагрузки
3) Массаж
4) Низкоинтенсивная лазеротерапия

79.Какой препарат по данным ASCO доказал свою эффективность в лечении периферической полинейропатии на фоне химиотерапии?
1) ингибитор обратного захвата серотонина и норэпинефрина (Дулоксетин)

2) Опиоидные анальгетики
3) Препараты группы НПВС
4) ничего из вышеперчисленного

80.Что включено в объем немедикаментозного обезболивания в послеоперационном периоде у онкоурологических пациентов?

1) Все варианты правильные.
2) Лечебная физкультура, лечение положением
3) Массаж
4) Чрескожная электростимуляция

81.Какие уростомические мешки предпочтительнее у пациентов с уростомой?

1)Двухкомпонентные, оснащенные сливным клапаном и антирефлюксным клапаном
2)Двухкомпонентные недренируемые
3)Однокомпонентные, дренируемые
4)Двухкомпонентные, дренируемые

82.Какой самый частый тип нарушений мочеиспускания после нервосберегающей радикальной простатэктомии?

1)Стрессовое недержание мочи
2)Ишурия парадокса
3)Ургентные позывы к мочеиспусканию
4)Обструктивное мочеиспускание

83.Какая назначается частота при проведении тибиальной нейромодуляции поверхностными электродами при недержании мочи?
1)5Гц
2)2 Гц
3)15 Гц
4)3 Гц

84.Какой в настоящее время наиболее предпочтительный метод отведения мочи у пациентов с обструктивным типом мочеиспускания?

1)Интермиттирующая самокатетеризация
2)Пассивное мочеиспускание
3)Установка постоянного катетера
4)Цистостомия

85.Что входит в объем лечения пациентов с эректильной дисфункцией после позадилонной радикальной простатэктомии?

1. все варианты правильны
2. ИФДЭ-5 (СИЛДИНАФИЛ)
3. вакуумные эрекционные устройства
4. интрауретральные суппозитории алпростодила(Medical Urethral System)

86.Как часто необходимо опорожнять стомный мешок при неоформленном стуле?

1)При заполнении его на 1/3
2)При заполнении его на ½
3)При полном заполнении стомного мешка
4)Его не надо опорожнять совсем

87.Сколько граммов клетчатки в день согласно рекомендациям Американской Ассоциации Онкологов необходимо человеку для коррекции запоров и профилактики рака толстой кишки?
1)35г
2)20 г
3)25г
4)30 г

88.Какой метод не относится к диагностике нарушений функции запирательного аппарата прямой кишки?
1)Трансректальное УЗИ
2)Сфинктерометрия
3)Аноректальная профилометрия
4)HRAM (аноректальная манометрия высокого разрешения)

89.Что входит в консервативную терапию синдрома низкой передней резекции прямой кишки?

1)Все нижеперечисленные ответы верные
2)Тибиальная нейромодуляция
3)БОС – терапия по показателям давления, либо по данным электрической активности сфинктеров
4)Упражнения на тренировку мышц тазового дна

90.Что такое дисфагия?

1) нарушение глотания
2)нарушение жевания
3) нарушение голоса
4) нарушение слюновыделение

91.Осложнения дисфагии

1)аспирация, пневмония, нарушение дыхания, обезвоживание, истощение
2)нарушение жевания, слюновыделения, глотания
3) нарушение голоса, речи, мимики
4) нарушение зрения, слуха, сна

92.Трахеопищеводное шунтирование после ларингэктомии проводится больным для восстановления
1) голосовой функции
2) дыхательной функции
3) речи
4) акта глотания

93.Что такое трахеостома?

1) это отверстие в дыхательном горле, созданное хирургическим путём
2)это хирургическое отверстие в стенке желудка
3)это свищ
4)это искусственный задний проход, который формируется в ходе хирургической операции

94.Положение о Научно-практическом совете по вопросам создания клинических рекомендаций Минздрава России утверждено Приказом Минздрава:
1)№102н от 28.02.2019
2)№101н от 28.02.2019
3) №104н от 28.02.2019
4)№103н от 28.02.2019

95. Фазами жизненного цикла клинических рекомендаций не является:
1)Коррекция
2)Апробация
3)Экспертиза
4) Ратификация

96. Какой вид исследования является наиболее качественным:
1)Мета-анализ
2) Рандомизированное контролируемое исследование
3) Когортное исследование
4) Исследование «случай контроль».