

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**



Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневич

2015 г.

Регистрационный № 129-1115

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ  
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

инструкция по применению

**УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:**

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии»

**АВТОРЫ:**

к.м.н., доцент Зборовская А.А., к.м.н., доцент Зборовский К.Э., д.м.н., профессор, член-корр. НАН Беларуси Алейникова О.В.

Минск, 2015

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод медицинской реабилитации, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на восстановление функциональных, медико-психологических и медико-социальных проблем детей, перенесших онкологическое заболевание.

Настоящая инструкция предназначена для врачей-реабилитологов, и иных врачей-специалистов, а также для других специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями в реабилитационных, онкологических, педиатрических, детских хирургических, или иных организациях здравоохранения.

#### ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, РЕАКТИВОВ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

В соответствии с табельным оснащением помещений для проведения медицинской реабилитации, оборудование и инструментарий для диагностики и консультирования (психологического (нейропсихологического), профессионального, медико-социального), тестовые методики (опросники), дидактический материал, компьютерное программное обеспечение для тренингов, средства обучения.

#### ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Дети в возрасте от 0 до 18 лет, получающие или закончившие лечение по поводу онкологического заболевания, при наличии нарушений, приводящих к ограничению их жизнедеятельности.

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Противопоказания соответствуют таковым при назначении лечебной физкультуры (далее – ЛФК), кинезотерапии, массажа, эрготерапии.

## ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Метод медицинской реабилитации детей с онкологическими заболеваниями включает методы физической реабилитации, эрготерапию, медико-психологические и медико-социальные мероприятия.

1.1 Методы физической реабилитации (ЛФК, кинезотерапия, массаж) проводятся инструктором-методистом физической реабилитации, инструктором по ЛФК, медицинской сестрой по массажу или техником-массажистом. Указанные специалисты проводят мероприятия физической реабилитации (активной и пассивной) в форме индивидуальных занятий. Ожидаемый результат в раннем периоде реабилитации – расширение двигательной активности, тренировка физической выносливости, сохранение и/или восстановление сенсомоторных функций, профилактика осложнений, связанных с низкой физической активностью. На этапе поздней (повторной реабилитации) акценты в физической реабилитации переносятся с чисто восстановительных мероприятий лечебной физкультуры в сторону эрготерапии. Вместе с этим присутствие методов лечебной физкультуры, как специального, так и общего характера, остается на всем протяжении реабилитационного процесса.

1.1.1. ЛФК назначается по 10-15 минут в день в щадящем режиме в острый период заболевания – до стабилизации или выхода в ремиссию (от нескольких дней до 2-3 месяцев), в щадяще-тренирующем режиме после выхода в ремиссию (стабилизацию) по основному заболеванию в виде лечебной гимнастики и дыхательной гимнастики. Дыхательная гимнастика назначается с 1-2 дня после оперативного вмешательства, и/или на весь период постельного режима по 15-20 минут до расширения двигательной активности, соотношение с общеукрепляющими и специальными упражнениями 1:1 или 1:2. Комплекс общеукрепляющих и специальных упражнений определяет врач-реабилитолог, при его отсутствии - врач-специалист по профилю ведущего патологического синдрома.

1.1.2. Кинезотерапия назначается в виде пассивных и активных с вспоможением упражнений, после оперативного лечения с 3-4 дня, начиная с 5-10 минут, доводя до 25-30 минут ежедневно на весь период реабилитации:

- сгибание и наружная ротация плеча,
- разгибание и супинация предплечья,
- разгибание кисти и пальцев руки,
- отведение и противопоставление большого пальца руки,
- сгибание и ротация бедра,
- сгибание голени (при разогнутом бедре),
- тыльное сгибание и пронация стопы.

Амплитуда движений вначале неполная, число повторений вначале 3-4 раза. Все упражнения вначале выполняются из облегченного исходного положения. Чередуются упражнения мелких и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей.

Нейромоторное переобучение в виде индивидуальных занятий назначается после операций по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей ЦНС, при отсутствии противопоказаний с 8 дня ежедневно по 30 минут занятие на весь период реабилитации:

- восстановление двигательной активности лежа;
- обучение самостоятельному сидению;
- обучение самостоятельному вставанию;
- тренировка равновесия;
- тренировка координации;
- тренировка навыков самостоятельной ходьбы;
- обучение пациентов передвижению с техническими средствами медицинской и социальной реабилитации.

1.1.3. Массаж лечебный назначается врачом-реабилитологом, проводится с 3 дня после оперативного вмешательства или окончания блока химиотерапии, количество процедур 10-15 на весь период реабилитации и включает щадящий массаж по 10-15 минут в виде поглаживания и растирания верхних и нижних конечностей для улучшения периферического и коронарного кровообращения, с последующим подключением щадящего массажа грудной клетки, ягодичной области, пояснично-крестцовой области и мышц спины. Исключаются ударные массажные приемы. Классический массаж проводится по 25-35 минут, рефлекторный по 15-20 минут.

1.2. Эрготерапевтические мероприятия проводятся инструктором-методистом по эрготерапии (или инструктором-методистом физической реабилитации или инструктором по ЛФК). На раннем этапе проводится сенсо-моторно-функциональная терапия, направленная на восстановление сенсомоторных функций через реализацию осознанных навыков, приобретенных в процессе предыдущей жизнедеятельности

либо навыков, входящих в структуру ведущей возрастной деятельности. В основе сенсо-моторно-функциональной эрготерапии лежит использование прежних деятельностных стереотипов, а также концепция нейро-моторного обучения или переобучения. В процессе проведения эрготерапевтических мероприятий на раннем этапе реабилитации чаще всего проводится тренинг по восстановлению мелкой моторики в соответствии с возрастом ребенка, а также тренинг дифференциации тактильной чувствительности в ведущей возрастной деятельности. Эрготерапевтическая помощь на позднем этапе реабилитации носит больше характер социально – средовой адаптации и направлена на формирование и развитие навыков самостоятельности ребенка в повседневной возрастной деятельности. Обучение навыкам самообслуживания, личной гигиены, приема пищи, использования, при необходимости вспомогательных, технических средств реабилитации. Кроме того, в процессе проведения эрготерапевтических занятий вырабатываются предложения по модификации реабилитационного пространства в реальном средовом окружении ребенка по месту жительства. Производится подбор средств, расширяющих рамки физической независимости ребенка (приспособления для самостоятельного одевания, например, застегивания пуговиц или одевания носков, для открывания дверей, для приготовления бутербродов и т.д.). В зависимости от возраста пациента, в процессе реализации плана эрготерапии могут отрабатываться навыки приготовления пищи, совершения покупок в магазине, планирования бюджета на конкретный отрезок времени и т.д.

1.3. Медико-психологические мероприятия проводятся психотерапевтами (медицинскими психологами, психологами) и включают на раннем этапе реабилитации – психологическое

тестирование, психологическое сопровождение и профилактику расстройств, обучение техникам снятия напряжения, релаксации и аутотренинг, на позднем (повторном) этапе реабилитации – психологическую диагностику, психологическое консультирование, индивидуальную и групповую психотерапию. Психологическое тестирование включает выявление личностных особенностей пациента и его родителей (интервью, диагностическая беседа с ребенком и родителями, наблюдение, тест Шмишека); исследование механизмов защиты, стратегий преодоления кризисных ситуаций (копинг стратегия, методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса); исследование типа реакций на болезнь, отношения к обследованию и лечению (ВКБ – внутренняя картина болезни); исследование уровня депрессии и тревожности (шкала депрессии Бека, шкала тревожности Спилбергера-Ханина, для младшей возрастной группы – тест тревожности Амен-Дорки). Психологическое консультирование заканчивается разработкой рекомендаций специалистам, задействованным в реализации плана реабилитации и родителям.

Медико-психологические мероприятия на позднем этапе реабилитации ребенка направлены на коррекцию психологических нарушений, связанных как непосредственно с заболеванием, так и с проблемами социально – психологической адаптации в реальном микро-макро социальном окружении, особенно в школьном или другом коллективе. Важнейшим моментом в медико-психологической реабилитации ребенка являются коммуникативные тренинги, позволяющие ребенку постепенно адаптироваться в коллективе сверстников. Принципиальным моментом, определяющим в последующем достойный уровень социальной и профессиональной

реабилитации, является психологическое сопровождение ребенка в процессе обучения в школе или др. учебном заведении. Организация обучения ребенка (при отсутствии противопоказаний и доступности учебного заведения) должна проводиться в коллективе сверстников. Надомное обучение усугубляет социальную дезадаптацию ребенка и в последующем требует значительно больше усилий для его реинтеграции.

Вторым принципиальным моментом в психологической реабилитации ребенка на позднем этапе является выработка правильных установок на реабилитацию и не в коем случае ее стержнем не должно стать восстановление дефектных функций. Главный вектор в мотивации на позднем этапе реабилитации является развитие социальных навыков, в старшем возрасте профессиональная ориентация и профессиональное обучение с последующим включением в конструктивную профессиональную деятельность, даже с учетом наличия значительных необратимых функциональных нарушений. В противном случае будет происходить развитие личности инвалида, и стратегия жизни будет выстраиваться в системе инвалид-общество.

При проведении психотерапии может применяться психодраматический подход, рационально-эмотивный подход, бихевиоральный подход, эриксоновский подход и другие.

Немаловажным на позднем этапе медицинской реабилитации ребенка, перенесшего злокачественное новообразование, является арт-терапия, которая применяется по показаниям, с учетом возраста ребенка, характера и выраженности нарушений и назначается психологом/психотерапевтом. Спектр мероприятий арт-терапии может в значительной мере варьировать, в зависимости от характера задач, требующих решения. Так, например, могут применяться следующие



методы арт-терапии: сказко-терапия; музыкотерапия; кукло-терапия; клоуно-терапия.

1.4. Медико-социальные мероприятия проводятся специалистом по социальной работе или социальным педагогом. Указанные специалисты выявляют медико-социальные проблемы в семье через беседу с пациентом и членами его семьи, составляют социограмму, запрашивают документацию подтверждающую социально-экономический статус семьи, проводят анализ детско-родительских отношений. Медико-социальные мероприятия решают ряд специфических задач: коррекция не сформированных до уровня дефекта функциональных нарушений, обучение жизнедеятельности в условиях наличия конкретного резидуального дефекта с учетом возможной динамики вследствие влияния онтогенетического фактора, развитие навыков ведущей возрастной деятельности, первичная и непосредственная (в зависимости от возрастного периода) профессиональная диагностика и ориентация.

#### ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УТРАНЕНИЯ

Осложнений рекомендуемого метода медицинской реабилитации детей с онкологическими заболеваниями не установлено.