

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
**«ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК»**
(Томский НИМЦ)



УТВЕРЖДАЮ

Директор Томского НИМЦ

В.А. Степанов

« 30 »

мая 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Специальность
31.08.57 Онкология

Уровень высшего образования
Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Квалификация
Врач—онколог

Томск 2023

Составители:

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность
1.	Родионов Евгений Олегович	кандидат медицинских наук	старший научный сотрудник отделения торакальной онкологии НИИ онкологии Томского НИМЦ

Рабочая программа обсуждена и одобрена на заседании Учебно-методического совета.
Протокол № 2 от «22» мая 2023 года.

Секретарь Учебно-методического совета



А.Е. Тумашова

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология обсуждена и одобрена на заседании Ученого совета (протокол № 6 от «30» мая 2023 года).

1. Цели освоения дисциплины:

Целью изучения дисциплины «Реабилитация онкологических больных» является приобретение знаний по принципам, содержащимся в концепции, имеют значение и для профилактики, и для реабилитации в системе профессиональных, государственных, психологических, социально-экономических, медицинских и других мероприятий, направленных на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

В результате освоения программы врач-онколог, избравший факультативную дисциплину, должен изучить вопросы возможности реабилитации конкретного больного с учетом комплекса прогностических факторов: локализация и стадия опухоли, ее морфологического строения, характера проведенного лечения, степени анатомо-функциональных нарушений, общепатологических и социальных характеристик (возраст, пол, профессия).

Задачи программы:

- сформировать умения в освоении реабилитации, после оперативного лечения, химиотерапии, лучевой терапии,
- совершенствовать знания по помощи онкологическим больным при неврологических симптомах: слабость, компрессия спинного мозга, спутанность сознания, нарушения дыхания,
- подготовить врача-специалиста, владеющего показаниями к реабилитации следующих категорий больных с новообразованиями: рак легкого, рак молочной железы, рак толстой кишки, меланома кожи и другие
- назначать лечение онкологическим больным при ряде заболеваний, особенно на ранних стадиях, целью которого является полное излечение или, особенно при распространенном опухолевом процессе, не только достижение максимально выраженного клинического эффекта, но и увеличение продолжительности и улучшение качества жизни.

2. Место дисциплины в структуре

основной профессиональной образовательной программы (ОПОП)

Дисциплина «Реабилитация онкологических больных» относится к факультативной дисциплине ФТД.1 основной профессиональной образовательной программы ординатуры Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.57 Онкология.

3. Требования к результатам освоения дисциплины

Компетенции ординаторов, формируемые в результате освоения дисциплины

Дисциплина реабилитация онкологических больных способствует формированию следующих компетенций, предусмотренных ФГОС ординатуры по специальности «Реабилитация онкологических больных»:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).

4. Результаты обучения по дисциплине

В результате освоения дисциплины ординатор-онколог должен:

Знать:

1. Общие вопросы организации реабилитации онкологических больных в стране, работу лечебно-профилактических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи.
2. Основы социальной реабилитации.
3. Принципы восстановительной, преследующая полное или частичное восстановление трудоспособности, как правило, для больных с благоприятным прогнозом
4. Основы поддерживающей реабилитации, связанной с потерей трудоспособности, инвалидизацией, адаптации пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе в группах больных с Пб-III стадией заболевания.
5. Принципы паллиативной, направленной на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли, что обуславливает неблагоприятность прогноза жизни.
6. Назначение функционально щадящего и органосохранного лечения злокачественных опухолей основных локализаций.
7. Основные принципы функционально-щадящего лечения: совмещение этапов хирургического удаления опухоли и хирургической реабилитации для больных I-II ст. и большей части III ст. с внедрением в онкологию реконструктивно-пластического компонента восстановления пораженного органа.

уметь:

1. Определять медицинские показания и противопоказания к проведению социальной и медицинской реабилитации онкологических больных.
2. Составлять рациональный план восстановительной, преследующей полное или частичное восстановление трудоспособности для больных с благоприятным прогнозом
3. Назначать проведение поддерживающей реабилитации, связанной с потерей трудоспособности, инвалидизацией, адаптации пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе в группах больных с Пб-III стадией заболевания.
4. Выполнять паллиативную, направленную на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли, что обуславливает неблагоприятность прогноза жизни.
5. Назначать функционально щадящее и органосохранное лечение злокачественных опухолей основных локализаций.

владеть:

1. Методиками определения медицинских показаний и противопоказаний к проведению социальной и медицинской реабилитации онкологических больных.
2. Методиками составления рационального план восстановительной, преследующей полное или частичное восстановление трудоспособности для больных с благоприятным прогнозом.
3. Методиками назначения проведения поддерживающей реабилитации, связанной с потерей трудоспособности, инвалидизацией, адаптации пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе в группах больных с Пб-III стадией заболевания.
4. Методиками паллиативной, направленной на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли, что обуславливает неблагоприятность прогноза жизни
5. Показаниями к назначению функционально щадящего и органосохранного лечения злокачественных опухолей основных локализаций

5. Трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетную единицу (36 часов).

Трудоемкость	Количество часов
Общая	36
в том числе:	
Лекции	
Практические занятия	26
Самостоятельная работа	10
Вид итоговой аттестации	Зачет

6. Структура и содержание дисциплины

7.

6.1. Виды учебной работы

Разделы дисциплины	Количество часов по видам занятий		
	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа
Реабилитация онкологических больных	-	26	10
Тема 1. Группы вариантов клинического течения злокачественных заболеваний	-	4	2
Тема 2. Социальные аспекты реабилитации онкологических больных	-	4	2
Тема 3. Психологические аспекты реабилитации онкологических больных	-	5	2
Тема 4. Трудовые аспекты в реабилитации онкобольных	-	4	2
Тема 5. Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации онкобольных	-	4	1
Тема 6. Деонтология в онкологии	-	3	1
Зачет		2	

6.2. Содержание дисциплины

Тема 1. Группы и виды вариантов клинического течения злокачественных заболеваний.

Содержание: Комитетом ВОЗ определены следующие виды реабилитации:

- **Медицинская** - путем хирургического, лекарственного и санаторного лечения, психо, физико- и трудотерапии, протезирования и социальным обеспечением комплексирующих функций и косметических дефектов тех или иных органов;
- **Профессиональная** - путём переподготовки, обучения лиц, утративших трудоспособность, профессиям, доступным им по состоянию здоровья;
- **Социальная** - путем реинтеграции больного в обществе, семье, снижения экономических потерь и повышения общественной полезности.

Тема 2. Социальные аспекты реабилитации онкологических больных.

Возвращение онкобольных к трудовой деятельности - важнейший, но не единственный и не однозначный результат восстановительного лечения. Оптимальным вариантом процесса реабилитации следует считать возвращение онкобольного к дооперационному образу жизни. Ситуация онкологического заболевания обрекает больного на отсутствие уверенности в его жизненных перспективах.

Группа медицинских показателей, которая регулирует поведение больного со стороны Объективно сложившейся ситуации онкозаболевания:

1. Характер оперативного вмешательства.
2. Дополнительные методы лечения.

3. Психогенные нарушения.
4. Срок давности радикального лечения.
5. Степень анатомо-функциональных нарушений, связанных с основным заболеванием и методами его лечения.

Эта группа показателей находится под непосредственным контролем онкослужбы и онкоМСЭК. Итогом деятельности обеих этих служб является оценка состояния здоровья, перспектив дожития, степени инвалидизации и трудоспособности онкологических больных. Таким образом, объективные медицинские данные о результатах лечения в онкоучреждении, контрольные свидетельства районных онкологов и экспертные заключения онкоМСЭК являются основанием для выработки реабилитации в послеоперационном периоде. Однако, в процессе социальной реабилитации субъективная сторона вопроса зачастую оказывается более значимой и в большей степени определяет его направление. Сюда относятся следующие факторы:

1. Мотивация возвращения к труду - на первом месте мотив “не представляю жизни без работы”, на втором месте - желание сохранить семейный бюджет, на третьем месте - желание работать как все здоровые (социальное самоутверждение), на четвертом - заработать хорошую пенсию. Причем, мотивация зависит от социальнопрофессиональной принадлежности больных. Так, у лиц физического и не физического труда высшего образования чаще мотив - сохранить семейный бюджет. У лиц умственного труда “не представляю жизни без работы”.

2. Мотивация отказа от возвращения к труду - это на 1 -ом месте семейные обстоятельства, на 2-ом - боязнь оказаться на особом положении в коллективе (боязнь изоляции в обществе).

3. Ценностные ориентации личности, которые обнаруживают себя в мотивации и реальном поведении больного, в частности, в отношении к вопросу о возвращении к труду. Примеры ценностно-ориентационных суждений:

- А) самое важное в жизни - здоровье, без этого все остальное теряет смысл;
- Б) “Здоровье важно, но есть вещи, не менее важные - семья, работа”;
- В) если слишком много внимания уделять здоровью, то жизнь становится однообразной и тягостной.

Среди тех, кто не считает здоровье главной ценностной ориентацией, в основе возвращения к труду лежат мотивы “не представляю жизни без работы”. Среди тех, кто здоровье считает высшей ценностью, преобладает мотив “желание сохранить семейный бюджет”.

4. Роль семьи и взаимоотношений в ней. От атмосферы в семье, поддержки больного, внимания к его нуждам и запросам, реальной оценки его физических возможностей после перенесенного заболевания 'зависит психоэмоциональный и социальный настрой, жизненная позиция, настроение и выбор многих решений на будущее. Активная моральная поддержка близких обуславливает позитивную мотивацию возвращения к труду, т.е. создание онкобольным оптимальных условий для социальной реабилитации должно опираться на изучение комплекса субъективных и объективных детерминант, определяющих собой этот сложный процесс.

Тема 3. Психологические аспекты реабилитации онкологических больных

Главная психологическая проблема в онкоклинике - это реакция личности на болезнь. На практике замечен большой разрыв между современными, постоянно усложняющимися методами специального лечения и уровнем знания практических врачей об особенностях психического статуса онкобольных. Это отрицательно влияет на характер, течение, эффективность лечения, на психическую активность больных, возможности их социально-трудовой реабилитации и, в конечном счёте, на продолжительность жизни. Онкозаболевания ставят перед больным сложные психологические проблемы. Больной находится в серьезнейшей стрессовой ситуации. Длительное, тяжёлое заболевание,

госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, угроза смерти-разрушают привычные стереотипы поведения, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Врачи должны осознать, что вопрос, какую жизнь будет вести больной после лечения, не менее важен, чем то, каковы будут результаты лечения. Процесс реабилитации не должен быть ограничен рамками проведения ЛФК, протезирования, реконструктивных операций, медикаментозной терапии. Это системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного особым методом; содержание его состоит в опосредовании через личность лечебновосстановительных воздействий и мероприятий. То есть реабилитация - это активный процесс, в котором больной выступает не просто “потребителем” лечения, а партнером и, как следствие, предполагает особую активность со стороны врача и больного. У онкобольного в силу тяжести заболевания, неопределенности прогноза, невозможности планирования жизненных целей на первый план выходит мотив “сохранения жизни”. Доминирование этого мотива ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению жизненной активности, разнообразных “уходов” в болезнь, в работу, в семью, в общественную деятельность. Нужно помочь больному создать новый смысл жизни, новые цели. Для больного должна быть сформулирована цель реабилитационной программы, предложена модель его возможного будущего, созданная с учётом характерологических, личностных качеств, сохраненных звеньев его мотивационной сферы и использование личностно значимых целей. Если нарушено правильное соотношение целей реабилитационной программы и индивидуальных целей больных, утрачивается личностный смысл этих мероприятий, появляются больные, не поддающиеся восстановительному лечению, склонных извлекать “пользу” из своего состояния, удовлетворяться полученной инвалидностью и требовать особенного к себе отношения от окружающих. Психологические трудности онкобольного связаны не только с угрозой жизни. Проведённое лечение, калечащие операции ставят перед ними профессиональные, бытовые, семейные проблемы. Восстановительное лечение, связанное с управлением механизмом адаптации больного, должно строиться с учетом изменения мотивационных структур. В психокоррекционной работе нужно ориентироваться на формирование таких целей, которые, становясь в дальнейшем мотивами, возвращают больного к активной и полноценной жизни. Другой важной задачей является корректирование целей, приводящих к патологическому развитию личности, “уходу в болезнь”. Необходимо проводить мотивационную психотерапию. Следует приветствовать метод проведения всех психокорректирующих мероприятий в группах онкобольных, которые часто формируются спонтанно. Этот метод коллективной терапии считается очень эффективным. Практически должны быть определены возможности дальнейшей профессиональной деятельности, при невозможности её продолжения, должен быть предложен тот круг занятий, который может заменить больному трудовые отношения: работа в семье, забота о близких и т.д. В идеальном случае реабилитация должна заканчиваться профессиональной переориентацией и профессиональным переобучением. Нужно также не забывать бытовые, социальные и профессиональные затруднения, с которым столкнется больной после выписки из стационара.

Тема 4. Трудовые аспекты в реабилитации онкобольных

Основной целью трудовой реабилитации являются трудоустройство инвалидов и их адаптация в семье и обществе. Для успешного проведения трудовой реабилитации необходимы:

- 1) точное определение физических и профессиональных возможностей пациента;
- 2) оценка требований, предъявляемых профессией инвалиду;

3) правильное определение соответствия способностей больного требованиям профессии;

В результате проведения медицинских реабилитационных мероприятий могут быть получены следующие результаты:

- 1) достаточно полное восстановление трудоспособности с возможностью возвращения к труду;
- 2) неполное восстановление - прежняя работа возможна только при определенных (облегченных) условиях;
- 3) полное восстановление как результат переобучения и переход на другую работу;
- 4) приобретение простейших навыков и возможностей самообслуживания;
- 5) отсутствие эффекта восстановления.

Вместе с тем необходимо иметь в виду, что часть больных, которые не вернулись к трудовой деятельности, тем не менее получили возможность улучшить “качество жизни”, что может быть оценено по модифицированной “шкале Карновского” и должно учитываться в процессе оценки эффективности реабилитации:

100% - жалоб и проявлений заболевания нет;

80% - нужно изменить прежний образ жизни, часто бывает нетрудоспособным;

60% - требует периодической медицинской и бытовой помощи, обслуживает себя с трудом;

40% - необходима постоянная медицинская помощь, постоянный уход;

20% - очень слаб, нуждается в постоянной госпитализации и в активной поддерживающей терапии.

Вся реабилитационная работа осуществляется бригадой специалистов, где особенно важна роль лечащего врача, на которого больной возлагает надежды, от его опыта, умения, знания и активности зависит успех реабилитационных мероприятий..

Тема 5. Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации онкобольных.

В жизни ВКК отказывают в курортном лечении больным, которые когда-либо лечились по поводу злокачественных новообразований. В настоящее время онкологи твердо придерживаются мнения, что санаторно-курортное лечение является существенным звеном в комплексе реабилитации онкобольных после проведенного радикального лечения. Этот вид восстановительной терапии может быть использован у онкологических больных после радикального лечения по поводу злокачественных новообразований (хирургического, лучевого и комплексного) при отсутствии рецидивов и метастазов. Больные могут направляться только в местные санатории для общеукрепляющего лечения при общем удовлетворительном состоянии. Санаторно-курортную карту выдает лечащий или диспансерный врач по предъявлении справки онколога, удостоверяющего, что в результате наблюдения и обследования больного не установлено рецидивов и метастазов злокачественной опухоли. Противопоказаниями к направлению в санаторий:

1. Больные, находящиеся на обследовании с подозрением на наличие рецидивов и метастазов опухоли.

2. Больные с выраженными последствиями проведенного радикального лечения, требующие специальной терапии: с лучевыми поражениями и кожными язвами, лейкопенией ниже 2500-3000 лейкоцитов, тромбоцитопенией ниже 100000, анемией с гемоглобином ниже 66,6 г/л (40%); хирургического лечения (после обезображивающих операций по поводу опухолей головы и шеи, лица, не подлежащие протезированию; с незаконченной пластикой пищевода, фарингостомы, кишечными свищами, незаживающими ранами, недержанием мочи и кала);

3. Больные, не способные обслуживать себя и требующие постороннего ухода.

4. Больные с острым или хроническим психозом.

Специфические особенности лечения онкобольных в санаторно-курортных условиях

1. Наряду с общеукрепляющим лечением, коррекцией обменных нарушений и лечением сердечно-сосудистых заболеваний им, как правило, показана коррекция нарушений психоэмоциональной сферы. Им обязательна лечебная физкультура (тонизирующий или тренировочный режим), в ряде случаев желательно назначение таких препаратов, как ноотропил, пирацетам, пиридитол, энцефабол. Улучшая метаболизм в нервных структурах, эти препараты способствуют нормализации корковых процессов. Пожилым людям с проявлением атеросклероза сосудов мозга нужно назначать амилолон 0,75 г в сутки, стугерон.

2. Коррекция обменных нарушений. При снижении массы тела, аппетита показаны анаболики, включая анаболические гормоны типа нерабола, нераболила, ретоболила (но при раке предстательной железы они противопоказаны). При ожирении-после лечения оно бывает фоном возникновения рака, результатом усиленного питания после радикального лечения, результатом применения гормонального лечения или сдвигов в гормональном балансе (рак щитовидной железы -тиреоидэктомия) показан тироксин по 0,3 в сутки или трийодтиронин по 150 мг в сутки. 3. Коррекция нарушений сердечно-сосудистой системы. Чаще эти нарушения проявляются дистрофией миокарда. Происхождение их сложное: длительный эмоциональный стресс, нарушение гормонального баланса, особенно у молодых женщин (последствия гормональной и цитостатической терапии), обменные нарушения. Клиническая дистрофия миокарда протекает или бессимптомно, или проявляется болями в области сердца, не характерными для ишемии или экстрасистолией. Необходима дифференциальная диагностика болей в сердце и ишемических болей при дистрофии миокарда: анамнез, функциональные пробы с ЭКГ. Если при дозированной физической нагрузке показатели ЭКГ ухудшаются, это свидетельство в пользу ишемической болезни. Можно для дифференциального диагноза использовать фармакологические пробы, например, калиевая - если это дистрофия, после приема препаратов калия по обычной методике, ЭКГ нормализуется).

Лечение дистрофии миокарда: сердечные анаболические препараты – рибоксин в среднем 0,6 в сутки, оротат калия до 1,5 г в сутки, препараты калия, панангина (аспаркам - 1-3табл. в сутки, 10% р-р хлорида калия). Если дистрофия гормонального характера, хороший эффект от комбинированных препаратов, нормализующих вегетативную нервную систему - беллоид/белласпон, беллатаминал/, лучшие в сочетании с бромидом /бромкамфора по 0,75 в сутки, микстура Кватера.

Лечение гипертензии. Она характерна для некоторых локализаций: рака эндометрия, молочной железы, толстой кишки. При этом рекомендуется: верошпирон до 45-100 мг в сутки.

Общеукрепляющая терапия.

В комплекс лечебных мероприятий у онкобольных следует включать:

- Адаптогены - экстракт элеутерококка (до 3-х ч. ложки в сутки), настойку женьшеня, пантокрин. Все они повышают неспецифическую резистентность организма, в том числе - противоопухолевую.

- Витамины - аскорбиновая кислота, В, В2, В6, А, Е, В12 назначать по строгим показаниям - например, фолиево-дефицитная анемия после экстирпации желудка. Дозы В1230-60 мкг 1-2 раза в неделю. В высоких дозах вит. В12 онкобольным назначать не следует.

Элементы комплексного курортного лечения для онкобольных.

Курортный режим, диетотерапия, питьевое, бальнеологическое, климатическое лечение, лечебная физкультура, при показаниях - медикаменты.

1. Грязевое лечение и гелиотерапия для онкобольных противопоказаны независимо от давности заболевания.

2. Бальнеологическое лечение ограничивается применением минеральных ванн при температуре не выше 36-37 град., а также душей - дождевых, циркулярных, игольчатых, можно ванны кислородные на морской воде (температура 36-37° в течение 10 мин).

Коррекция нарушений желудочно-кишечного тракта.

Прием минеральной воды внутрь стимулирует секрецию пищеварительных желез, оказывает противовоспалительное действие, способствует снятию спазмов гладкой мускулатуры внутренних органов. Показаны слабоминеральные воды (4-5 г/л). Минеральную воду по 150-200 мл 3 раза за 30-60 минут до еды. При дискинезиях кишечника - микроклизмы, кишечные души, сифонные промывания минеральными водами. Из курортов показан Железноводск, Сары-Агач. Диетотерапия - универсальным является дробный режим питания (5-6 раз в сутки), уменьшение объема одновременно съедаемой пищи, медленный приём пищи. Таким образом, система реабилитационных мероприятий у онкологических больных требует междисциплинарного подхода - медицинского, социально-психологического и должно применяться с момента установления диагноза, госпитализации больного и продолжаться в процессе последующей диспансеризации после выписки.

Тема 6. Деонтология в онкологии. Медицинская деонтология (от греч. - деон - долг, должное, logos - слово, наука) - наука о долге медика перед больным и перед обществом, т.е. наука о врачебном долге. Актуальность деонтологических вопросов в онкологии обусловлена, в основном, двумя обстоятельствами. Во-первых, при злокачественных опухолях самоизлечения не бывает, и выздоровление больного всецело зависит от компетенции врача и использования им всех имеющихся средств лечения. Во-вторых, среди населения и некоторой части медицинских работников распространено пессимистическое мнение о бесперспективности лечения злокачественных опухолей, что в настоящее время существенно препятствует достижению практических успехов. В связи с этим каждый врач должен иметь максимальную ясность в линии поведения у постели онкологического больного. В медицине очень давно сложился нравственный идеал врача - сплав наиболее существенных качеств и черт таких, как чуткость, душевность, отзывчивость, порядочность, глубокие профессиональные знания. Общение врача с онкологическими больными без соблюдения этих идеалов, по существу принципов деонтологии, недопустимо.

Выделяют два принципиальных положения, определяющих тактику врача по отношению к онкологическому больному:

- a. оптимальное использование диагностических процедур и лечебной помощи должно осуществляться с максимальным щажением психики больного;
- b. каждый больной злокачественной опухолью подлежит лечению.

Уже начиная с периода первичного обследования онкологический больной испытывает тяжелый эмоциональный стресс, проявляющийся признаками тревоги, страха, депрессии. Поэтому с первых слов врач должен успокоить больного, расположить его к себе, завоевать доверие. Прежде всего надо понять, что ждет от врача больной. Ему недостаточно сострадания, сочувствия. Больной ищет и ждет помощи специалиста, умного и заботливого человека, способного распознать и побороть болезнь. Больной хочет видеть, что у врача есть искреннее желание оказать ему необходимую лечебную помощь. Убедить больного в этом - первый долг врача. Исследование больного нужно проводить очень внимательно, не торопясь. Поспешность врача при проведении обследования отрицательно действует на больного, и он расценивает это как бестактность и невнимание со стороны врача. Важным принципиальным положением в деонтологии представляет собой надлежащая информация больного о диагнозе, прогнозе и способах лечения. Очень часто онкологические больные в силу заинтересованности своим диагнозом, следовательно, возможным исходом болезни, различными путями, дозволенными и недозволенными, пытаются узнать правду о своей болезни. Знакомство с данными истории болезни нередко приводит к непоправимой психической депрессии и никакими "успокаивающими" беседами вернуть человеку душевный покой невозможно. Поэтому с деонтологических позиций нельзя допускать, чтобы в руки больного попадала медицинская документация и данные, подтверждающие диагноз злокачественного новообразования. Следует соблюдать

предельную осторожность при разговорах по телефону о больном, анализе рентгенограмм и результатов специальных методов исследований в присутствии больного.

1. Сообщать ли истинный диагноз онкологическим больным? Многие отечественные исследователи считают, что сокрытие диагноза, неопределенность создают высокую эмоциональную напряженность. Оные считают, что правильнее будет, если всю, даже отрицательную, информацию доводить до больного. Это якобы имеет терапевтический характер, т.к. больной, находясь в онкоучреждении, все равно не верит в доброкачественный характер заболевания, и это утверждение не оправдывается в дальнейшем.
2. *Другая точка зрения:* ни в коем случае не сообщать диагноз, чтобы уберечь больного от травмирующего воздействия и на любой стадии заболевания оставить надежду на выздоровление.

Есть такое мнение, что неопределенность может нести и защитные функции. В сущности, и знание диагноза не снимает неопределенности в смысле прогноза. Таким образом, видимо, в такой ситуации лучше, если больной будет не до конца знать, что с ним, чем, зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить. Правильно будет деонтологический подход к решению вопроса о сообщении диагноза основывать на понимании особенностей осознания заболевания онкобольным. Безусловно, полное отсутствие информации о болезни невозможно. С другой стороны, не следует преувеличивать глубины осознанности ситуации больным. На любом этапе лечения у больного имеются психологические защитные ресурсы, помогающие адаптироваться в сложившейся ситуации, они должны быть использованы в терапевтической тактике. Неопределенность, постнегативный характер лишь на начальном, диагностическом этапе - вероятность диагноза "рак" пугает. В условиях же уже начавшегося лечения она приобретает адаптивные функции и становится ядром психологической защиты. Такая защита необходима в связи с неопределенностью прогноза, его объективной и субъективной опасностью. Однако "отказ больного от операции на основе дезинформации, сделанной как-будто из деонтологических соображений, сводит на нет все деонтологические принципы (Н.Н. Блохин, 1977). Врач должен очень осторожно, строго индивидуально подходить к каждому конкретному случаю, учитывать личностные особенности, степень "психологической стабильности" больного. Обычно оправдывает себя выжидательная тактика. При первой встрече с больным нужно выяснить его отношение к заболеванию. Нельзя в категорической форме отрицать заболевание, преуменьшить тяжесть возможного хирургического лечения и вместе с тем нельзя лишать больного уверенности и надежды на благоприятный исход. Онкологические больные, подлежащие специальному лечению, нуждаются в психологической подготовке. Система убеждений должна быть построена с большой осторожностью и в то же время с убеждением о необходимости проведения того или иного специального метода лечения, включая хирургическое. Больному следует разъяснить, что перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства. Наряду с этим следует максимально смягчить тревогу больного по поводу дальнейшего существования. Иногда следует заострить внимание больного на опасные осложнения, указав в зависимости от пораженного органа на возможность кровотечения, перитонита, объяснив больному, что риск операции намного меньше, чем опасность самой болезни. Если в подобных ситуациях приходится говорить об опухоли, то это должно быть сказано не в виде достоверности, а только как серьезное предположение. В безвыходной ситуации, если иным путем не удастся убедить больного к лечению, врач операбельным больным может сообщать больному правду о его заболевании (Б.Е. Петерсон, 1974).

Врач не имеет права разглашать сведения об онкологическом больном посторонним лицам. В то же время родственники и наиболее близкие больному люди должны быть полностью информированы о диагнозе, лечении и прогнозе. Разговор с ними должен проходить в отсутствие больного. Их следует предупредить о нежелательности огласки

сведений о характере заболевания и проинструктировать о том, какой версии следует придерживаться в разговоре с больным. Родных нужно информировать объективно, но по возможности оставить надежду на благоприятный исход. Цель, которую преследует врач в беседе с родственниками, зависит от конкретной ситуации. Так, если у больного впервые обнаружена злокачественная опухоль, подлежащая эффективному лечению, родственники и друзья должны помочь убедить его в необходимости лечения. Родственников часто интересует возможная продолжительность жизни больных с запущенными формами рака. Указывать, даже ориентировочно, какие-либо сроки не следует. Конкретный ответ в такой ситуации тяжело воспринимается родными, а естественная ошибка в ту или иную сторону роняет авторитет врача.

Общие требования к ординаторам, курирующим онкологических больных. Н.Н. Трапезников и А.А. Шайн (1992) сформулировали строгие деонтологические правила, которых должен придерживаться студент во время пребывания в онкологической клинике, курируя больных. Студент не должен являться для больного источником неблагоприятной информации. Он не имеет права говорить больному о диагнозе, о сомнительном или неблагоприятном прогнозе. Следует помнить, что все сведения о диагнозе, методах лечения и прогноза могут исходить только от лечащего врача. Студент не должен сообщать конкретные данные о результатах исследований, демонстрировать больным рентгеновские снимки, сканограммы и т.д. Имея доступ к медицинской документации, студент должен исключить возможность ознакомления больного с историей болезни и другими медицинскими документами.

Доклады на обходах. Докладывая о больных, запрещается в палате употреблять термины “Злокачественная опухоль”, “рак”, “саркома”, “метастазы” и т.д. Вместо них используют малозначащие для непосвященного слова: “Заболевание”, “органическая патология”, “язва”, “сужение”, “затемнение” или называют то заболевание, на которое ориентировал больного лечащий врач. Больные очень внимательно прислушиваются не только к сообщениям во время обхода сведениям, но даже к интонации голоса докладывающего. Доклад о больном должен быть кратким, но в то же время четким и ясным. В нем нужно отразить жалобы, основные данные анамнеза, результаты исследований, подтверждающие диагноз, характер планируемого или выполненного лечения и особенности послеоперационного периода. Нельзя на обходах заострять внимание на ошибках врачей, допущенных до поступления больного в клинику, выразить сожаление, что больной поздно обратился за помощью, говорить о плохом качестве рентгеновских снимков и т.д. Все сведения, о которых больной не должен быть информирован, докладываются вне палаты.

Информировать родственников о характере заболевания, предполагаемом лечении и прогнозе студент не имеет права. По этим вопросам студент должен направить родственников к лечащему врачу. Таким образом, при работе с больными злокачественными новообразованиями соблюдение этических и деонтологических принципов имеет особое значение, так как онкология - особая область медицины, где одинаково важное значение имеет как высокая профессиональная подготовка врача, так и умение его контактировать с больным человеком. Нарушение этого единства может весьма печальным образом отразиться на судьбе пациента.

7. Самостоятельная работа ординаторов

Самостоятельная работа ординаторов по дисциплине «Реабилитация онкологических больных» включает в себя:

- работу с литературными источниками информации и с электронными образовательными ресурсами по изучаемому разделу и конкретным нозологиям,
- работу с медицинской документацией,
- работу над квалификационными тестами и ситуационными задачами,
- подготовку рефератов и докладов на тему реабилитации больных

- подготовку презентаций по вопросам реабилитации онкологических больных

Темы для рефератов

1. Особенности реабилитации больных опухолями головы и шеи
2. Реабилитация онкологических больных: медико-социальные и экономические аспекты.
3. Особенности реабилитации онкологических больных.
4. Инвалидность как медико-социальное последствие лечения опухолей органов грудной клетки
5. Особенности реабилитации больных опухолями желудочно-кишечного тракта.
6. Социально-медицинская работа с лицами, страдающими онкологическими заболеваниями.

7. Образовательные технологии

Рекомендуемые образовательные технологии: семинарские занятия, самостоятельная работа ординаторов.

При проведении занятий используются активные и интерактивные формы занятий в сочетании с внеаудиторной работой.

Весь курс построен на основе современных информативных критериев диагностики, лучевого лечения и реабилитации больных. Занятия проводятся с применением современных средств демонстрационных ММ-презентаций. Получение профессиональных знаний осуществляется путем изучения предусмотренных учебным планом разделов дисциплины на семинарских занятиях, клинических обходах, проводимых профессорско-преподавательским составом в рамках отведенных учебным планом и программой часов.

Семинарские занятия проводятся в интерактивной форме, ординаторы готовят презентации, доклады, обмениваются мнением по проблематике семинара. Предусматривается самостоятельная работа с литературой. Изучение каждого раздела заканчивается семинаром или тестовым контролем, подготовкой рефератов, собеседованием.

8. Формы текущего, промежуточного и итогового контроля

Текущий и промежуточный контроль качества усвоения знаний по дисциплине «Реабилитация онкологических больных» проводится в форме опроса, тестирования и/или решения ситуационных задач в процессе и по окончании изучения каждого раздела.

Итоговый контроль проводится в форме опроса.

Порядок проведения промежуточного и итогового контроля определен соответствующими организационно-методическими указаниями (инструкциями), все виды контроля обеспечены контрольно-измерительными материалами.

9. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации и итоговой аттестации

9.1. Примеры оценочных средств:

9.1.1. Вопросы для устного контроля

Контрольные вопросы для собеседования

- Сроки начала реабилитации онкобольных
- Продолжительность реабилитации онкобольных
- Основные психологические нарушения у онкобольных
- Лечебно-реабилитационная работа с онкологическими больными
- Оценка психотравмирующей ситуации
- Организация реабилитационной службы онкобольных в России

- Продолжительность реабилитации онкобольных
- Основные психологические нарушения у онкобольных
- Борьба с болью у онкологических больных;
- Механизм возникновения боли.
- Причины возникновения боли.
- Физиология боли
- Виды реабилитации, применяемые после операций по поводу опухолей костей и мягких тканей
- Упражнения восстанавливающие объем движений в суставах и укрепляющие оставшуюся мускулатуру конечности.
- Фантомно-импульсивная гимнастика

9.1.2. Примеры тестовых контрольных заданий

Тестовые задания

1. Важная роль в реабилитации больных раком легкого отводится терапии

1. сопутствующей легочной патологии
2. В – 12 дефицитные анемии
3. аспириновые язвы
4. капилляротоксикоза
5. нарушения водно – электролитного обмена

2. Сопутствующая патология, часто встречающаяся у больных раком легкого:

1. В – 12 дефицитные анемии
2. хронический бронхит
3. аспириновые язвы
4. капилляротоксикоз
5. нарушения водно – электролитного обмена

3. Пульмонэктомия это –

1. удаление легкого
2. нарушения водно – электролитного обмена
3. эмфизема легких
4. удаление одной доли легкого
5. аспириновые язвы

4. Сопутствующая патология, часто встречающаяся у больных раком легкого:

1. В – 12 дефицитные анемии
2. аспириновые язвы
3. эмфизема легких
4. нарушения водно – электролитного обмена
5. капилляротоксикоз

5. С целью активации компенсаторных механизмов в пред- и послеоперационном периоде по поводу рака легкого используется:

1. парафинотерапия
2. усиленная витаминотерапия
3. дозированная лечебная физкультура
4. солярий
5. гормоны

6. С целью активации компенсаторных механизмов в пред- и послеоперационном периоде по поводу рака легкого используется:

1. парафинотерапия
2. усиленная витаминотерапия

3. дыхательная гимнастика
4. солярий
5. гормоны
- 7. С целью активации компенсаторных механизмов в пред- и послеоперационном периоде по поводу рака легкого используется:**
 1. парафинотерапия
 2. усиленная витаминотерапия
 3. дыхательная гимнастика
 4. солярий
 5. гормоны
- 8. С целью активации компенсаторных механизмов в пред- и послеоперационном периоде по поводу рака легкого используется:**
 1. парафинотерапия
 2. усиленная витаминотерапия
 3. ингаляционная терапия
 4. солярий
 5. гормоны
- 9. Осложнение , встречающееся после лучевой терапии рака легкого**
 1. аспиринная язва
 2. ревматоидный полиартрит
 3. лучевое повреждение легких
 4. психическое расстройство
 5. стрептодермия
- 10. Лучевое повреждение легких это результат... .**
 1. эмфизема легких
 2. лучевой терапии
 3. удаления легкого
 4. парафинотерапии
 5. дыхательная гимнастика
- 11. Фантомные ощущения – это ощущения, возникающие вследствие ...**
 1. варикозных изменений
 2. ампутации конечности
 3. тромбоза
 4. артрита
 5. синовита
- 12. Фантомные ощущения – это ощущение ...**
 1. отсутствующей конечности
 2. зуда
 3. онемения
 4. холода
 5. боли в области сердца
- 13. Нарушения функции конечности после операций по поводу рака костей бывают в виде**
 1. ревматоидного артрита
 2. деформаций
 3. подагрического артрита
 4. остеопороза
 5. отморожений
- 14. После органосохраняющих операций по поводу рака костей имеют место возникновение:**
 1. ревматоидного артрита
 2. подагрического артрита

3. повреждений суставов
 4. остеопороза
 5. туберкулезного артрита
- 15. Нарушения функции конечности после операций по поводу рака костей бывают в следствие поражения:**
1. легких
 2. печени
 3. почек
 4. точек окостенения
 5. периферических нервов
- 16. Грозное осложнение поздних лучевых повреждений костей**
1. нарушение жирового обмена
 2. анемия легкой степени
 3. остеонекроз
 4. спазм мелких сосудов
 5. дистрофия
- 17. Процесс реабилитации онкобольных с опухолями опорно – двигательной системы должен носить характер**
1. однократный
 2. двукратный
 3. непрерывный
 4. прерывистый
 5. профилактический
- 18. Основополагающий принцип при операциях по поводу лечения опухолей опорно-двигательной системы:**
1. дренирование
 2. максимальное удаление соседних с опухолью тканей
 3. органосохранный
 4. создание анастомозов
 5. трансплантация печени
- 19. Что такое гиперэстезия?**
1. нарушение движения
 2. повышение обоняния
 3. понижение чувствительности
 4. отсутствие чувствительности
 5. повышенная чувствительность
- 20. Лечебную гимнастику в реабилитационном периоде онкобольных с опухолями опорно – двигательного аппарата можно сочетать с:**
1. циркулярным душем
 2. струевым душем
 3. УВЧ терапия в области миндалин
 4. эндоназальной ультразвукотерапией
 5. лечебной ходьбой

9.1.3. Практические задания:

Ситуационные задачи:

Задача №1.

Больной О., 73 лет. Перенес операцию по поводу рака легкого 7 месяцев назад. В данное время получает лучевую терапию. Жалуется на кашель с небольшим количеством трудноотделяемой мокроты, болью в груди, одышкой, преимущественно экспираторного характера, и подъемом температуры тела. Аускультативно определяются жесткое дыхание и сухие хрипы.

Вопрос:

1. С чем связано данное состояние больного
2. Установите приоритетную проблему пациента
3. Составьте план врачебного вмешательства.
4. Какие методы реабилитации можно применить.

Задача №2:

Пациент 47 лет, перенесший операцию пульмонэктомии. После операции выписался домой в удовлетворительном состоянии. Врач дал принимать на дом антибактериальные таблетки. Больше ни каких указаний не было.

Вопрос:

- 1.Правильна ли тактика врача?
2. Какие назначения должен рекомендовать после выписки больного врач ?
- 3.Каие методы реабилитации можно применить

Задача №3.

Больной О., 63 лет. Перенес операцию по поводу опухоли позвонка. Жалуется на боли в области нижнегрудного отдела позвонка,вынужденное положение в постели.Пациент раздражителен,спит беспокойно.

Вопрос:

1. Установите приоритетную проблему пациента
2. Составьте план врачебного вмешательства.
3. Осуществите план врачебного вмешательства.
4. Каие методы реабилитации можно применить.

Задача №4:

Пациент 47 лет, перенесший операцию по поводу опухоли большеберцовой кости правой ноги.Ампутацию конечности Жалобы: постоянныеболи в отсутствующей ноге. Раздражителен.

Вопрос:

1. Установите приоритетную проблему пациента
2. Составьте план врачебного вмешательства.
3. Осуществите план врачебного вмешательства.

Задача №5.

Больной О., 73 лет. Перенес операцию по поводу рака желудка 7 месяцев назад. Жалуется на покраснение лица, усиленное слюноотделение, потливость, боли в животе, возникающую сразу после еды, содержащей большое количество сахара, или вскоре после приема пищи. . Через 2-3 ч развивается резкой слабостью, потемнением в глазах, головокружением, дрожанием конечностей, болями в области сердца, чувством страха

Вопрос:

1. Установите приоритетную проблему пациента
2. Составьте план врачебного вмешательства.
3. Осуществьте план врачебного вмешательства.
4. Каие методы реабилитации можно применить.

Задача №6:

Пациент 47 лет, перенесший операцию по поводу рака желудка.

Жалобы: постоянные неприятными ощущениями в эпигастральной области, правом подреберье и приступы боли, возникающими через 2-3 ч после приема пищи, сопровождаемые тошнотой, отрыжкой, чувством горечи во рту, рвотой желчью или содержимым с примесью пищи.

Вопрос:

1. Установите приоритетную проблему пациента
2. Составьте план врачебного вмешательства.
3. Осуществите план врачебного вмешательства.
4. Какие методы реабилитации можно применить.

Задача №7. Больной страдает онкологическим заболеванием III степени, не может сам себя обслуживать. После курса химиотерапии был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Вопрос:

1. Какой уход необходимо осуществлять в стационаре?
2. Какой уход необходимо осуществлять дома?

Задача №8. Пациент 68 лет, перенес операцию по поводу рака прямой кишки 10 дней назад. Наложена стома. Жалуется на одышку, боли в области послеоперационной раны. Состояние средней тяжести.

Вопрос:

1. Какой уход необходимо осуществлять в стационаре?
2. Какой уход необходимо осуществлять дома?

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:**Основная литература:**

1. Медицинская реабилитация [Электронный ресурс] / ред.: А. В. Епифанов, Е. Е. Ачкасов, В. А. Епифанов. – Электрон. текстовые дан. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 672 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
2. Онкология [Электронный ресурс] : национальное руководство : краткое издание : учебное пособие для системы послевузовского образования врачей / гл. ред. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов. – Электрон. текстовые дан. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 576 с. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>

Дополнительная литература:

1. Реабилитация инвалидов [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. – Электрон. текстовые дан. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 736 с. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
2. Атлас онкологических операций [Электронный ресурс] : научное издание / ред.: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг, А. И. Пачес. – Электрон. текстовые дан. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 632 с. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
3. Абузарова, Г. Р. Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных [Электронный ресурс] : монография / Г. Р. Абузарова. – Электрон. текстовые дан. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
4. Ибатов, А. Д. Основы реабилитологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / А. Д. Ибатов, С. В. Пушкина. – Электрон. текстовые дан. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
5. Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] : руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев, В. В. Старинский, И. Р. Рахматуллина [и др.]. – Электрон. текстовые дан. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 448 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
6. Физическая и реабилитационная медицина [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. – Электрон. текстовые дан. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 688 с. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>

Журналы:

1. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина
2. Вопросы онкологии
3. Онкогематология
4. Онкоурология
5. Опухоли женской репродуктивной системы
6. Практическая онкология
7. Сопроводительная терапия в онкологии
8. Сибирский онкологический журнал.
9. The Journal of Clinical Oncology (<http://jco.ascopubs.org/>)
10. Journal of Hematology & Oncology (<http://www.jhoonline.org/>)
11. International Journal of Oncology
12. World Journal of Surgical Oncology (<http://wjso.com/>)
13. The Lancet Oncology (<http://www.thelancet.com/journals/lanonc/issue/current>)

10.2. Перечень методических рекомендаций для аудиторной и самостоятельной работы ординаторов

Методические указания по дисциплине «Реабилитация онкологических больных» для ординаторов разработаны отдельно по разделам дисциплины в полном объеме и хранятся в отделе научно-образовательной деятельности НИИ онкологии Томского НИМЦ.

11. Материально-техническое обеспечение

Преподавание дисциплины осуществляется на базе НИИ онкологии Томского НИМЦ. Образовательный процесс обеспечен специально оборудованными помещениями для проведения учебных занятий, в том числе:

аудиториями, оборудованными мультимедийными и иными средствами обучения; помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

Программное обеспечение

Microsoft Windows Vista Get Genuine. Microsoft Office Standard 2007.

Kaspersky Endpoint Security для бизнеса расширенный Russian 150-249 Node 2 year Renewal License.