

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
имени Н.Н. Петрова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России)
Отдел учебно-методической работы

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И. Мечникова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)
Кафедра онкологии

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)
Кафедра онкологии

**Крутов А. А., Семиглазова Т. Ю., Каспаров Б. С.,
Носов А. К., Курочкина И. С., Тынкасова М. А.,
Бортникова Е. Г., Кондратьева К. О.,
Толоконников Ю. А., Вагайцева М. В.,
Заозерский О. В., Бриш Н. А., Рогачев М. В.,
Беляев А. М., Семиглазов В. В.**

Реабилитация пациентов онкоурологического профиля в программе fast-track

Учебное пособие

Санкт-Петербург
2021

УДК: 616.6-006:614.2(07)

ББК: 55.6я7

Крутов А. А., Семиглазова Т. Ю., Каспаров Б. С., Носов А. К., Курочкина И. С., Тынкасова М. А., Бортникова Е. Г., Кондратьева К. О., Толоконников Ю. А., Вагайцева М. В., Заозерский О. В., Бриш Н. А., Рогачев М. В., Беляев А. М., Семиглазов В. В. Реабилитация пациентов онкоурологического профиля в программе fast-track: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – СПб.: ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, 2021. – 120 с.

ISBN 978-5-6045022-9-7

Рецензент: доктор медицинских наук, профессор А. Ф. Урманчеева, врач-онколог хирургического онкогинекологического отделения, ведущий научный сотрудник научного отделения онкогинекологии федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В учебном пособии подробно освещены вопросы, касающиеся реабилитации пациентов онкоурологического профиля в FAST-TRACK-хирургии, раскрыты методики лечебной физкультуры, психологического сопровождения и консультирования, нутритивной поддержки и физиотерапии. Раскрыт порядок применения реабилитационных мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи в рамках программы FAST-TRACK у пациентов с онкоурологическими заболеваниями.

Учебное пособие предназначено для врачей-онкологов, для врачей, работающих с онкологическими больными, а также для обучающихся в системе высшего образования (аспирантура, ординатура, специалитет) и дополнительного профессионального образования (повышение квалификации и профессиональная переподготовка).

Утверждено
в качестве учебного пособия
Ученым советом ФГБУ «НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
протокол № 9 от 8 декабря 2020 г.

ISBN 978-5-6045022-9-7

©Крутов А. А. Коллектив авторов, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	5
Введение	7
Глава 1. Методология	13
Глава 2. Дооперационный период	17
2.1. Информирование пациентов	17
2.2. Психологическая помощь	17
2.3. Методы психодиагностического исследования в дооперационном периоде	18
2.3.1. Клинико-психологический метод	18
2.3.2. Экспериментально-психологические метод	18
2.4. Методы психопрофилактики в дооперационном периоде	19
2.4.1. Психологическое консультирование	19
2.4.2. Аутогенная тренировка, выработка навыка саморегуляции, релаксация	20
2.5. Нутритивная поддержка	23
2.5.1. Определение показаний / противопоказаний к проведению нутритивной поддержки	26
2.5.2. Определение оптимального метода нутритивной поддержки	27
2.5.3. Определение суточной потребности в энергетическом и белковом обеспечении	30
2.5.4. Физическая активность	30
2.5.5. Отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя	32
Глава 3. Послеоперационный период	34
3.1. Нутритивная поддержка	34
3.2. Ранняя активизация	34
3.3. Физиотерапия	37
3.4. Психологическая реабилитация и коррекция	41
3.4.1. Краткосрочная психопрофилактика, телесноориентированная психокоррекция	42

3.4.2. Нейро- и патопсихологическая коррекция	44
Заключение	45
Приложение 1. Протокол полуструктурированного интервью	47
Приложение 2. Шкала депрессии Зунга в адаптации Т. И. Балашовой	52
Приложение 3. Симптоматический опросник Е. Александровича	54
Приложение 4. Нервно-мышечная релаксация	62
Приложение 5. Краткосрочная психопрофилактика, телесноориентированная психокоррекция	65
Приложение 6. Дыхательная гимнастика	69
Приложение 7. Комплекс упражнений для пациентов онкоурологического профиля в раннем послеоперационном периоде (1-3 сутки после операции)	72
Приложение 8. Комплекс лечебно-гимнастических упражнений отсроченного послеоперационного периода (4-7 сутки после операции)	76
Приложение 9. Методика проведения транскраниальной электроаналгезии	81
Приложение 10. Оценка нутритивного статуса пациента для определения тактики нутритивной поддержки при хирургическом лечении	83
Контрольные вопросы	85
Тестовые задания	90
Список литературы	117

Список сокращений

АП	– анаэробный порог
БОС	– биологическая обратная связь (БОС-терапия – метод биологической обратной связи – метод тренировки активности головного мозга)
ВНС	– вегетативная нервная система
ВЭМ	– велоэргометрия
ЖКК	– желудочно-кишечное кровоотечение
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ИМТ	– индекс массы тела
ИП	– исходное положение
ИПМР	– индивидуальный план медицинской реабилитации
КИ	– клинические исследования
КПНТ	– кардиопульмонарное нагрузочное тестирование
ЛФК	– лечебная физическая культура
ЛФФ	– лечебные физические факторы
МДРК	– мультидисциплинарная реабилитационная команда
МКФ	– Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
МРТ	– магнитно-резонансная томография
НГЗ	– назоинтестинальное зондовое питание
ОРИТ	– отделение реанимации и интенсивной терапии
ПОТР	– послеоперационные тошнота и рвота
ПТСР	– посттравматическое стрессовое расстройство
РКИ	– рандомизированные контролируемые клинические исследования
РПЖ	– рак предстательной железы
ТЭС	– транскраниальная электростимуляция
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФГДС	– фиброгастродуоденоскопия
ШРМ	– шкала реабилитационной маршрутизации

- ЭА – эндотрахеальная анестезия
- ЭКГ – электрокардиограмма
- ЭП – энтеральное питание
- APACHE – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (шкала для оценки всех важнейших физиологических систем у пациента в ОРИТ)
- E-library – российская научная электронная библиотека, интегрированная с Российским индексом научного цитирования (РИНЦ)
- ERAS – enhanced recovery after surgery (ускоренное восстановление после хирургических операций)
- FTS – fast track surgery (быстрый путь в хирургии)
- GCP – good clinical practice (надлежащая клиническая практика)
- GLP – good laboratory practice (надлежащая лабораторная практика)
- PEDro – шкала для проверки клинических испытаний
- PubMed – англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций, созданная Национальным центром биотехнологической информации (NCBI) США

Введение

К началу XXI века были определены основные положения мультидисциплинарного метода ускоренного восстановления хирургических больных после плановых операций. Новая концепция ассоциирует с двумя терминами: «быстрый путь в хирургии» – fast track surgery (FTS) и «ускоренное восстановление после хирургических операций» – enhanced recovery after surgery (ERAS).

Fast Track-хирургия (FT-хирургия) основывается на данных доказательной медицины. На заре своего становления ведение больных в рамках программ ускоренной реабилитации не было единым, однако со временем была сформулирована необходимость создания стандартизированных протоколов для каждого вида операций с учетом исходного состояния больного и особенностей проведения вмешательства.

Также FT-хирургия является мультидисциплинарной и комплексной, так как при ее применении задействованы хирург, анестезиолог, реабилитолог, врач ЛФК, физиотерапевт, психолог и средний медперсонал, и она должна включать не менее 6-8 компонентов из 18 рекомендованных.

Кроме того, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 788н от 31.07.2020 «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» реабилитация на всех этапах осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой (далее – МДРК).

При реализации мероприятий по медицинской реабилитации на всех этапах МДРК под руководством врача по физической и реабилитационной медицине (врача по медицинской реабилитации) осуществляется:

- 1) оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики;
- 2) установление реабилитационного диагноза, включающего ха-

рактеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации;

3) оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени;

4) формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий;

5) оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;

6) формирование и реализация индивидуального плана медицинской реабилитации (далее – ИПМР);

7) оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий;

8) составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

Мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе должны быть начаты в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно,

продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов.

При переводе пациента из отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», для продолжения лечения в отделение, оказывающее специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилям, указанным в пункте 10 настоящего Порядка (см. выше), в переводном эпикризе указываются реабилитационный диагноз [перечень кодов по МКФ, т.е. отражающие нарушения функции, для пациентов онкоурологического профиля это: нарушения функции системы крови и иммунной системы, нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем и метаболизма, пищеварительной системы; мочевыделительной функции, психических функций].

Нарушения данных функций кодируются доменами МКФ:

В 110-139,

В 140-189,

В 430-439,

В 410-429,

В 440-449,

В 540-559,

В 510-539,

В 610-639,

В 640-679,

В 710-789.

При выписке или переводе также должны указываться реабилитационный потенциал, перечень проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показатель ШРМ, рекомендации о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с указанием условий ее оказания и целей.

Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется

МДРК, сформированной из числа работников отделения ранней медицинской реабилитации.

Основные принципы Fast Track-хирургии:

- информирование пациента,
- отказ от использования механической очистки толстого кишечника,
- отказ от премедикации опиоидными анальгетиками,
- назначение пробиотиков перед операцией,
- отказ от предоперационного голодания,
- назначение пищевых углеводных смесей за 3-4 ч до операции или инфузия раствора глюкозы,
- использование регионарной анестезии и короткодействующих анальгетиков,
- контроль и рестрикция инфузии коллоидных и кристаллоидных растворов до и во время операции,
- миниинвазивные оперативные доступы,
- предотвращение гипотермии в процессе и после операции,
- назначение высоких концентраций кислорода до операции,
- максимальное уменьшение использования опиоидных анальгетиков,
- отказ от рутинной установки в брюшную полость дренажей,
- раннее удаление мочевого, центрального венозного и эпидурального катетеров, дренажей,
- назначение прокинетиков в послеоперационном периоде,
- назначение раннего послеоперационного энтерального питания,
- ранняя активизация пациента,
- отказ от необоснованных гемотрансфузий.

Идеология FTS базируется на необходимости уменьшения стрессовой нагрузки на организм и пациента в целом, возникающей в

результате хирургической травмы и приводящей к обменным и функциональным нарушениям, пролонгирующим лечение.

Стресс – неспецифическая реакция организма на внешние раздражители, необходимая для приспособления к изменившимся условиям внешней среды.

У человека при стрессе происходит активация центральной нервной системы: нейроны паравентрикулярного ядра выделяют кортикотропин, рилизинг-гормон активирует систему «гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников» и симпатoadреналовую систему.

У хирургических пациентов стимуляция гипоталамо-гипофизарной системы проявляется увеличением выброса глюкокортикоидов, а симпатoadреналовой системы – катехоламинов. Вследствие этих изменений возникает стрессорный ответ организма, что проявляется, в первую очередь, изменениями в работе сердечно-сосудистой и дыхательной систем и метаболическими нарушениями, при которых процессы катаболизма преобладают над анаболизмом.

Продолжая тему дистресса, следует отметить, что в целом онкологическое заболевание влияет на психическую деятельность как психогенный и соматогенный фактор: лечение онкологического заболевания неизбежно сопровождается комплексом психического и физического истощения, значительно влияющим на психическое функционирование пациента и способным формировать психические нарушения соматогенной этиологии.

Большое количество исследований указывает на распространенность психических нарушений у онкологических больных, и это подтверждает, что не все больные успешно преодолевают психотравмирующее воздействие ситуации заболевания. Постановка онкологического диагноза, традиционно стигматизированного в современном обществе, порождает ситуацию психической травматизации, что в свою очередь влияет на манифестацию психогенных реакций, чаще всего по астено-тревожно-депрессивному типу, центральное место в котором занимает реактивная ситуационно обусловленная депрессия.

Отмечается, что для практики восстановительного лечения наибольшее значение имеют преимущественно психогенно обусловленные формы нервно-психических расстройств, так как они часто являются главным дезадаптивным фактором для пациентов.

В ряде исследований отмечается, что нарушения психического функционирования могут сохраняться в течение многих лет после окончания противоопухолевого лечения, а эмоциональные и когнитивные последствия онкозаболеваний могут оказывать негативное воздействие как на медицинские показатели, так и на социальную адаптацию пациентов.

Таким образом, целью работы медицинского психолога с пациентами, страдающими онкологическим заболеванием, включая урологическую патологию, является разработка индивидуальной программы психологической реабилитации в условиях краткого времени пребывания пациента в стационаре до и после операции.

Глава 1. Методология

Учебное пособие является результатом работы с систематическими обзорами и мета-анализами в области реабилитации пациентов онкоурологического профиля.

Данное пособие, конечно же, не может описать всей полноты клинических ситуаций, возникающих в хирургическом лечении пациентов онкоурологического профиля.

С целью освещения уровня доказательности были использованы результаты количественного наукометрического анализа публикаций, содержащихся в базах данных доказательных исследований (PubMed, E-library, PEDro).

На 2018 год число публикаций по применению лечебных физических факторов (ЛФФ) у больных РПЖ, в которых представлены оригинальные исследования, мета-анализы и систематические обзоры, составил 130 источников. Проанализированные КИ включали сведения о 51985 больных РПЖ (рис. 1).



Рис. 1. Распределение доказательных исследований в области применения ЛФФ у больных РПЖ по баллам шкалы PEDro.

В категорию N/A (англ. «not applicable» – «не применимо») были отнесены 34 (27,48 %) публикации, включавших данные клинических рекомендаций, систематических обзоров и мета-анализов, имеющих наиболее высокий уровень доказательности.

4 РКИ находились на стадии оценки и присвоения баллов по шкале PEDro и не были включены в обработку. В дальнейшую обработку нами включались лишь РКИ, имеющие не менее 4 баллов по шкале PEDro, а также клинические рекомендации, систематические обзоры и результаты мета-анализов с преимущественным включением таких РКИ.

Общее количество таких источников в специализированной базе данных PEDro по применению технологий ФРМ у больных РПЖ на 1 декабря 2018 года составило 124 публикации.

Большинство доказательных исследований (88,55 %) выполнено после 2007 года. Ступенчатый рост количества исследований по применению ЛФФ в реабилитации больных РПЖ характеризует активацию интереса к данной проблематике и потенциал наукоёмкости этого направления (рис. 2).

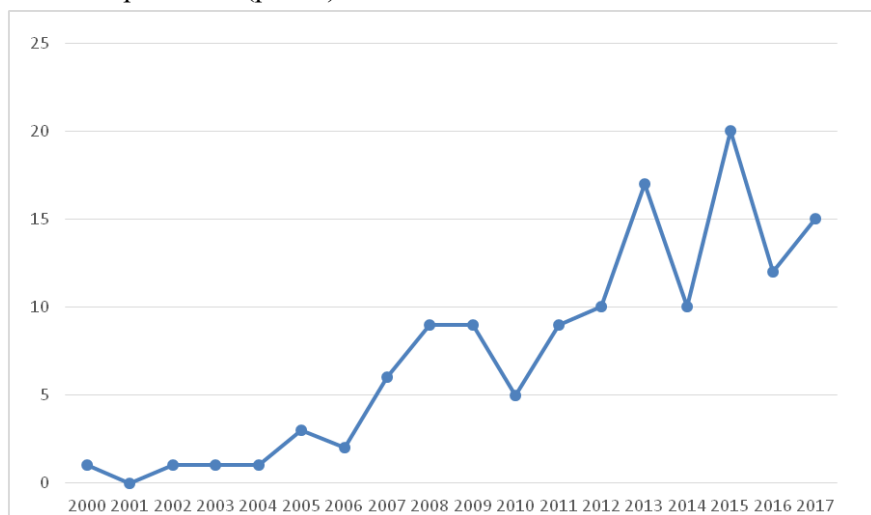


Рис. 2. Распределение исследований в области применения ЛФФ у больных РПЖ по годам публикации.

Изучение структуры распределения ЛФФ, используемых при реабилитации больных РПЖ, в группе РКИ (не менее 5 баллов по шкале PEDro) показало широту использования данных факторов. Основной объем исследований (64,12 %) посвящен изучению эффективности применения физических упражнений.

Оценке эффективности когнитивно-поведенческой терапии, психологической помощи, традиционных оздоровительных практик (йога, релаксирование, цигун и др.) посвящены 9,16 % исследований.

Работы, исследовавшие комплексный подход в применении физической активности и психологической помощи, составили 1,53 %.

Изучению эффективности акупунктуры посвящены 3,05 % работ.

Анализу эффективности применения физиотерапии (БОС-терапии, электростимуляции, магнитотерапии) посвящено 2,29 % исследований.

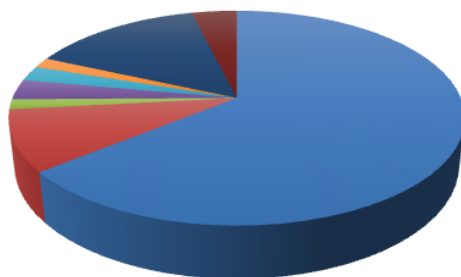
Применению диетологических методов посвящено 1,53 %.

Работы, включающие комплексное лечение с применением физических упражнений и диеты, составили 14,5 %.

Также имеются работы, рекомендующие объединять физические упражнения, диету и когнитивно-поведенческую терапию, психологическую помощь, традиционные оздоровительные практики (йога, релаксация, цигун и др.), которые составили 3,82 %. (рис. 3).

Анализ публикаций показал, что большинство исследований посвящены применению различных видов физических упражнений у больных РПЖ.

Повышение физической активности при выполнении упражнений улучшает общее физическое состояние, способствует контролю массы тела и демонстрирует дополнительные психологические и социальные эффекты, которые повышают качество жизни пациента.



- Физические упражнения (64.12%)
- Традиционные оздоровительные практики + психологическая помощь (9.16%)
- Физические упражнения + психологическая помощь (1.53%)
- Акупунктура (3.05%)
- Физиотерапия (2.29%)
- Диета (1.53%)
- Физические упражнения + диета (14.5%)
- Физические упражнения + психологическая помощь + диета (3.82%)

Рис. 3. Распределение исследований в области применения ЛФФ у больных РПЖ в зависимости от методов лечения.

Основными результатами в исследованиях по применению физических упражнений в реабилитации пациентов с РПЖ являются: улучшение качества мочеиспускания, снижение объёма подтекания мочи, улучшение эректильной функции, уменьшение выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Глава 2. **Дооперационный период**

Основной задачей дооперационного периода является максимальное снижение риска развития различных осложнений, связанных с обезболиванием и оперативным вмешательством как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде. Преоперационный период необходим для всестороннего обследования больного, глубокой оценки функции основных органов и систем, а также для проведения возможно полной корригирующей терапии выявленных нарушений с целью повышения резервных возможностей организма, определения объема хирургического вмешательства и информирования об этом пациента.

2.1. Информирование пациентов

Важным этапом лечения и реабилитации пациента является информирование больного о предстоящем лечении.

Лечащим врачам рекомендуется использовать презентации или рисунки, в которых в доступной форме для пациента представлен планируемый объем хирургического лечения.

2.2. Психологическая помощь

Задачами психологической помощи в преоперационном периоде являются следующие:

- оценка психического состояния пациента до операции,
- исследование эмоциональной сферы пациента до операции,
- выявление уровня депрессивного состояния у пациента операции,
- разработка программы индивидуального психологического сопровождения пациента,

- проведение психокоррекционных мероприятий.

2.3. Методы психодиагностического исследования в дооперационном периоде

2.3.1. Клинико-психологический метод

Полуструктурированное интервью

Метод полуструктурированного интервью отражен в приложении 1.

Цель применения: оценка психического и эмоционального состояния пациента, наличие необходимости проведения нейропсихологического и патопсихологического исследования.

Результаты фиксируются в протоколе, включающем следующие блоки:

- жалобы;
- половозрастные характеристики;
- отягощенность анамнеза неврологическими нарушениями;
- психическая активность;
- эмоциональное состояние;
- приверженность лечению, вероятность суицидальных тенденций.

2.3.2. Экспериментально-психологический метод

Шкала депрессии Зунга в адаптации Т. И. Балашовой

Шкала депрессии Зунга в адаптации Т. И. Балашовой отражена в

приложении 2.

Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

2.4. Методы психопрофилактики в дооперационном периоде

Основной задачей психопрофилактики в дооперационном периоде является стабилизация эмоционального состояния с учетом личностных особенностей и особенностей предстоящего оперативного вмешательства.

Методы психопрофилактики в онкоурологическом отделении включают в себя следующее:

- психологическое консультирование;
- аутогенная тренировка, релаксация, выработка навыка саморегуляции.

2.4.1. Психологическое консультирование

Психологическое консультирование проводится при назначении лечащим врачом, включает в себя первичную диагностику в форме клиничко-психологического метода, оценку необходимости нейро- и патопсихологического исследования, разрешение вопросов эмоционального состояния пациентов, не требующих длительного психотерапевтического вмешательства.

Важным аспектом предоперационного консультирования является информирование пациента:

- об особенностях послеоперационного периода;
- о восстановлении в раннем послеоперационном периоде;

– об особенностях коммуникации с лечащим врачом и медицинским персоналом в пред- и послеоперационном периоде (побуждение пациента к выстраиванию диалога, формирование вопросов, озвучивание просьб в рамках ответственности пациента);

– о зоне ответственности пациента (мотивация к восстановлению, функциональное состояние – режим сна-бодрствования, ежедневная двигательная активность, прием пищи, самообслуживание);

– о способах конструктивного выражения эмоционального напряжения.

2.4.2. Аутогенная тренировка, выработка навыка саморегуляции, релаксация

Аутогенная тренировка, релаксация, выработка навыка саморегуляции относится к приложениям 4 и 5.

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка введена в практику немецким психотерапевтом Г. Шульцом в 1932 году, применяется в ситуации необходимости повышения уровня самоконтроля, при болевом синдроме, бессоннице, эмоциональной лабильности, запредельном торможении, истощении при дистрессе.

Включает две фазы:

– научение перципиента снятию напряжения, релаксации, созданию ощущений тепла или прохлады, в зависимости от задач регуляции деятельности вегетативной нервной системы;

– создание трансовых состояний в психопрофилактических целях.

*Упражнения на выработку
навыков саморегуляции*

Развитие сознательного контроля над своим поведением происходит посредством речи и в процессе ее совершенствования с детских лет, то есть в соответствии с этапами развития речи:

- повторение звуков за взрослыми «а, о, у»,
- звукосочетания та-та-та,
- упрощенные слова,
- увеличение словарного запаса,
- фразовая речь,
- увеличение словарного запаса,
- четкость звукопроизношения,
- сопровождение речью всех действий,
- большое количество вопросов,
- игры по предварительному замыслу, речь как контролирующий орган,
- рисование как подготовительная стадия письменной речи,
- словотворчество,
- пересказ,
- общение с ровесниками при помощи речи,
- переход от внешнего речевого контроля ко внутреннему.

С целью уменьшения импульсивности, эмоциональной лабильности пациента требуется вернуться на предыдущие этапы развития речи и осуществлять контроль над своим поведением посредством проговаривания всех действий на примере аутогенной тренировки и релаксации.

Таким образом, аутогенная формула должна претерпеть ряд изменений в соответствии с этапами развития речи в детском возрасте:

- 1) выполнение мышечной релаксации, слушая речь психотерапевта,
- 2) повторение формул аутогенной релаксационной тренировки вслед за психотерапевтом,
- 3) самостоятельное упрощение пациентом аутогенной формулы и релаксация,
- 4) усложнение аутогенной формулы с помощью психотерапевта до исходного уровня,
- 5) самостоятельное проговаривание пациентом аутогенной формулы в исходном сложном виде,
- 6) описание своих ощущений по окончании аутогенной формулы и осуществлении мышечной релаксации,
- 7) описание образа переживаний и ощущений полного нервно-мышечного расслабления,
- 8) формулирование своего аутогенного вербального кода,
- 9) осуществление мышечной релаксации при контроле над ощущениями и действиями посредством внутренней речи и при помощи своей вербальной аутогенной формулы.

Релаксация

В связи с тем, что у пациентов онкоурологического профиля из-за болевого синдрома наблюдается привычное напряжение мышц от вынужденного положения тела, рекомендуется проводить релаксацию двух видов.

Во-первых, по Джекобсону, так как этот вид релаксации предполагает контрастные ощущения напряжения и расслабления, что необходимо при мышечных зажимах.

Во-вторых, релаксацию с вызовом ощущений тепла, прохлады. Последний вид релаксации наиболее эффективен при выраженном страхе перед операцией, в результате релаксации снижается артериальное давление и нормализуется уровень глюкозы в крови.

Изучение и отработка пациентом 16 мышечных групп, сформированных Джекобсоном для разработки методики прогрессивной мышечной релаксации.

1. Доминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
2. Доминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
3. Недоминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
4. Недоминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
5. Мышцы верхней трети лица: поднимите брови как можно выше.
6. Мышцы средней трети лица: сведите как можно сильнее глаза кнутри и максимально наморщите нос.
7. Мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад.
8. Мышцы шеи: наклоняйте подбородок к груди и в то же самое время препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи.
9. Грудь, мышцы надплечий и спины: максимально соедините лопатки книзу и к середине.
10. Мышцы живота: напрягите максимально все мышцы брюшного пресса, как будто вас сейчас ударят в живот.
11. Доминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.
12. Доминантная голень: максимально подтяните на себя ступ-

ню и разогните большой палец ступни.

13. Доминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.

14. Недоминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.

15. Недоминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.

16. Недоминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.

Для удобства предлагается вид релаксации с вызовом в теле пациента различных ощущений с наложением ладони пациента на области диафрагм для усиления эффекта:

- диафрагма малого таза – рука накладывается на низ живота,
- грудобрюшная диафрагма – на область края реберной дуги,
- диафрагма верхней апертуры грудной клетки – на область ключиц.

2.5. Нутритивная поддержка

Данные из Университета Вандербильта показали, что дефицит питательных веществ в предоперационном периоде является сильным предиктором 90-дневной смертности и снижения общей выживаемости.

Неудивительно, что оценка и коррекция нутритивного статуса является важным компонентом протоколов ERAS.

Важность нутритивного статуса для пациентов, перенесших радикальную цистэктомию, уже давно отмечена.

Среди всех зарегистрированных осложнений 80 % приходились на пациентов с недостаточным питанием.

Основной скрининг нутритивного статуса отражен в таблице 1.

Основной скрининг нутритивного статуса

Нарушение нутритивного статуса		Отметка
Отсутствие (0 баллов)	Нормальное состояние питания	
Незначительное (1 балл)	Потеря веса >5% за 3 месяца или потребление пищи на <50-75% от потребностей в питании за прошедшую неделю	
Умеренное (2 балла)	Потеря веса >5% за 2 месяца или ИМТ 18,5-20,5 кг/м ² и ухудшение общего состояния или потребление пищи 25-50% от потребности к питанию за прошедшую неделю	
Тяжелое (3 балла)	Потеря веса >5% за 1 месяц (>15% за 3 месяца) или ИМТ <18,5 и ухудшение общего состояния или потребление пищи на уровне 0-25% потребности к питанию за прошедшую неделю	
Серьезность заболевания		Отметка
Отсутствие (0 баллов)	Нормальные требования к питанию	
Слабая (1 балл)	Перелом костей тазобедренного сустава, пациенты с хроническими заболеваниями, в особенности с серьезными последствиями: цирроз печени, хроническое обструктивное заболевание легких, хронический гемодиализ, диабет, онкологическое заболевание	
Умеренная (2 балла)	Большой объем абдоминальной операции, инсульт, тяжелая пневмония, болезни системы кроветворения (в т. ч. гемобластозы)	
Тяжелая (3 балла)	Черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга и стволовых гемопоэтических клеток, пациенты, находящиеся в реанимации и проходящие интенсивную терапию (оценка по шкале APACHE-II > 10)	
Возраст пациента ≥ 70 лет (1 балл)		

Результаты скрининга (рекомендации):

Балл < 3: Рекомендован еженедельный повторный скрининг пациента. В случае если запланирован большой объем операции, то во избежание появления связанных с этим рисков, необходимо придерживаться плана профилактической нутритивной поддержки.

Балл ≥ 3: Нуждается в формировании плана питания и проведения нутритивной поддержки (мониторинг, оценка объема потребляемой пищи, консультация нутрициолога / диетолога / гастроэнтеролога, выбор диеты +/- питательная смесь).

2.5.1. Определение показаний / противопоказаний к проведению нутритивной поддержки

Общие абсолютные показания к назначению нутритивной поддержки отражены в таблице 2.

Таблица 2

Общие абсолютные показания к назначению нутритивной поддержки

Показания	Есть	Нет
Быстро прогрессирующая непреднамеренная потеря массы тела, составляющая >2% за неделю, или 5% за 1 месяц, или 10% за 3 месяца		
Исходные признаки недостаточности питания: ИМТ <18,5 кг/м ² , гипопроteinемия <60 г/л, гипоальбуминемия <30 г/л, абсолютная лимфопения <1,5 × 10 ⁹ /л		
Риск развития быстро прогрессирующей потери массы тела: – отсутствие возможности оптимального естественного питания (НЕ может, НЕ хочет, НЕ должен принимать пищу внутрь); – возрастание потребностей организма вследствие синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма		

Общие противопоказания к назначению нутритивной поддержки отражены в таблице 3.

Таблица 3

Общие противопоказания к назначению нутритивной поддержки

Противопоказания	Есть	Нет
Тяжелая некупируемая гипоксемия (раО ₂ < 60 мм рт. ст., нарастание FiO ₂ ≥ 70%)		
Острая стадия повреждения (болезни)		
Шоковые состояния (доза Дофамина >12 мкг/кг/мин, АД < 90 мм рт. ст.)		
Гиперкапния (раСО ₂ > 80 мм рт. ст.)		
Некомпенсированная гиповолемия		
Некупируемая артериальная гипоксемия (SpO ₂ <50-60%)		
Гиперлактатемия (≥4 ммоль/л)		
Декомпенсированный ацидоз (рН < 7,2)		
Непереносимость сред для проведения нутритивной поддержки		
Этические соображения		

2.5.2. Определение оптимального метода нутритивной поддержки

Показания к проведению перорального энтерального питания

1. Наличие недостаточности питания.
2. Невозможность приема пищи более 7 дней.
3. Нарушение жевательной функции.
4. Поражение слизистой оболочки полости рта и пищевода.
5. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.
6. Синдром гиперметаболизма-гиперкатаболизма.
7. Неадекватный объем пищи (менее 60% от необходимого количества ккал в сутки).
8. Потеря массы тела вследствие недостаточного объема питания.
9. Период ранней реабилитации.

Противопоказания к энтеральному питанию

1. Непереносимость отдельных составляющих питания или анафилактическая реакция на них.
2. Ишемия кишечника.
3. Механическая острая кишечная непроходимость.
4. Острый живот.
5. Перфорация кишечника; несостоятельность анастомоза; продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение; высокий свищ тонкой кишки.
6. Сывороточный лактат > 3 ммоль /л (маркёр ацидоза).
7. Гипоксия $pO_2 < 50$ мм рт. ст.
8. $pCO_2 > 80$ мм рт. ст., ацидоз – $pH < 7,2$.

Показания к энтеральному зондовому питанию

1. Отсутствие аппетита и желания принимать пищу.
2. Дисфагия.
3. Нарушение пассажа пищи по пищеводу / желудку.
4. Нарушение сознания.
5. Невозможность приема пищи (повреждения лицевого черепа, глотки, бульбарный синдром, выраженная астения).
6. Медицинские противопоказания к приему пищи (острый панкреатит, стеноз выходного отдела желудка, кишечная непроходимость, анастомозит).
7. Невозможность адекватного питания больного естественным путем при резко возросших потребностях организма в нутриентах (ожоги, тяжелая сочетанная травма, ЧМТ, инсульт, панкреонекроз, сепсис).
8. Необходимость обеспечения максимально раннего послеоперационного восстановления пищеварительной функции ЖКТ – энтеротерапия (минимальное энтеральное питание 200-300 мл/сутки для обеспечения внутрипросветной трофики).

Противопоказания к энтеральному (оро-/назоинтестинальному) зондовому питанию

1. Стриктуры / дивертикулы пищевода.
2. Стеноз / обструкция пищевода.
3. Разрывы пищевода.
4. Переломы носа.

Показания для установки гастростом

Необходимость проведения энтерального питания более 4-6 недель при невозможности получения пищи через рот.

*Противопоказания для установки
эндоскопических гастростом*

Абсолютные:

- перитонит,
- коагулопатия,
- отсутствие возможности диафаноскопии,
- канцероматоз брюшины.

Относительные:

- асцит,
- перитонеальный диализ,
- язва желудка.

*Показания к проведению
парентерального питания*

1. Невозможность установки зонда, формирования гастростомы.
2. Отказ пациента от НГЗ.
3. Упорная рецидивирующая рвота.
4. Парез кишечника.
5. Стеноз и обструкция пищевода.
6. Желудочная или кишечная непроходимость.
7. Ишемия кишечника.
8. Продолжающееся ЖКК.
9. Высокие тонкокишечные свищи.
10. Синдром короткой тонкой кишки.
11. Тяжелое поражение слизистых ЖКТ.
12. Прогнозируемая невозможность реализации оптимального ЭП в ближайшие 3-е суток.
13. Химиолучевая терапия.
14. Неврогенная анорексия
15. Нарастание гипопротеинемии на фоне энтерального питания.

Противопоказания к парентеральному питанию

1. Анурия и гипергидратация без диализа.
2. Жировая эмболия (для жировых эмульсий).
3. Гиперкапния ($\text{pCO}_2 > 80$ мм рт. ст.).
4. Гиперлактатемия (≥ 4 ммоль/л).
5. Декомпенсированный ацидоз ($\text{pH} < 7,2$)

2.5.3. Определение суточной потребности в энергетическом и белковом обеспечении

Определение суточной потребности энергетического и белкового обеспечения необходимо для определения объёма нутритивной поддержки пациента с онкологическим заболеванием.

Оно производится по формуле:

Мужчины: основной обмен = $66,47 + [13,7 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + [5 \times \text{рост (см)}] - [6,8 \times \text{возраст (годы)}]$.

Женщины: основной обмен = $65,51 + [9,563 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + [1,85 \times \text{рост (см)}] - [4,7 \times \text{возраст (годы)}]$.

2.5.4. Физическая активность

Уровень физической активности также значительно влияет на частоту послеоперационных осложнений. Одним из наиболее прогностически значимых методов определения функционального состояния можно считать кардиопульмонарное нагрузочное тестирование (КПНТ).

КПНТ может проводиться на беговой дорожке (тредмил) или велоэргометре – велоэргометрия (ВЭМ). Выбор методики определяется индивидуально. Беговая дорожка позволяет осуществлять постоянно нарастающую нагрузку через комбинацию увеличения скорости и роста угла наклона поверхности.

Протоколы с постоянной нагрузкой приобретают все большую популярность из-за удобства мониторинга ответа кардиореспираторной системы на терапию, анализа динамической вентиляции и кинетики газообмена.

КПНТ, проводимое на тредмиле, имеет ряд преимуществ перед ВЭМ. Для многих людей беговая дорожка является более привычной формой упражнений. Ходьба и бег требует вовлечения в работу всех мышц и приводит к большей нагрузке на все органы. Вследствие этого максимальное потребление O_2 на 5-10% выше на беговой дорожке, чем при ВЭМ. Основной недостаток тредмил-теста – это трудности точного подсчета внешней нагрузки на человека при физическом усилии в связи с влиянием массы тела.

ВЭМ предпочтительней у людей с нарушением походки или равновесия, при ожирении, ортопедических нарушениях, одновременном ультразвуковом исследовании сердца. Велоэргометр требует меньше пространства для проведения исследования, его стоимость ниже, а использование создает меньшее число артефактов при записи ЭКГ.

Современные велоэргометры с электронной системой тормозов обеспечивают одинаковый уровень физической нагрузки при различной скорости кручения педалей. При нарушении функций нижних конечностей можно использовать ручную эргометрию.

В процессе КПНТ определяется максимальная нагрузка Вт, относительная мощность нагрузки Вт/кг, PWC170, PWC170/кг, MET (метаболические эквиваленты), максимальное потребление кислорода VO_{2max} , аэробный порог, анаэробный порог, легочная вентиляция и пр.

Для прогнозирования рисков послеоперационных осложнений наибольшую роль играет анаэробный порог. Анаэробный порог (АП) также называется лактатным или дыхательным пределом. Рассматривается как момент, с которого начинается развитие метаболического ацидоза, вызванного в основном увеличением концентрации лактата в артериальной крови на фоне нагрузки.

Обширная операция (например, радикальная цистэктомия) явля-

ется мощным стимулом для повышенных потребностей в кислороде после операции. АП является признанным маркёром кардиореспираторной подготовленности.

Способность пациентов со сниженным АП (низкий кардиореспираторный резерв) поддерживать аэробный метаболизм ограничена и приводит к развитию тканевой гипоксии и лактат-ацидоза, что является причиной полиорганной недостаточности и послеоперационной смертности. В частности, в одном из исследований снижение АП было в значительной степени связано с развитием основных послеоперационных осложнений (класс Clavien ≥ 3).

Дооперационное выявление пациентов со сниженным предоперационным АП, в первую очередь, предупреждает клиницистов о необходимости быть бдительными в группе высокого риска. Оптимальное пороговое значение АП для прогнозирования осложнений по данным исследования составляет 12 мл/мин/кг. Уровень АП в 10 мл/мин/кг и ниже предсказывает риск возникновения периоперационных осложнений.

Данные литературы показывают, что пациенты с высоким риском (т.е. пациенты с более высокой вероятностью послеоперационных осложнений), которые в рамках предреабилитации выполняли физические упражнения до плановой операции, улучшили свой кардиореспираторный резерв и снизили риски возникновения послеоперационных осложнений.

2.5.5. Отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя

Считается, отказ от курения минимум за 1 месяц до операции помогает минимизировать послеоперационные осложнения. В недавнем обзоре более 11 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с участием 1194 пациентов исследователи пришли к выводу, что прекращение курения в предоперационном периоде

(начатом за 4 недели до операции) привело к улучшению результатов хирургических вмешательств.

Однако прекращение курения непосредственно перед операцией может принести больше вреда, чем пользы. Поэтому в периоперационных руководствах рекомендуется, чтобы пациенты прекратили курить, по крайней мере, за 8 недель до операции, чтобы минимизировать легочные осложнения, которые часто возникают после внезапного прекращения курения у длительно курящих.

Тем не менее, заранее бросить курить не всегда возможно (особенно для онкологических пациентов, для которых время критично). Поэтому, если у пациента возникают подобные трудности, то следует рассмотреть возможность замены никотина, а также следует провести дополнительную профилактику пневмонии (дыхательная гимнастика, при необходимости физиотерапия).

Также за 1 месяц до операции рекомендуется отказаться от чрезмерного употребления алкоголя. В нескольких исследованиях была описана связь между чрезмерным употреблением алкоголя и более высоким риском послеоперационных инфекций, увеличением числа осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, повышением рисков кровотечения.

Таким образом, в предоперационном периоде важную роль играет полноценное информирование пациента о ходе лечения (общение с лечащим врачом), работа с психологом для снижения уровня стресса. Необходима оценка нутритивного статуса и его коррекция при необходимости. Минимум за месяц до операции необходимо рекомендовать пациентам отказаться от курения и чрезмерного употребления алкоголя. Для прогнозирования рисков послеоперационных осложнений необходимо определять анаэробный порог и при недостаточном его значении прибегать к дополнительным физическим упражнениям.

Глава 3.

Послеоперационный период

3.1. Нутритивная поддержка

В послеоперационном периоде пациенты, прооперированные в рамках концепции Fast Track, могут пить жидкости сразу же после окончания постнаркозной депрессии, а затем есть обычную больничную пищу, потребляя $\approx 1200-1500$ ккал/день. Установлено, что раннее энтеральное питание ассоциировано со снижением числа инфекционных осложнений и продолжительности госпитализации. Рекомендовано продолжение нутритивной поддержки (сипинговое питание) по рассчитанным в предоперационном периоде уровням килокалорий на фоне планового приема пищи в стационаре.

3.2. Ранняя активизация

Длительная адинамия увеличивает частоту тромбоэмболических осложнений, дыхательных расстройств, снижает мышечную силу и повышает риск гемодинамических нарушений. Именно поэтому ранняя активизация является необходимым элементом в системе Fast-track. Важным является адекватное обезболивание, своевременное удаление дренажей и катетеров, что позволяет пациенту свободнее двигаться.

Кроме того, пациенту необходимо объяснить безопасность двигательной активности после операции, успокоить его относительно риска «расхождения швов» в раннем послеоперационном периоде.

Подъем пациента с кровати, начиная с 1-х суток после операции, и регулярная активность сопровождаются уменьшением послеоперационных осложнений и длительности пребывания в стационаре.

Неспособность к мобилизации в первый день после операции может быть связана с недостаточным обезболиванием, продолжени-

ем внутривенной инфузии, наличием мочевого катетера и низкой мотивацией пациента, а также сопутствующими заболеваниями. Длительная иммобилизация повышает риск возникновения послеоперационных осложнений и развитие мышечной слабости. В связи с этим должны быть приложены все усилия для послеоперационной активации.

В первые сутки после операции основной акцент делается на дыхательную гимнастику с целью профилактики застойных явлений. Одной из основных задач дыхательной гимнастики является восстановление полноценной глубины дыхания. Для этой цели хорошо подходят упражнения на дыхание с паузами на максимуме вдоха и выдоха (пауза делается, как только возникает ощущение дискомфорта и длится несколько секунд до момента, когда дискомфорт не начнет уменьшаться). За счет подобных пауз постепенно получается увеличить глубину дыхания. Также для увеличения глубины дыхания хорошо подходит диафрагмальное дыхание.

Еще одной целью дыхательной гимнастики является откашливание мокроты. Для подобных задач обычно используются упражнения с акцентом на выдох (удлинённый выдох, порционные выдохи). Также для улучшения отхождения мокроты хорошо показала себя звуковая гимнастика. За счет вибрации, создаваемой звуками, происходит снятие спазма с бронхов и, соответственно, облегчается выведение мокроты.

Дыхательная гимнастика для большей эффективности обычно сочетается с движениями в кистях, стопах, плечах и т.п.

Комплекс дыхательной гимнастики в послеоперационном периоде представлен в приложении.

Кроме дыхательной гимнастики пациенту необходимо объяснить, как правильно и безопасно двигаться, садиться, вставать. Первый подъем пациента с кровати в первые сутки после операции в идеале должен проводиться под контролем лечащего врача и/или специалиста по лечебной физкультуре. До начала подъема важно

максимально подробно рассказать, как будет происходить вертикализация, обратить внимание на сложные моменты, предостеречь от некоторых действий. Для пациентов урологического профиля важно объяснить, что присаживание должно происходить так, чтобы минимально задействовать брюшную стенку, избегать скручиваний и перегибов в корпусе. Отработку присаживания рекомендовано включать в комплекс ЛФК в первые сутки после операции.

Непосредственно комплекс ЛФК в послеоперационном периоде направлен на постепенную активизацию, стимуляцию кровотока, профилактику застойных явлений. Для ЛФК, как для любого метода, существуют определенные противопоказания. К ним относятся: общее тяжелое состояние, высокая температура тела, стойкая боль, опасность внутреннего кровотечения. Особенно стоит необходимость полноценного обезболивания.

В первые несколько суток после операции комплекс должен включать простые упражнения из положения лежа для верхних и нижних конечностей, которые будут подготавливать к постепенному увеличению нагрузки.

Особенно важно уделить внимание упражнениям для стоп, так как при таких движениях активно участвуют мышцы голени, что способствует более активному продвижению венозной крови из нижних конечностей и необходимо для профилактики тромбозов глубоких вен.

Ближе к концу занятия отрабатывается присаживание, делается несколько упражнений в положении сидя и далее осуществляется подъем пациента с кровати и ходьба по палате. В первые несколько суток ЛФК во многом направлена на восстановление бытовой активности. Начиная примерно с 3-х суток после операции можно постепенно увеличивать нагрузку.

Большая часть упражнений выполняется сидя, увеличивается время ходьбы. На этом этапе важно мотивировать пациента самостоятельно поддерживать активность (а не только на занятиях с ин-

структуром ЛФК). В течение всего послеоперационного периода важно акцентировать внимание пациента на том, что все упражнения в комплексах ЛФК и вся двигательная активность не должны сопровождаться болевым синдромом.

В приложении 7 представлены комплексы ЛФК для послеоперационного периода, подробно описан алгоритм присаживания.

3.3. Физиотерапия

При ранней активизации пациентов важным этапом является обезболивание пациента. Основным способом обезболивания, конечно, является медикаментозное обезболивание, однако с точки зрения реабилитолога возможно дополнение стандартных схем анальгезии физиотерапией, ведущим методом которой является транскраниальная электростимуляция (ТЭС).

ТЭС-терапия стимулирует и ускоряет репаративные процессы, обеспечивает безмедикаментозное обезболивание и нормализацию психофизиологического статуса, обладает противовоспалительным и иммуностимулирующим эффектами, оказывает онкопротекторный эффект, нормализует тонус ВНС, приводит в целом к восстановлению нарушенного гомеостаза.

Это позволяет успешно применять ТЭС-терапию при различной акушерско-гинекологической патологии, в том числе при операционных пособиях и родовспоможении. ТЭС-терапия характеризуется высокой эффективностью, безопасностью, простотой, доступностью и экономической рентабельностью. ТЭС-терапия позволяет уменьшить количество необходимых медикаментов и сократить сроки выздоровления.

ТЭС-терапия – неинвазивная избирательная транскраниальная электростимуляция защитных (эндорфинергических и серотонинергических) механизмов головного мозга. ТЭС-терапия является немедикаментозным методом лечения и профилактики различных заболе-

ваний, направленным на нормализацию нарушенных нейрогуморальных механизмов регуляции. ТЭС-терапия выгодно отличается от традиционной медикаментозной терапии (анальгетики, антидепрессанты и др.), и особенно от гормональных препаратов, применение которых рассчитано на заместительный эффект и незначительно для всех заинтересованных систем организма в силу своих неизбежных побочных эффектов.

ТЭС-терапия была разработана с использованием принятых в международной практике принципов доказательной медицины, а именно, правил GLP (good laboratory practice) и GCP (good clinical practice).

К настоящему времени достоверно установлены и систематизированы основные лечебные эффекты ТЭС-терапии.

Нормализация психофизиологического статуса. ТЭС-терапия обладает выраженным стресс-лимитирующим действием. Отмечается устранение симптомов депрессии, снятие утомления, нервного напряжения, повышение нейропсихической устойчивости, нормализация настроения и сна, купирование болевых синдромов.

Анальгетический эффект. В результате ТЭС-терапии происходит снижение чувствительности периферических болевых рецепторов, блокируется проведение болевых импульсов в спинном мозге за счет эндорфинного торможения выделения болевого медиатора (субстанции P), блокируется проведение болевых импульсов на уровне ядер таламуса. В связи с этим анальгетический эффект ТЭС-терапии не зависит от причины и локализации боли. Он наступает уже через 10-15 минут после начала электростимуляции, что связано с достижением высокой концентрации β -эндорфина в мозге, ликворе и крови. Он имеет длительное последствие, увеличивающееся по мере проведения курсового лечения.

Стимуляция процессов репарации. ТЭС-терапия достоверно ускоряет репаративную регенерацию при повреждениях тканей разного типа и разной этиологии: кожного и желудочного эпителия, со-

единительной ткани, гепатоцитов, нервных периферических волокон и др.

Стимуляция иммунитета, торможение роста опухолей, антиаллергический эффект. ТЭС-терапия выражено усиливает образование IgM и подавляет стрессиндуцируемое увеличение синтеза IgE. В рамках иммунного ответа β -эндорфин активирует Т-хелперы и НК-клетки (естественные киллерные клетки). Доказано, что лимфоциты сами способны к выработке β -эндорфина, а нейроэндокринные и иммунокомпетентные клетки имеют опиатные рецепторы. Повышение концентрации β -эндорфина и его взаимодействие с рецепторами активизирует розеткообразование и заверченный фагоцитоз.

Нормализация артериального давления. В целом ряде работ показано, что при ТЭС-терапии происходит ослабление как стимулирующих, так и тормозящих влияний на вазомоторные бульбоспинальные нейроны, расположенные в вентролатеральной области продолговатого мозга. Стимуляция опиоидных систем мозга не только восстанавливает центральную регуляцию гемодинамики, но и нормализует периферическое кровообращение в конечностях и коже.

Антитоксическое действие. ТЭС-терапия нормализует синтетическую и дезинтоксикационную функции печени, способствует нормализации водно-солевого и азотистого обмена, активизирует процессы окислительного фосфорилирования, снижает интенсивность перекисного окисления липидов и др.

ТЭС-терапия основана на принципах доказательной медицины. Ее механизмы в целом ясны и продолжают углубленно изучаться. Это позволяет применять ТЭС-терапию осмысленно в качестве патогенетического метода лечения.

ТЭС-терапия неинвазивна, легко переносится пациентами и вызывает повторяемые выраженные положительные клинические эффекты, практически без побочных явлений.

ТЭС-терапия имеет ограниченное число противопоказаний.

ТЭС-терапия является немедикаментозным методом и позволяет

значительно сократить количество используемых медикаментозных препаратов, включая анальгетики, инфузионные жидкости, антибиотики, иммуномодуляторы, антидепрессанты, некоторые гормональные средства и нередко полностью от них отказаться.

ТЭС-терапия позволяет реально сократить сроки лечения и может использоваться в качестве профилактического средства.

ТЭС-терапия является технически простой процедурой, доступной для освоения медицинским работником любой квалификации и даже самим пациентом под наблюдением врача.

ТЭС-терапия экономически рентабельна.

ТЭС-терапия в послеоперационном периоде положительно влияет на все элементы клиники послеоперационного периода у гинекологических больных. ТЭС-терапия за счет своих эндорфинных механизмов обеспечивает эффективное и адекватное обезболивание. При этом удается значительно, по 20 данным разных авторов от 2,5 до 6 раз, сократить количество необходимых в послеоперационном периоде анальгетиков, а иногда вовсе от них отказаться. Под влиянием ТЭС-терапии происходит достоверно более быстрое восстановление самостоятельного стула. Практически не отмечается парезов кишечника, перитонитов, аллергических реакций. Отчетливо улучшаются процессы репарации, ускоряется заживление операционной раны, минимизируется рубец, что имеет важное косметическое и социальное значение. ТЭС-терапия оказывает важное антистрессорное и психокорректирующее действие. Операции на половой сфере всегда травмируют психику пациентов, что усугубляется неадекватным обезболиванием.

В целом, комплексное влияние ТЭС-терапии обеспечивает оптимизацию послеоперационного течения, восстанавливает психофизиологический статус, эффективное обезболивание, нормализацию тонуса отделов ВНС, ускоряет восстановление физических и социальных кондиций. повышает качество жизни.

3.4. Психологическая реабилитация и коррекция

Основной задачей психологической реабилитации в послеоперационном периоде является снижение уровня беспокойства, возникающего по причинам переживаний из-за прогноза заболевания, совладание с болевым синдромом, улучшение взаимоотношений в семье.

Достижение психоэмоциональной стабильности пациента уменьшает психосоматические реакции и повышает приверженность лечению. Диагностика психосоматических реакций может быть осуществлена посредством «Симптоматического опросника Е. Александровича» (приложение 3).

С помощью методики выделяются следующие нарушения:

- I. Страх, фобии.
- II. Депрессивные расстройства.
- III. Беспокойство, напряжение.
- IV. Нарушение сна.
- V. Истерические расстройства.
- VI. Неврастенические расстройства.
- VII. Сексуальные расстройства.
- VIII. Дерезализация.
- IX. Навязчивости.
- X. Трудности в социальных контактах.
- XI. Ипохондрические расстройства.
- XII. Психастенические нарушения.
- XIII. Соматические нарушения.

Методика применяется для уточнения особенностей психогенной реакции у пациентов по классификации А. В. Гнездилова, включающей следующие синдромы: тревожно-депрессивный, дисфорический, тревожно-ипохондрический, обсессивно-фобический, апатический, астено-депрессивный, астеноипохондрический, деперсонализации, дерезализации, параноидный.

В условиях краткого пребывания пациента в стационаре предла-

гаются следующие методы психологической реабилитации:

1. Психопрофилактика краткосрочная, телесно-ориентированная психокоррекция.
2. Психокоррекция патопсихологическая и нейропсихологическая.

3.4.1. Краткосрочная психопрофилактика, телесноориентированная психокоррекция

Методика краткосрочной психопрофилактики, телесно-ориентированной психокоррекции отражена в приложении 5.

Переходя ко второй фазе аутогенной тренировки, необходимо отметить, что она является уже частью психотерапевтического процесса, основанной на телесно-ориентированном подходе.

Любое эмоциональное напряжение сопровождается мышечной реакцией. В соответствии с этим положением погружение пациента в состояние релаксации с последующей просьбой припомнить обстоятельства, вызывающие тревогу или страхи, позволяет выявить группу мышц, которая «реагирует» на актуализируемую эмоцию. И обратное воздействие на мышцы с помощью расслабления приводит к стабилизации психоэмоционального состояния.

По результатам выявления группы мышц, «отвечающей» за эмоциональное состояние в конкретной ситуации, проводится аналогичная описанной выше работа по выработке навыка саморегуляции, но уже в отношении ограниченного круга мышц. То есть проводится, во-первых, общая релаксация, затем погружение в беспокоящую пациента ситуацию, и третьим этапом является релаксация той области, которая подверглась напряжению в результате погружения в ситуацию тревоги и беспокойства.

В условиях стационара было проведено исследование эффективности предлагаемого метода. Количество испытуемых – 8 человек, 2 мужчин, 6 женщин, возраст от 45 до 65 лет, с диагнозом злокаче-

ственного новообразования различной локализации, с жалобами на бессонницу, беспокойство по поводу результатов лечения, сердцебиение, тревогу. С пациентами была проведена психологическая коррекция по описанной схеме, кроме того, психодиагностика с помощью симптоматического опросника Е. Александровича. Результаты приведены в таблице 4. Для оценки статистической значимости результатов был применен непараметрический критерий Волкогона для зависимых выборок. По окончании психокоррекции пациенты отмечали улучшение психосоматического состояния.

Таблица 4

Результаты исследования изменений в психосоматическом состоянии пациентов по методике Е. Александровича после телесноориентированной психокоррекции

Шкала	Медиана		W-критерий	p
	До психокоррекции	После психокоррекции		
Страх, фобии	12,5	10	36	0,01
Депрессивные расстройства	13	4	36	0,01
Беспокойство, напряжение	19	7,5	36	0,01
Нарушение сна	15,5	4	5	0,05
Истерические расстройства	13,5	4	36	0,01
Неврастенические расстройства	16	12,5	5	0,05
Сексуальные расстройства	2	0	10	-
Дереализация	2	4	25	0,05
Навязчивости	11	4	36	0,01
Трудности в социальных контактах	4	0	10	-
Ипохондрические расстройства	17,5	2	10	-
Психастенические нарушения	6	2	10	-
Соматические нарушения	45	16	36	0,01

Примечание: $n = 8$, $W_{кр} = 1$ ($p \leq 0,01$), $W_{кр} = 5$ ($p \leq 0,05$)

Исходя из данных таблицы 4, можно сказать, что в результате психокоррекции со значимой вероятностью улучшается психосоматическое состояние пациентов. Исключением является состояние дереализации, которое усиливается в незначительных пределах в результате телесноориентированной психокоррекции, что может быть связано с тренировкой навыка погружения в различные состояния, релаксации и ситуации тревоги. В связи с чем следует отметить, что противопоказанием для описанной методики будет выраженная дереализация не только как синдром психогенной реакции, но и как часть более сложного психического отклонения.

3.4.2. Нейро- и патопсихологическая коррекция

Нейро- и патопсихологическая коррекция проводится согласно принципам клинической психологии и по методикам Л.С. Цветковой (1997) и др. В настоящей работе не приводятся подробные описания техник психокоррекции, так как онкоурологическая патология редко отягощается нарушениями работы нервной системы органического характера, но оценка психического статуса пациента является неотъемлемой частью работы клинического психолога, так как существует настоятельная потребность определения его в интересах психопрофилактики, и при обнаружении нарушений работы головного мозга у пациента разрабатывается коррекционная нейропсихологическая программа.

Заключение

Опыт применения вышеизложенных методик реабилитации в FT-хирургии у урологических больных показал, что они позволяют улучшить течение раннего послеоперационного периода и сократить сроки реабилитации.

Комплексное применение описанных принципов позволяет добиться хороших результатов у пациентов с разными онкоурологическими заболеваниями хирургического профиля. Методики реабилитации у пациентов с разными онкоурологическими заболеваниями хирургического профиля отражены в таблице 5.

Таблица 5

Методики реабилитации у пациентов с разными онкоурологическими заболеваниями хирургического профиля

Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Информирование пациентов на дооперационном этапе	Пациенты до операции должны в обязательном порядке быть информированы об особенностях течения периоперационного периода и возможностях ускоренного выздоровления	I C
Оптимизация поведения пациента на догоспитальном этапе	За 1 месяц до операции необходимо отказаться от: – курения – алкоголя	I A I C
Предоперационная подготовка кишечника	Механическая подготовка кишечника не должна рутинно использоваться для хирургических вмешательств на ободочной кишке	I A
Отказ от полного голодания перед операцией.	Пациентам следует разрешить прием жидкости не позднее, чем за 2 часа и твердой пищи за 6 часов до индукции в наркоз.	I B
Применение специальных углеводных смесей перед операцией	Перед плановыми операциями необходимо назначать напиток, содержащий углеводы. У больных с СД углеводный напиток сочетают с приемом противодиабетических препаратов.	I C II D
Премедикация	Пациентам перед операцией не следует рутинно назначать седативные препараты, так	I A

Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
	как они замедляют восстановление в раннем послеоперационном периоде	
Дренирование операционной раны	Не рекомендуется рутинное использование дренажей, поскольку не доказана польза этого вмешательства и замедляется активизация пациентов.	I A
Периоперационная нутритивная поддержка	До операции необходимо оценить алиментарный статус пациента и при наличии недостаточности питания назначить нутритивную поддержку в виде перорального дополнительного питания.	I C
	Голодание в периоперационном периоде должно быть сведено к минимуму. После операции и выхода из постнаркозной депрессии может быть возобновлен обычный прием пищи. Назначение иммунного питания истощенным больным в периоперационном периоде может быть полезно.	I A I C
Профилактика ПОТР	У больных, имеющих два и более фактора возникновения ПОТР, необходимо использовать мультимодальный подход для профилактики и лечения этого осложнения.	I C
Раннее удаление мочевого катетера	Рекомендуется нахождение уретрального катетера в течение 1-2 дней.	I C
	Мочевой катетер может быть извлечен независимо от применения ЭА и ее продолжительности.	II C
Ранняя мобилизация	Длительная иммобилизация повышает риск возникновения послеоперационных осложнений и развитие мышечной слабости. В связи с этим пациентам необходима ранняя мобилизация в послеоперационном периоде.	I C

Примечание: уровни доказательности и градации рекомендаций, используемые в руководствах американского общества клинической онкологии (ASCO).

Протокол полуструктурированного интервью

Общие сведения:

ФИО _____

Возраст _____

Диагноз _____

Отделение, палата _____

Телефон _____

Оценка психической активности:

Сознание (подчеркнуть): ясное, расстроенное (кома, сопор, оглушение), помрачено (онейроид, делирий, сумеречное).

Ориентация в пространстве, времени и личности: _____

Неврологические нарушения (подчеркнуть): мышечный тонус, моторика, речь, разорванность речи, критика к болезни, к своему поведению, к окружающим.

Жалобы: _____

Из анамнеза (подчеркнуть): ЧМТ, инсульт, энцефалит, менингит. Год, последствия, операции на головном мозге, спинном мозге, хронические заболевания, вредные привычки, ведущая рука, принимаемые препараты: _____

Эмоциональная сфера (подчеркнуть): ослабление эмоций, безразличие, отсутствие эмоций, усиление эмоции, напряжённость, страхи, тревожность, депрессия, эйфория, извращение эмоции, неадекватность эмоций, негативизм, эмоциональная лабильность, инертность, насильственные эмоциональные реакции (смех, плач).

Психическая активность (подчеркнуть): полная, истощаемость,

заторможенность, инактивность, аспонтанность, двигательная спонтанность, брадикинезия, речевая аспонтанность, брадикинезия, возбуждение общее, расторможенность, речевое возбуждение, многоречивость, резонерство.

Уточняющие вопросы для выявления типа психогенной реакции

Синдромы (подчеркнуть): тревожно-депрессивный, дисфорический (брутальность, хаотичность жалоб, эпилептоидность), тревожноипохондрический, обсессивно-фобический (психастения), апатический, астенодепрессивный, астеноипохондрический, деперсонализации, дереализации (истероидность) параноидный (агрессия, логичность жалоб, шизоидность):

Как можно назвать ваши чувства?

Тревога: тревога, беспокойство.

Депрессия: угнетенность, чувство вины, потеря веры в свои силы, предчувствие неудачи.

Дисфория: раздражение, сильное внутреннее мучительное напряжение, злость, трудно управляемый гнев.

Ипохондрия: концентрируете ли вы внимание на своих внутренних ощущениях, работе сердца пищеварения?

Фобии: парализующий страх, приступ панического страха.

Обсессия: многократная, затрудняющая жизнь, проверка, всё ли правильно сделано, например, все ли документы собраны, закрыта ли дверь и прочее, навязчиво появляющиеся мысли и представления или действия, например, пересчитывание предметов.

Апатия: отсутствие жизненных сил, желаний, чувств.

Астения и проверка необходимости патопсихологического исследования: чувство слабости и усталости с утра, ухудшение памяти, снижена память на текущие события? Давно ли нарушилась память? Помните только отдаленное прошлое? Используете ли вы составление списков, планов, напоминаний, например, с помощью крестика на руке? Испытываете ли вы беспокойство, если не завершили какое-

либо дело или по поводу того, что вы могли что-то забыть? Беспокоит ли вас рассеянность внимания, отвлекаемость, снижение скорости мышления, постоянное чувство усталости?

Дереализация, деперсонализация: Есть ли у вас ощущение будто знакомые предметы стали странными, чужими, будто окружающий мир скрыт туманом, не реален, чувство отчужденности своего тела, будто живёшь как во сне, случаются ли дежавю.

Суицидные тенденции (упоминание пациентом темы прекращения жизни, самоубийства, резко сниженное настроение).

Нейропсихологическая и патопсихологическая диагностика:

- Тест «10 слов».
- Динамический праксис.
- Системные персеверация.
- Эхолоалия.
- Эхопраксия.
- Интерпретация сюжетных картин.
- Цветоразличение.
- Письмо.
- Реципрокность.
- Счёт вслух.
- Пробы Хэда.
- Узнавание тактильного образа.
- Одновременное прикосновение.
- Оpozнание предметов на ощупь.
- Называние пальцев.
- Кинестетический праксис.
- Трёхмерные рисунки.
- Чтение букв.
- Счёт в уме.

- Логико-грамматические конструкции.
- Чтение слогов.
- Чтение текста «Галка и голуби» разъединенный вариант.
- Таблицы Шульта.
- Запоминание трудно вербализуемых фигур.
- Узнавание предметов.
- Узнавание предметов на картинках.
- Портреты.
- Пересказ текста «Галка и голуби».
- Распознавание бытовых шумов.
- Узнавание мелодий.
- Воспроизведение ритма.
- Узнавание женских и мужских голосов.
- Эмоциональное различение в голосе.
- Долговременная память.
- Проба с дигалпоскопом (по одной картинке на правый и левый глаз).
- Рисунок левой и письмо правой рукой.
- Исключение лишнего.
- Классификация понятий.
- Проба на парабиоз.

Нарушение операциональной стороны мышления: снижение уровня обобщения, искажение обобщения.

Нарушение личностного компонента мышления: разноплановость с наплывом эмоции и ассоциации, резонерство с усилением эмоционального компонента, разорванность речи.

Нарушение динамики мыслительной деятельности: лабильность мышления: конкретно ситуационные решения наряду с правильным обобщением, инертность мышления.

Нарушение процессов саморегуляции познавательной деятельности: неспособность к децентрации, нарушение функции: контрольной, конструктивной – перестройка плана действия, продуктивной – мобилизация, усиление защитной функции (уход из ситуации).

Личностные особенности: нарушение структуры и иерархии мотивов, нарушение характерологических особенностей личности, нарушение опосредования и саморегуляции – ПТСР, неактивность, аспонтанность, расторможенность. Патологические потребности и мотивы – булимия, анорексия, др.

Нарушение критики своей деятельности.

Нарушение смыслообразования – сужение круга смыслообразования в отношении учёбы, профессии, др., парадоксальность смыслообразования.

Заключение:

Шкала депрессии Зунга в адаптации Т.И. Балашовой

Полное тестирование с обработкой занимает 20-30 минут. Инструкция к тесту: прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

- А (1) – никогда или изредка.
 - В (2) – иногда.
 - С (3) – часто.
 - D (4) – почти всегда или постоянно.
-
1. Я чувствую подавленность.
 2. Утром я чувствую себя лучше всего.
 3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам.
 4. У меня плохой ночной сон.
 5. Аппетит у меня не хуже обычного.
 6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом.
 7. Я замечаю, что теряю вес.
 8. Меня беспокоят запоры.
 9. Сердце бьется быстрее, чем обычно.
 10. Я устаю без всяких причин.
 11. Я мыслю так же ясно, как всегда.
 12. Мне легко делать то, что я умею.
 13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте.
 14. У меня есть надежды на будущее.
 15. Я более раздражителен, чем обычно.

16. Мне легко принимать решения.
17. Я чувствую, что полезен и необходим.
18. Я живу достаточно полной жизнью.
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру.
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда.

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

$$\text{УД} = \Sigma_{\text{пр.}} + \Sigma_{\text{обр.}}, \text{ где}$$

$\Sigma_{\text{пр.}}$ – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma_{\text{обр.}}$ – сумма цифр, «обратных» зачеркнутым, к высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Например,

- у высказывания № 2 зачеркнута цифра 1, мы ставим в сумму 4 балла;

- у высказывания № 5 зачеркнут ответ 2 – ставим в сумму 3 балла;

- у высказывания № 6 зачеркнут ответ 3 – ставим в сумму 2 балла;

- у высказывания № 11 зачеркнут ответ 4 – ставим в сумму 1 балл и т.д.

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

- Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.

- Если УД от 50 до 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза.

- Показатель УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия.

- Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

Симптоматический опросник Е. Александровича

Вопросы этого опросника касаются недомоганий и трудностей, которые часто встречаются при неврозах. Информация о том, какие из них проявлялись в течение последней недели, позволит лучше понять, что беспокоит Вас в настоящее время.

Просим Вас внимательно прочесть каждый вопрос и отметить тот из ответов, который наиболее полно соответствует степени, в какой то или иное недомогание беспокоит Вас.

Варианты ответов:

- Не было такого.
- Было, но лишь незначительно тяготило.
- Было средней тяжести.
- Было и очень тяготило.

Стимульный материал:

- Страх, постоянно появляющийся во время пребывания на балконах, мостах, на высоте и т.д.
- Чувство печали, угнетенности.
- Сдавленность, чувство как бы кома в горле.
- Постоянное чувство беспричинной тревоги.
- Частые слезы.
- Чувство усталости, слабости после пробуждения утром, проходящее в течение дня.
- Неудовлетворенность сексуальной жизнью.
- Чувство, будто знакомые предметы стали странными и чужими.
- Рвота в ситуациях нервного напряжения.
- Плохое самочувствие в местах скопления людей.
- Кожный зуд, быстро появляющаяся и исчезающая сыпь.

- Многократная, затрудняющая жизнь проверка, все ли правильно сделано (закрыта ли дверь, выключен ли газ и т.д.).
- Судороги в мышцах, появляющиеся при выполнении только определенных действий (например, судороги в пальцах при письме, игре на музыкальных инструментах и т.д.).
- Головокружение.
- Недостаток самостоятельности.
- Чувство мучительного внутреннего напряжения.
- Обнаружение у себя признаков различных серьезных заболеваний.
 - Навязчиво появляющиеся, мешающие упорные мысли, слова, представления.
 - Страшные сны, ночные кошмары.
 - Учащенное, сильное сердцебиение, не вызванное физическим усилием.
 - Страх или другие неприятные переживания, постоянно возникающие, когда вокруг нет людей (например, в пустой квартире).
 - Сильное чувство вины, самообвинение.
 - Потеря чувствительности кожи в какой-либо части тела.
 - Парализующий необъяснимый страх, делающий невозможным какое-либо действие.
 - Глубокое, интенсивное переживание неприятных событий.
 - Ухудшение памяти.
 - Трудности в сексуальной жизни (например, отсутствие эрекции, преждевременная эякуляция у мужчин; спазмы мышц у женщин и др.).
 - Чувство, будто мир, окружение как бы скрыто туманом.
 - Головная боль, мешающая что-либо делать.
 - Мучительное чувство одиночества.
 - Вздутие живота, непроизвольное выделение газов.

- Многократное повторение одних и тех же ненужных или бессмысленных действий.

- Заикание.

- Ощущение прилива крови к голове.

- Затрудняющая жизнь неуверенность в себе.

- Рассеянность, мешающая деятельности.

- Отнимающие много времени действия и процедуры (ритуалы), целью которых является избежать болезни.

- Постоянная борьба с навязчиво возвращающимися мыслями о желании нанести кому-либо вред, оскорбление и т.д.

- Трудности засыпания.

- Боли в сердце.

- Страх, постоянно возникающий при нахождении в движущемся транспорте.

- Потеря веры в свои силы.

- Кратковременная обездвиженность, невозможность двигать руками или ногами.

- Приступы панического ужаса.

- Подверженность сильным, глубоким переживаниям.

- Чувство, будто мышление значительно затруднено и менее ясно, чем обычно.

- Нежелание вступать в сексуальные контакты с лицами противоположного пола.

- Чувство, будто окружающий мир нереален.

- Сухость во рту.

- Избегание людей, даже близких знакомых.

- Обмороки.

- Не поддающаяся контролю внутренняя необходимость выполнения ненужных движений (например, многократного ненужного мытья рук, прикосновения к чему-либо...).

- Резкие, произвольные движения (тики).
- Отсутствие аппетита.
- Беспомощность, жизненная «неумелость».
- Нервность, хаотичность в движениях, снижающая эффективность действий.
- Постоянная концентрация внимания на телесных функциях (например, на работе сердца, пульсе, пищеварении и т.д.).
- Возникающие против воли навязчивые мысли непристойного или кощунственного содержания.
- Приступы голода (например, необходимость еды ночью).
- Чувство тепла и (или) холода без видимой причины.
- Страх, появляющийся всегда во время нахождения на открытом пространстве, например, на большой площади.
- Желание покончить с собой.
- Периодические нарушения зрения и слуха.
- Беспокойство.
- Невозможность сдерживать свои чувства, невзирая на последствия.
- Трудности в концентрации, сосредоточении внимания.
- Значительное ослабление или утрата полового влечения.
- Чувство чуждости собственного тела.
- Понос.
- Чувство стыда и скованности в присутствии лиц противоположного пола.
- Страх и (или) другие неприятные переживания, появляющиеся только во время пребывания в закрытых помещениях.
- Замедленность движений и мыслей, апатия.
- Невозможность издать звуки, немота, внезапно появляющаяся и исчезающая.
- Запоры.

- Чувство, будто Вы хуже других людей.
- Ломка, битье, уничтожение предметов от злости или при нервном возбуждении.
 - Опасение за свое здоровье (страх заболеть каким-либо серьезным заболеванием).
 - Упорное, навязчивое, ненужное пересчитывание, например, прохожих, фонарей, автомашин.
 - Частое пробуждение ночью.
 - Покраснение лица, шеи, груди.
 - Чувство страха, возникающее при нахождении в толпе.
 - Пессимизм, предчувствие неудач и провалов в будущем.
 - Недомогания, возникающие в трудных и неприятных ситуациях.
 - Необоснованное чувство опасности, угрозы.
 - Неожиданное бурное переживание радости, счастья, экстаза.
 - Постоянное чувство усталости.
 - Неприятные переживания, связанные с онанизмом.
 - Чувство, будто Вы живете как во сне.
 - Дрожь в мышцах рук, ног или всего тела.
 - Чувство, что Вы легко поддаетесь влиянию других людей.
 - Аллергические недомогания («сенная» лихорадка, быстро возникающие и проходящие отеки и др.).
 - Внутренняя необходимость выполнять какие-либо действия очень медленно и педантично.
 - Судороги мышц в различных частях тела.
 - Скопление чрезмерного количества слюны во рту.
 - Погружение в грезы наяву.
 - Не поддающиеся управлению взрывы злости и гнева.
 - Чувство, что Вы больны какой-то тяжелой, угрожающей Вашей жизни болезнью.

- Чрезмерная жажда.
- Бессонница.
- Сильное чувство холода и (или) тепла, возникающее без видимой причины.
 - Сильный страх предметов, животных или мест, бояться которых нет причины.
 - Нехватка силы или энергии в какой-либо деятельности.
 - Затруднение дыхания (например, чувство недостатка воздуха или одышка, появляющиеся внезапно и быстро проходящие).
 - Чувство тревоги, беспокойства перед какими-то событиями, встречами и т. д.
 - Чувство, что Вас недооценивают.
 - Снижение быстроты мышления, потеря сообразительности.
 - Боли или другие неприятные ощущения в половых органах.
 - Впечатление, что Вы уже однажды видели то, что на самом деле видите сейчас впервые.
 - Неприятные ощущения или боль, возникающие под влиянием шума, яркого света или легких прикосаний и др.
 - Чувство, что люди относятся к Вам враждебно.
 - Непроизвольное мочеиспускание (например, во время сна).
 - Злоупотребление алкоголем.
 - Непроизвольное дрожание век, лица, головы или других частей тела.
 - Неприятное потение в моменты волнения.
 - Чувство, что Вы подчиняетесь (покоряетесь) другим людям.
 - Постоянное чувство злости, гнева.
 - Неопределенные, блуждающие боли.
 - Чувство протеста (бунта).
 - Чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть и которое вынуждает засыпать хотя бы на какие-то моменты, незави-

симо от обстоятельств.

- Чувство прилива крови к голове.
- Тревога за близких людей, которым в действительности ничто не угрожает.

- Чувство, что Вы хуже, чем другие люди.
- Нарушение равновесия.
- Страх, что с Вами что-то произойдет, или Вы сами сделаете себе что-либо ужасное (например, выброситесь из окна, или произойдет какая-то катастрофа и т. п.).

- Чувство, что окружающие не интересуются Вами и Вашими делами.

- Наплыв мыслей.
- Нарушение месячных (у женщин).
- Чувство бесцветности (бледности), малой интенсивности переживаний.

- Чувство мышечного напряжения.
- Потребность в одиночестве.
- Жжение в пищеводе, изжога.
- Учащенное мочеиспускание.
- Судорога, вынуждающая постоянно вертеть головой.
- Мышечные боли (например, боли в пояснице, грудной клетке и т. п.).

- Шум в ушах.
- Тошнота, предобморочное состояние.
- Снижение половой потенции.
- Впечатление, что уже был в каком-то месте или ситуации, в которой на самом деле сейчас находишься впервые.

I. Страх, фобии – 1, 4, 21, 24, 41, 44, 61, 71, 81, 84, 101, 104, 121, 124.

II. Депрессивные расстройства – 2, 22, 42, 62, 75, 82, 122.

III. Беспокойство, напряжение – 16, 36, 56, 64, 76, 96, 112, 116, 118, 126.

IV. Нарушение сна – 19, 39, 79, 99, 119.

V. Истерические расстройства – 5, 25, 45, 65, 85, 105, 125.

VI. Неврастенические расстройства – 6, 26, 46, 66, 72, 86, 102, 106.

VII. Сексуальные расстройства – 7, 27, 47, 67, 87, 107, 137.

VIII. Дерезализация – 8, 28, 48, 68, 88, 108, 128, 138.

IX. Навязчивости – 12, 18, 32, 38, 52, 58, 78, 92.

X. Трудности в социальных контактах – 10, 30, 50, 70, 130.

XI. Ипохондрические расстройства – 17, 37, 57, 77, 97, 117.

XII. Психастенические нарушения – 15, 35, 55, 90, 95, 110, 115.

XIII. Соматические нарушения – 3, 9, 11, 13, 14, 20, 23, 29, 31, 33, 34, 40, 43, 49, 51, 53, 54, 59, 60, 63, 69, 73, 74, 80, 83, 89, 91, 93, 94, 98, 100, 103, 109, 111, 113, 114, 120, 123, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136.

Баллы начисляются по следующей схеме:

- «Не было такого» – 0 баллов.
- «Было, но лишь незначительно тяготило» – 4 балла.
- «Было средней тяжести» – 5 баллов.
- «Было и очень тяготило» – 7 баллов.

Подсчитывается сумма баллов по отдельным субшкалам (I-XIII) и общая сумма баллов (суммирование показателей всех субшкал I-XIII).

Нервномышечная релаксация

Цель: Обучение мышечному расслаблению.

Оснащение: Обстановка, в которой пациент мог бы удобно лечь или сесть.

Занятие 1

Инструкция:

1. Доминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
2. Доминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
3. Недоминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
4. Недоминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
5. Мышцы верхней трети лица: поднимите брови как можно выше.
6. Мышцы средней трети лица: сведите как можно сильнее глаза кнутри и максимально наморщите нос.
7. Мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад.
8. Мышцы шеи: наклоняйте подбородок к груди и в то же самое время препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи.
9. Грудь, мышцы надплечий и спины: максимально соедините лопатки книзу и к середине.
10. Мышцы живота: напрягите максимально все мышцы брюшного пресса, как будто вас сейчас ударят в живот.
11. Доминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.

12. Доминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.

13. Доминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.

14. Недоминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.

15. Недоминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.

16. Недоминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.

Занятие 2

Инструкция: Повторяйте, пожалуйста, в полголоса то, что я буду говорить и выполняйте упражнения.

Занятие 3

Упражнение: Самостоятельное упрощение пациентом аутогенной формулы и мышечная релаксация.

Инструкция: Я буду называть вам часть тела, а вы должны сначала напрячь ее, а затем расслабить. Причем, каждый раз надо сказать себе что именно вы собираетесь сделать: вызвать напряжение в мышцах или расслабление.

Занятие 4

Упражнение: Усложнение аутогенной формулы при помощи психолога до исходного уровня.

Инструкция: Постарайтесь вспомнить формулу расслабления, если что-то забудете, то я вам помогу. Напоминаю вам формулу: «Я чувствую напряжение в мышцах (какая-либо группа мышц). Мои мышцы постепенно расслабляются. Мои мышцы полностью расслабились».

Занятие 5

Упражнение: Самостоятельное проговаривание пациентом аутогенной формулы в исходном сложном виде.

Инструкция: Постарайтесь вспомнить формулу расслабления, если что-то забудете, то я вам помогу.

Занятие 6

Упражнение:

1 часть: Формулирование своего аутогенного вербального кода.

2 часть: Осуществление мышечной релаксации при контроле ощущений и действий посредством внутренней речи и при помощи своей вербальной аутогенной формулы.

**Краткосрочная психопрофилактика,
телесноориентированная психокоррекция**

Погружение в состояние релаксации. Инструкция пациенту: лягте на спину, закройте глаза. Я буду проговаривать формулу расслабления и переключать кисть вашей руки, сначала на низ живота, затем на область нижнего края ребер, на ключицы. Слушайте и старайтесь расслабиться и почувствовать то, что я буду говорить.

Аутогенная формула

Мышцы ног постепенно расслабляются, по ногам разливается приятное тепло, мышцы ног становятся теплыми и мягкими, ноги полностью расслаблены. Дышится легко и свободно, дышится легко и свободно. Расслабляются мышцы живота, тепло поднимается постепенно вверх, живот становится тёплым и мягким, мышцы живота полностью расслаблены. Дыхание спокойное, ровное, глубокое. Расслабляются мышцы спины, мышцы спины становятся теплыми и мягкими. Дышится легко и свободно. Мышцы спины полностью расслаблены. Расслабляются мышцы груди, воздух легко проникает в грудную клетку и легко выходит из неё, дыхание спокойное, ровное, глубокое. Расслабляются мышцы рук, мышцы рук становятся теплыми и мягкими, руки полностью расслаблены. Тепло поднимается выше, распространяется по мышцам шеи, мышцы шеи становятся теплыми и мягкими. Дышится легко и свободно. Шея полностью расслаблена. Расслабляются затылок, темя и виски, расслабляется и разглаживается лоб, на лбу ощущается приятный холодок, как дуновение ветра. Расслабляются мышцы лица, расслабляются мышцы глаз и щек, расслабляется и слегка приоткрывается рот, расслабляется нижняя челюсть. Дыхание спокойное, ровное, глубокое. Всё тело полностью расслаблено.

Инструкция пациенту

Вспомните, пожалуйста, ситуацию, которая вызывает у вас тревогу (страх, иные переживания), погрузитесь в эту ситуацию. Какие области в теле у вас напрягаются при появлении этих переживаний, какие мышцы напряжены?

Даются рекомендации в соответствии с консультацией врача ЛФК и не имеющие противопоказаний с позиции лечебного процесса, способствующие расслаблению мышц, названных пациентом. Наиболее оптимальным вариантом представляются упражнения на релаксацию по Джекобсону, описанные выше.

Дальнейшая работа с пациентом строится следующим образом. Из предложенной инструкции выбираются упражнения, которые будут соответствовать группам мышц пациента, названным им в процессе погружения в ситуацию тревоги. Далее схема работы та же, что и в приложении 4.

Занятие 1

Инструкция:

1. Доминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
2. Доминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
3. Недоминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
4. Недоминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
5. Мышцы верхней трети лица: поднимите брови как можно выше.
6. Мышцы средней трети лица: сведите как можно сильнее глаза кнутри и максимально наморщите нос.
7. Мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад.
8. Мышцы шеи: наклоняйте подбородок к груди и в то же самое

время препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи.

9. Грудь, мышцы надплечий и спины: максимально соедините лопатки книзу и к середине.

10. Мышцы живота: напрягите максимально все мышцы брюшного пресса, как будто вас сейчас ударят в живот.

11. Доминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.

12. Доминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.

13. Доминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.

14. Недоминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.

15. Недоминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.

16. Недоминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.

Занятие 2

Инструкция: Повторяйте, пожалуйста, в полголоса то, что я буду говорить и выполняйте упражнения.

Занятие 3

Упражнение: Самостоятельное упрощение пациентом аутогенной формулы и мышечная релаксация.

Инструкция: Я буду называть вам часть тела, а вы должны сначала напрячь ее, а затем расслабить. Причем каждый раз надо сказать себе что именно вы собираетесь сделать: вызвать напряжение в мышцах или расслабление.

Занятие 4

Упражнение: Усложнение аутогенной формулы при помощи

психолога до исходного уровня.

Инструкция: Постарайтесь вспомнить формулу расслабления, если что-то забудете, то я вам помогу. Напоминаю вам формулу: «Я чувствую напряжение в мышцах (какая-либо группа мышц). Мои мышцы постепенно расслабляются. Мои мышцы полностью расслабились».

Занятие 5

Упражнение: Самостоятельное проговаривание пациентом аутогенной формулы в исходном сложном виде.

Инструкция: Постарайтесь вспомнить формулу расслабления, если что-то забудете, то я вам помогу.

Занятие 6

Упражнение:

1 часть: Формулирование своего аутогенного вербального кода.

2 часть: Осуществление мышечной релаксации при контроле ощущений и действий посредством внутренней речи и при помощи своей вербальной аутогенной формулы.

Дыхательная гимнастика

№	Исходное положение (ИП)	Описание упражнения	Количество повторений	Методические указания
1	ИП-лежа на спине, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельно; руки – на живот	Диафрагмальное дыхание: вдох через нос, живот выпячивается вперед. Пауза. Выдох через рот, живот втянуть. После выдоха пауза.	4-6 раз	Темп медленный.
2	То же	Повороты головы: вправо – выдох, прямо – вдох, влево – выдох, прямо – вдох.	3-5 раз	Темп медленный; Дыхание диафрагмальное (см. упр. 1). Выполняется попеременно в правую и левую сторону.
3	То же	Наклоны головы: вправо – выдох, прямо – вдох, влево – выдох, прямо – вдох. Голова скользит по опоре.	3-5 раз	Темп медленный; Дыхание диафрагмальное (см. упр. 1). Выполняется попеременно в правую и левую сторону.
4	То же	Дробное дыхание. Носом вдох, пауза. Выдох ртом делится на две порции с маленькими паузами между (вдоха между 2 порциями выдоха нет).	3-5 раз	Темп медленный. Диафрагмальное дыхание. Можно увеличивать число порций выдоха до 3, если у пациента хорошо получается.

№	Исходное положение (ИП)	Описание упражнения	Количество повторений	Методические указания
5	ИП - сидя, ноги согнуты в коленных суставах, стопы касаются пола	Звуковая гимнастика. На выдохе произносятся по очереди звуки «У», «О», «А», «И».	3-4 раза	Звук произносится достаточно громко, тянется как можно дольше. Пациент должен ощущать мелкую вибрацию в грудной клетке. Следить, чтобы у пациента не возникало головокружения.
6	То же	Звуковая гимнастика. На выдохе произносится звук «Р».	3-4 раза	Язык ставится на верхнее нёбо, при произношении звука отчетливая вибрация. Если у пациентки не получается воспроизвести этот звук - попросить произносить слова с данным звуком.
7	То же	Звуковая гимнастика. На выдохе произносится звук «Ф».	5-6 раз	Звук произносится максимально длительно. Без усиления болевого синдрома (при необходимости попросить пациента практически не задействовать брюшной пресс).

№	Исходное положение (ИП)	Описание упражнения	Количество повторений	Методические указания
8	То же	Звуковая гимнастика. На выдохе произносится слог «ХА». Имитация кашля.	4-6 раз	Звук произносится достаточно резко, но без усиления болевого синдрома. Если упражнение хорошо получается у пациента, то просим произнести слог 2-3 раза подряд на одном дыхании (по аналогии с дробным дыханием).
9	То же	Вдох через нос, живот выпячивается вперед. Пауза. Выдох через рот, живот втянуть. После выдоха пауза. Восстановление дыхания.	3-5 раз	Темп медленный. Коррекция осанки до болевого синдрома.

**Комплекс упражнений для пациентов онкоурологического
профиля в раннем послеоперационном периоде
(1-3 сутки после операции)**

№	Исходное положение (ИП)	Описание упражнения	Количество повторений	Методические указания
1	ИП-лежа на спине, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельно; руки – на живот.	Диафрагмальное дыхание: вдох через нос, живот выпячивается вперед. Пауза. Выдох через рот, живот втянуть. После выдоха пауза.	4-6 раз	Темп медленный.
2	То же	Повороты головы: вправо – выдох, прямо – вдох, влево – выдох, прямо – вдох.	3-5 раз	Темп медленный; Дыхание диафрагмальное (см. упр. 1). Выполняется попеременно в правую и левую сторону.
3	То же	Сгибание и разгибание пальцев рук.	4-6 раз	С максимальной амплитудой, в медленном темпе. Дыхание произвольное. Выполняется одновременно двумя руками.
4	То же	Сведение и разведение пальцев рук.	4-6 раз	
5	ИП – лежа на спине, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельно; руки – согнуты в локтевых суставах.	Поочередное противопоставление большого пальца остальным.	4-6 раз	Темп медленный, дыхание произвольное. Упражнение выполняется в обе стороны (как от указательного пальца к мизинцу, так и наоборот).

6	То же	Круговые движения в лучезапястных суставах.	4-6 раз	Темп медленный, дыхание произвольное. Упражнение выполняется по часовой и против часовой стрелки (в каждую сторону).
7	ИП – лежа на спине, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельно; руки – вдоль туловища.	Вдох – сгибание руки в локтевом суставе, выдох – разгибание.	6-8 раз	Темп медленный. Дыхание произвольное, выполняется попеременно двумя руками.
8	То же	Вдох – поднять здоровую руку вверх, Выдох – опустить.	6-8 раз	Темп медленный.
9	ИП – лежа на спине, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельно; руки – на живот.	Вдох через нос, живот выпячивается вперед. Пауза. Выдох через рот, живот втянуть. После выдоха пауза.	4-6 раз	Темп медленный.
10	То же	Сгибание-разгибание пальцев ног.	8-10 раз	Темп средний, с максимальной амплитудой.
11	То же	Тыльное и подошвенное сгибание стоп.		
12	То же	Круговые движения в голеностопных суставах.	8-10 раз	Темп средний, дыхание произвольное. Упражнение выполняется по часовой и против часовой стрелки (в каждую сторону).

13	То же	Сгибание ноги в коленном суставе, пятка скользит по кровати.	6-8 раз	Темп медленный, дыхание диафрагмальное; выполнять обеими ногами попеременно. Вдох – сгибание, выдох – разгибание.
14	То же	Отведение ноги в сторону без отрыва ноги от опоры.	6-8 раз	Темп медленный, дыхание диафрагмальное; выполнять поочередно обеими ногами. Выдох-отведение. Вдох-приведение.
15	Переход из ИП – лежа в ИП – сидя с опущенными ногами	Согнуть ноги в коленных суставах, повернуть таз в сторону (на противоположную от операции сторону или сторону свободную от дренажей), опереться о матрац локтем, свесить ноги с кровати – сесть.	1 раз	Первая посадка выполняется с помощью медицинского персонала, а в дальнейшем – самостоятельно. При необходимости выполнить еще один раз максимально самостоятельно.
16	ИП – сидя, ноги согнуты в коленных суставах, стопы касаются пола.	Вдох через нос, живот выпячивается вперед. Пауза. Выдох через рот, живот втянуть. После выдоха пауза.	3-5 раз	Темп медленный. Коррекция осанки до болевого синдрома.
17	Переход из ИП – сидя в ИП – стоя.	Переход в ИП – стоя; голова смотрит прямо, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельны	1 раз	Темп медленный. Выполняется по самочувствию и в отсутствие противопоказаний с стороны лечащего врача

18	ИП – стоя; голова смотрит прямо, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельны.	Перенос веса с одной ноги на другую. При отсутствии головокружения и шаткости – ходьба в пределах палаты.	1 раз	Темп медленный. Коррекция осанки до болевого синдрома. Выполняется по самочувствию и в отсутствие противопоказаний с стороны лечащего врача.
----	--	---	-------	--

**Комплекс лечебно-гимнастических упражнений
отсроченного послеоперационного периода
(4-7 сутки после операции)**

№	Исходное положение (ИП)	Описание упражнения	Количество повторений	Методические указания
1	ИП – лежа на спине, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельно; руки – на живот.	Вдох через нос, живот выпячивается вперед. Пауза. Выдох через рот, живот втянуть. После выдоха пауза.	4-6 раз	Темп медленный.
2	То же	Повороты головы: вправо – выдох, прямо – вдох, влево – выдох, прямо – вдох.	6-8 раз	Темп медленный; Дыхание диафрагмальное (см. упр. 1). Выполняется попеременно в правую и левую сторону.
3	То же	Наклоны, скользя головой по опоре: Выдох – наклонить голову, вдох – вернуться в ИП.	6-8 раз	Темп медленный; Дыхание диафрагмальное (см. упр. 1). Выполняется попеременно в правую и левую сторону.
4	То же	Сгибание и разгибание пальцев рук.	4-6 раз	С максимальной амплитудой, в медленном темпе. Дыхание произвольное. Выполняется одновременно двумя руками.
5	То же	Круговые движения в лучезапястных суставах.	4-6 раз	Темп медленный, дыхание произвольное. Упражнение выполняется по

				часовой и против часовой стрелки (в каждую сторону).
6	ИП – лежа на спине, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельно; руки – вдоль туловища.	Вдох-сгибание рук в локтевом суставе со сжатием пальцев в кулак, выдох-разгибание.	6-8 раз	Темп медленный. Дыхание произвольное, выполняется одновременно двумя руками.
7	То же	Вдох – поднять прямую руку вверх, Выдох – опустить.	6-8 раз	Темп медленный. Выполняется поочередно обеими руками.
8	То же	Пронация и супинация в плечевых суставах.	6-8 раз	Темп медленный, дыхание произвольное.
9	ИП – лежа на спине, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельно; руки – на живот.	Дробное дыхание. На счет «один-два-три» – вдох через нос, живот выпячивается вперед, на счет «четыре» – пауза (на высоте последнего вдоха). «Пять-шесть-семь-восемь» – выдох через рот, живот втянуть, «девять-десять» – пауза.	3-5 раз	Темп медленный
10	То же	Сгибание-разгибание пальцев ног.	8-10 раз	Тем средний, с максимальной амплитудой.
11	То же	Тыльное и подошвенное сгибание стоп.	3-5 раз	Темп медленный.
12	То же	Круговые движения в голеностопных суставах.	8-10 раз	Темп средний, дыхание произвольное. Упражнение

				выполняется по часовой и против часовой стрелки (в каждую сторону).
13	То же	Сгибание ноги в коленном суставе, с надавливанием пяткой на опору.	6-8 раз	Темп медленный, дыхание диафрагмальное; выполнять обеими ногами попеременно. Вдох-сгибание, выдох-разгибание.
14	ИП – лежа на спине, ноги – на ширине плеч, согнуты в коленях; стопы параллельно. Руки согнуты в локтях, прижаты к туловищу.	Поднятие таза с опорой на стопы: Без движения выполнить вдох диафрагмой. На выдохе приподнять таз, частично перемещая тяжесть тела на стопы.	8-10 раз	Темп медленный. Следить за болевым синдромом пациента, все движения выполняются до боли.
15	Переход из ИП – лежа в ИП – сидя с опущенными ногами.	Согнуть ноги в коленных суставах, повернуть таз в сторону противоположную стороне операции, опереться о матрац локтем здоровой руки, свесить ноги с кровати, сесть	1 раз	Темп медленный, избегать резких движений. Возможно головокружение при смене ИП.
16	ИП – сидя, ноги согнуты в коленных суставах, стопы касаются пола.	Вдох через нос, живот выпячивается вперед. Пауза. Выдох через рот, живот втянуть. После выдоха пауза.	3-5 раз	Темп медленный. Коррекция осанки до болевого синдрома.
17	То же	Круговые движения в плечевом суставе.	6-8 раз	Темп медленный, выполняется с максимальной ампли-

				тудой, дыхание произвольное.
18	То же	Подъем плеч: Вверх-вдох, вниз-выдох.	3-5 раз	Темп медленный, выполняется одновременно двумя плечами.
19	То же	Подъем прямых рук через стороны; вверх – вдох, вниз выдох.	6-8 раз	Темп медленный, выполняется с максимальной амплитудой, но без усиления болевого синдрома.
20	То же	Перекаты стоп с пятки на носок.	8-10 раз	Темп средний, дыхание произвольное, выполняется одновременно обеими ногами.
21	То же	Выпрямление ноги в коленном суставе, удержание прямой ноги на весу.	8-10 раз	Темп средний. Дыхание произвольное. Выполняется поочередно обеими ногами.
22	Переход из ИП – сидя в ИП – стоя.	Переход в ИП – стоя; голова смотрит прямо, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельны.	1 раз	Темп медленный. Выполняется по самочувствию и в отсутствие противопоказаний с стороны лечащего врача.
23	ИП – стоя; голова смотрит прямо, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельны.	Ходьба в пределах палаты.	1 раз	Темп медленный. Коррекция осанки до болевого синдрома. Выполняется по самочувствию и в отсутствие противопоказаний с стороны лечащего врача.

24	ИП – стоя; голова смотрит прямо, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельны. Обе руки на опоре на уровне середины грудной клетки.	Приседания. Вниз – выдох, вверх – вдох.	6-8 раз	Темп медленный, поясница прямая, при движении таз уходит назад, прямой корпус подается вперед, часть веса переносится на руки. Упражнение выполняется без увеличения боевого синдрома.
25	ИП – стоя; голова смотрит прямо, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельны. Одна рука на опоре сбоку от корпуса на уровне талии.	Выпады вперед. Вниз – выдох, вверх – вдох.	4-6 раз	Темп медленный, выполняется сначала с ноги дальней от опоры, потом смена стороны опоры и смена ноги. Поясница прямая, согнутое колено передней ноги не выходит дальше передней стопы. Выполняется без усиления болевого синдрома.
26	ИП – стоя; голова смотрит прямо, ноги – на ширине плеч, стопы – параллельны.	Восстановление дыхания. Подъем прямой руки наверх – вдох, опускание – выдох.	6-8 раз	Темп медленный, выполняется поочередно обеими руками, движения в сагиттальной плоскости.
27	То же	Подъем прямых рук через стороны наверх – вдох, опускание – выдох.	4-6 раз	Темп медленный, выполняется одновременно обеими руками.

Методика проведения транскраниальной электроаналгезии

Транскраниальная электроаналгезия – лечебное воздействие импульсных токов на антиноцицептивную систему головного мозга.

В основе метода лежит селективное возбуждение импульсными токами низкой частоты эндогенной опиоидной системы ствола головного мозга.

В результате возбуждения антиноцицептивной системы из нейронов ствола головного мозга выделяются бета-эндорфин и энкефалины. Наряду с активацией обмена эндогенных опиатов, импульсные токи вызывают резкое обеднение афферентного потока от ноцицепторов в стволовые структуры головного мозга.

Лечебные эффекты: анальгетический, сосудорасширяющий, репаративно-регенеративный, седативный, антиабстинентный.

Противопоказания: острые боли висцерального происхождения, закрытые травмы головного мозга, эпилепсия, диэнцефальный синдром, таламические боли, нарушения ритма сердца, повреждение кожи в местах наложения электродов.

Методика

1. Больной должен находиться в удобном положении.
2. Расположение электродов лобно-затылочное: первая пара электродов располагается в лобной части головы, вторая – под сосцевидными отростками.
3. Под электродами должны быть гидрофильные прокладки.
4. Лобные электроды присоединяют к катоду, ретромастоидальные – к аноду.
5. После выбора параметров воздействия плавно увеличивают амплитуду выходного напряжения до появления у пациента ощущение

ния покалывания, легкого тепла под электродами.

6. Подводимые к больному импульсные токи дозируют по амплитуде выходного напряжения.

7. Длительность однократного воздействия составляет 20-40 мин.

8. Курс составляет 10-15 процедур.

**Оценка нутритивного статуса пациента
для определения тактики нутритивной поддержки
при хирургическом лечении**

Согласно рекомендациям ESPEN

Оценка антропометрических данных

Вес (кг)

Рост (м)

ИМТ (кг/м²)

Формула для расчета индекса массы тела:

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$$

Идеальная масса тела

*Формула для расчета идеальной массы тела (кг) по методу
Devine:*

$$\text{Мужчины: } 50 + 2,3 \times (0,394 \times \text{рост} - 60)$$

$$\text{Женщины: } 45,5 + 2,3 \times (0,394 \times \text{рост} - 60)$$

Дефицит массы тела (% от идеальной массы тела)

Формула для расчета дефицита массы тела:

$$\text{ДМТ} = 100\% - (\text{фактический вес} \times 100\% / \text{идеальная масса тела})$$

Оценка лабораторных данных

Уровень общего белка (<65 г/л) ДА/НЕТ

Уровень альбумина (<35 г/л) ДА/НЕТ

Уровень лимфоцитов (в абсолютных значениях) (<1800 × 10⁹/л)

ДА/НЕТ

Шкала скрининга nrs-2002

Предварительный скрининг

Индекс массы тела $<20,5 \text{ кг/м}^2$ ДА/НЕТ

Потеря массы тела в последние 3 месяца ДА/НЕТ

Снижение объема питания за последнюю неделю ДА/НЕТ

Проведение активного и агрессивного лечения (химиотерапия, лучевая терапия, большой объем хирургического лечения) ДА/НЕТ

Ответ «НЕТ» на все вопросы: повторный скрининг 1 раз в неделю.

Ответ «ДА» на хотя бы один из вопросов: проведение основного скрининга.

Контрольные вопросы

1. Расшифруйте термин «fast track surgery» (FTS, Fast-track-хирургии, FT-хирургии).
2. Какие специалисты мультидисциплинарной команды должны быть задействованы в FT-хирургии?
3. Дайте характеристику концепции FT-хирургии.
4. Перечислите основные принципы Fast-track-хирургии.
5. Дайте определение понятию «стресс».
6. Как проявляется стресс у хирургических пациентов?
7. В каких органах и системах, в первую очередь, происходят изменения при стрессе?
8. Какова психическая реакция на стресс у онкологических пациентов?
9. В чем заключается цель работы медицинского психолога при работе с онкологическими пациентами в условиях краткого времени пребывания пациента в стационаре до и после операции?
10. Перечислите лечебные физические факторы.
11. Какова степень научной разработанности проблемы лечебных физических факторов?
12. Каким образом происходит информирование пациентов о планируемом объеме хирургического лечения?
13. Перечислите задачи психологической помощи пациентам в предоперационном периоде.
14. Какие методы психодиагностики используются в предоперационном периоде с онкологическими пациентами?
15. Какова цель психодиагностики в предоперационном периоде?
16. Перечислите методы психопрофилактики в онкоурологическом отделении.
17. Кто решает вопрос о необходимости применения психологической помощи?

18. Какие вопросы затрагиваются в процессе психологического консультирования?
19. Дайте характеристику аутогенной тренировке.
20. Дайте характеристику понятию «нервно-мышечная релаксация».
21. Какое место занимает нутритивная поддержка в предоперационном периоде?
22. Перечислите критерии, по которым производится оценка нутритивного статуса пациента?
23. Каковы будут рекомендации, если результаты скрининга < 3 ?
24. Каковы будут рекомендации, если результаты скрининга ≥ 3 ?
25. Назовите показания к проведению нутритивной поддержки.
26. Назовите противопоказания к проведению нутритивной поддержки.
27. Перечислите показания к проведению перорального энтерального питания.
28. Перечислите противопоказания к энтеральному питанию.
29. Назовите показания к энтеральному зондовому питанию.
30. Назовите противопоказания к энтеральному (оро-/назоинтестинальному) зондовому питанию.
31. В чем заключаются показания для установки гастростом.
32. Каковы абсолютные противопоказания для установки эндоскопических гастростом.
33. Каковы относительные противопоказания для установки эндоскопических гастростом.
34. В чем заключаются причины введения парентерального питания?
35. Каковы противопоказания для парентерального питания?
36. Какие факторы необходимо учитывать для определения потребности в энергетическом обеспечении?

37. Назовите наиболее прогностически значимый метод определения функционального состояния пациента.
38. Дайте характеристику кардиопульмонарному нагрузочному тестированию.
39. В каких случаях предпочтительнее использовать тредмил при КПНТ, а в каких велоэргометр?
40. Дайте определение анаэробному порогу.
41. О чем свидетельствует низкий кардиореспираторный резерв?
42. Возможно ли улучшить кардиореспираторный резерв?
43. С какого момента необходимо произвести отказ от курения и употребления алкоголя в предоперационном периоде?
44. В каких случаях отказ от курения перед операцией не рекомендуется?
45. Дайте характеристику нутритивной поддержке в послеоперационном периоде.
46. Назовите причины необходимости ранней активизации пациента в послеоперационном периоде.
47. Назовите причины длительной иммобилизации пациентов в периоперационном периоде.
48. Каким образом проводится дыхательная гимнастика в первые сутки после операции?
49. Что необходимо учитывать при первом подъеме пациента после операции?
50. Каковы особенности первого подъема пациентов урологического отделения?
51. Охарактеризуйте направленность комплекса ЛФК в послеоперационном периоде.
52. На что следует обратить внимание в первые несколько суток после операции при разработке комплекса ЛФК?
53. В чем заключается основная цель физиотерапии, и какие методы следует использовать в послеоперационном периоде?

54. На что направлено действие транскраниальной электростимуляции?

55. Какое воздействие оказывает транскраниальная электростимуляция на головной мозг?

56. На какие защитные механизмы головного мозга воздействует транскраниальная электростимуляция?

57. Каковы лечебные эффекты транскраниальной электростимуляции?

58. Каковы психогенные реакции у онкологических пациентов?

59. Какова психодиагностика психогенных реакций?

60. Какие психогенные реакции встречаются чаще других?

61. Назовите методы психопрофилактики в послеоперационном периоде.

62. Опишите взаимосвязь эмоциональных процессов и мышечного напряжения.

63. В чем заключается суть телесно-ориентированного подхода в психопрофилактике?

64. Какова последовательность нервно-мышечной релаксации?

65. Назовите элементы дыхательной гимнастики.

66. Как проводится звуковая гимнастика?

67. В чем заключается разница между комплексом упражнений ЛФК раннего и отсроченного послеоперационного периода?

68. Опишите методику проведения транскраниальной электроаналгезии.

69. В чем заключается транскраниальная электроаналгезия, что лежит в ее основе?

70. На какую систему головного мозга оказывает влияние транскраниальная электроаналгезия?

71. Каковы лечебные эффекты транскраниальной электроаналгезии?

72. Перечислите противопоказания транскраниальной электроаналгезии.

73. Опишите оснащение для проведения сеанса транскраниальной электроаналгезии.

74. Сколько требуется процедур на курс транскраниальной электроаналгезии?

75. В чем заключается основная направленность FT-хирургии?

76. Какие изменения в организме приводят к стрессорному ответу?

77. В чем заключается манифестация психогенных реакций у пациентов с онкологическим заболеванием?

78. С какой целью проводится патопсихологическое исследование пациентов с онкологическим заболеванием?

79. С какой целью проводится нейропсихологическое исследование пациентов с онкологическим заболеванием?

80. Какие методы физиотерапии применяются в процессе реабилитации онкопациентов?

81. Каковы основные направления комплексной мультидисциплинарной реабилитации онкопациентов?

82. В чем разница программ психологической помощи в дооперационном и послеоперационном периоде?

83. В чем заключается разница в психодиагностике в дооперационном и послеоперационном периодах?

84. Назовите предпочитаемые методы нервно-мышечной релаксации в дооперационном и послеоперационном периодах?

85. В чем заключается ЛФК в послеоперационном периоде?

86. В чем цель нутритивной поддержки?

87. Каковы методы оценки при назначении нутритивной поддержки?

88. Что является показанием для назначения психологической помощи онкопациентам?

89. Входит ли лечащий врач в мультидисциплинарную команду реабилитации онкопациентов?

90. Чему способствует нутритивная поддержка онкопациентов?

Тестовые задания

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов

1. Какие, из перечисленных специалистов входят в мультидисциплинарную команду при FT-хирургии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	реабилитолог, врач ЛФК, физиотерапевт, психолог и средний медперсонал	
б	анестезиолог, реабилитолог, врач ЛФК, физиотерапевт, психолог и средний медперсонал	
в	анестезиолог, реабилитолог, врач ЛФК, физиотерапевт, психолог и средний медперсонал	
г	хирург, анестезиолог, реабилитолог, врач ЛФК, физиотерапевт, психолог	+

2. Какие принципы не относятся к основным принципам Fast-track хирургии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	информирование пациента	
б	отказ от табакокурения	+
в	отказ от использования механической очистки толстого кишечника	
г	использование регионарной анестезии и короткодействующих анальгетиков	

3. Какие принципы относятся к основным принципам Fast-track хирургии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	контроль и рестрикция инфузии коллоидных и кристаллоидных растворов до и во время операции	+
б	отказ от табакокурения	
в	отказ от алкоголя	
г	использования опиоидных анальгетиков	

4. Идеология FT базируется на

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ранней активизации пациента	
б	необходимости уменьшения стрессовой нагрузки на организм и пациента в целом	+
в	уменьшение психологической нагрузки во время процесса реабилитации	
г	уменьшение процессов катаболизма	
а	ранней активизации пациента	

5. Стресс – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	уменьшение процессов катаболизма	
б	психическая переоценка личностью внешних обстоятельств	
в	неспецифическая реакция организма на внешние раздражители, необходимая для приспособления к изменившимся условиям внешней среды	+
г	шоковая активация центральной нервной системы	

6. На работу каких систем организма, в первую очередь, оказывает влияние стресс

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	пищеварительную	
б	дыхательную	
в	дыхательную и сердечно-сосудистую	+
г	сердечно-сосудистую и пищеварительную	

7. Основные психогенные реакции онкопациентов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тревога	
б	депрессия	
в	обсессивно-компульсивное расстройство	
г	тревожно-депрессивная реакция	+

8. Целью работы медицинского психолога с онкопациентами является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	разработка индивидуальной программы психологической помощи	+
б	контроль приверженности лечению	
в	психокоррекция нарушений внимания и памяти	
г	уменьшение болевого синдрома	

9. Информирование пациента – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	заключительный этап лечения	
б	обозначение для пациента основного направления лечения в ближайший период	
в	информирование больного о предстоящем лечении	+
г	краткая характеристика побочных эффектов предлагаемого лечения	

10. Задачи психологической помощи в предоперационном периоде

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	оценка психического состояния пациента до операции и исследование эмоциональной сферы пациента до операции	+
б	убеждение пациента в необходимости соблюдать медицинские рекомендации	
в	оценка взаимоотношений врача и пациента	
г	исключение вероятности нарушения пациентом лечебного режима	

11. Методы психодиагностического исследования в дооперационном периоде

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	патопсихологическое и нейропсихологическое исследование	
б	клинико-психологический и экспериментально-психологический методы	+
в	проективные методы исследования	
г	клинико-психологический метод	

12. Назначение психологической помощи производится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лечащим врачом	+
б	врачом ЛФК	
в	физиотерапевтом	
г	реабилитологом	

13. Назначение психологической консультации назначается, если

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	пациент отказывается от лечения	+
б	пациент употребляет алкоголь	
в	пациент курит	
г	пациент находится в состоянии алкогольного опьянения	

14. Что относится к методам психопрофилактики в дооперационном периоде

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	патопсихологическая коррекция	
б	нейропсихологическая коррекция	
в	психологическое консультирование	+
г	групповая психотерапия	

15. Зоной ответственности пациента является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	установление доверительного контакта с лечащим врачом	
б	установление доверительного контакта с лечащим врачом	
в	контроль выполнения медицинских манипуляций	
г	поддержание своего функционального состояния	+

16. Фазы аутогенной тренировки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	релаксация, выработка навыка саморегуляции	
б	научение перцепиента снятию напряжения и создание трансовых состояний	+
в	повышение уровня самоконтроля и выработка навыка саморегуляции	
г	работа с дистрессом, контроль эмоциональной лабильности	

17. Аутогенная тренировка применяется при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	бессоннице	+
б	нарушении теплообмена	
в	снижении уровня лейкоцитов	
г	снижении гемоглобина	

18. Этапы становления навыка саморегуляции связаны, в первую очередь, с психическим процессом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	память	
б	речь	+
в	внимание	
г	мышление	

19. Выработка навыка саморегуляции требуется, если

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	снижен уровень самоконтроля	+
б	повышена концентрация внимания	
в	повышена концентрация внимания	
г	нарушен сон	

20. Метод нервно-мышечной релаксации способствует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	снижению уровня артериального давления	+
б	снижению уровня лимфоцитов	
в	улучшению зрения и слуха	
г	улучшению скорости реакции	

21. Нутритивная поддержка способствует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	улучшению эмоционального состояния	
б	поддержанию высокого уровня катаболизма	
в	снижению осложнений в послеоперационном периоде	+
г	улучшению состава крови	

22. В оценку нутритивного статуса пациента входит

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	оценка антропометрических данных	+
б	прогноз вероятности развития депрессивного состояния в послеоперационном периоде	
в	клинический анализ мочи	
г	оценка кожных покровов	

23. Формула расчет индекса массы тела

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	$ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$	+
б	$ИМТ = \text{рост (м)} / \text{вес (кг)}^2$	
в	$ИМТ = 2 \times \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}$	
г	$ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}$	

24. Оценка каких лабораторных данных требуется для назначения нутритивной поддержки пациента

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	уровень общего белка, уровень альбумина, уровень лимфоцитов	+
б	уровень прямого холестерина	
в	уровень общего белка, уровень альбумина	
г	уровень гемоглобина, уровень креатинина, уровень мочевой кислоты	

25. Основной скрининг для назначения нутритивной поддержки проводится, если

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	индекс массы тела $<10,5 \text{ кг/м}^2$	
б	потеря массы тела в последние 6 месяцев	
в	снижение объема питания за последние полгода	
г	проведение активного и агрессивного лечения	+

26. По результатам основного скрининга для назначения нутритивной поддержки пациента незначительное нарушение обозначается, если

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	потеря веса $>5\%$ за 3 месяца или потребление пищи на $<50-75\%$ от потребностей в питании за прошедшую неделю	+
б	потеря веса $>5\%$ за 6 месяцев или потребление пищи на $<50-75\%$ от потребностей в питании за прошедшую неделю	
в	потеря веса $>5\%$ за 1 месяц ($>15\%$ за 3 месяца) или ИМТ $<18,5$ и ухудшение общего состояния или потребление пищи на уровне $0-25\%$ потребности к питанию за прошедшую неделю	
г	потеря веса $>5\%$ за 2 месяца или ИМТ $18,5-20,5 \text{ кг/м}^2$ и ухудшение общего состояния или потребление пищи $25-50\%$ от потребности к питанию за прошедшую неделю	

27. По результатам основного скрининга для назначения нутритивной поддержки пациента умеренное нарушение обозначается, если

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	потеря веса >5% за 3 месяца или потребление пищи на <50-75% от потребностей в питании за прошедшую неделю	
б	потеря веса >5% за 6 месяцев или потребление пищи на <50-75% от потребностей в питании за прошедшую неделю	
в	потеря веса >5% за 2 месяца или ИМТ 18,5-20,5 кг/м ² и ухудшение общего состояния или потребление пищи 25-50% от потребности к питанию за прошедшую неделю	+
г	потеря веса >5% за 1 месяц (>15% за 3 месяца) или ИМТ <18,5 и ухудшение общего состояния или потребление пищи на уровне 0-25% потребности к питанию за прошедшую неделю	

28. По результатам основного скрининга для назначения нутритивной поддержки пациента тяжелое нарушение обозначается, если

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	потеря веса >5% за 3 месяца или потребление пищи на <50- 75% от потребностей в питании за прошедшую неделю	
б	потеря веса >5% за 6 месяцев или потребление пищи на <50-75% от потребностей в питании за прошедшую неделю	
в	потеря веса >5% за 2 месяца или ИМТ 18,5-20,5 кг/м ² и ухудшение общего состояния или потребление пищи 25-50% от потребности к питанию за прошедшую неделю	
г	потеря веса >5% за 1 месяц (>15% за 3 месяца) или ИМТ <18,5 и ухудшение общего состояния или потребление пищи на уровне 0-25% потребности к питанию за прошедшую неделю	+

29. Отметка о серьезности заболевания при скрининге для назначения нутритивной поддержки пациенту в 1 балл ставится при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отсутствии заболеваний	
б	перелом костей тазобедренного сустава, пациенты с хроническими заболеваниями, в особенности с серьезными последствиями цирроз печени, хроническое обструктивное заболевание легких, хронический гемодиализ, диабет, онкологическое заболевание	+
в	большой объем абдоминальной операции, инсульт, тяжелая пневмония, болезни системы кроветворения (в т. ч. гемобласты)	
г	черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга и стволовых гемопоэтических клеток, пациенты, находящиеся в реанимации и проходящие интенсивную терапию	

30. Отметка о серьезности заболевания при скрининге для назначения нутритивной поддержки пациенту в 2 балла ставится при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отсутствии заболеваний	
б	перелом костей тазобедренного сустава, пациенты с хроническими заболеваниями, в особенности с серьезными последствиями цирроз печени, хроническое обструктивное заболевание легких, хронический гемодиализ, диабет, онкологическое заболевание	
в	большой объем абдоминальной операции, инсульт, тяжелая пневмония, болезни системы кроветворения (в т. ч. гемобласты)	+
г	черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга и стволовых гемопоэтических клеток, пациенты, находящиеся в реанимации и проходящие интенсивную терапию	

31. Отметка о серьезности заболевания при скрининге для назначения нутритивной поддержки пациенту в 3 балла ставится при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отсутствии заболеваний	
б	перелом костей тазобедренного сустава, пациенты с хроническими заболеваниями, в особенности с серьезными последствиями цирроз печени, хроническое обструктивное заболевание легких, хронический гемодиализ, диабет, онкологическое заболевание	
в	большой объем абдоминальной операции, инсульт, тяжелая пневмония, болезни системы кроветворения (в т. ч. гемобласты)	
г	черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга и стволовых гемопоэтических клеток, пациенты, находящиеся в реанимации и проходящие интенсивную терапию	+

32. Рекомендации по результатам скрининга для назначения нутритивной поддержки пациенту, если балл < 3

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рекомендован еженедельный повторный скрининг пациента; в случае если запланирован большой объем операции, то во избежание появления связанных с этим рисков, необходимо придерживаться плана профилактической нутритивной поддержки	
б	нуждается в формировании плана питания и проведения нутритивной поддержки (мониторинг, оценка объема потребляемой пищи, консультация нутрициолога / диетолога / гастроэнтеролога, выбор диеты +/- питательная смесь)	
в	рекомендован еженедельный повторный скрининг пациента; в случае если запланирован большой объем операции, то во избежание появления связанных с этим рисков, необходимо придерживаться плана профилактической нутритивной поддержки	+
г	нуждается в формировании плана питания и проведения нутритивной поддержки (мониторинг, оценка объема потребляемой пищи, консультация нутрициолога / диетолога / гастроэнтеролога, выбор диеты +/- питательная смесь)	

33. Рекомендации по результатам скрининга для назначения нутритивной поддержки пациенту, если балл ≥ 3

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рекомендован еженедельный повторный скрининг пациента; в случае если запланирован большой объем операции, то во избежание появления связанных с этим рисков, необходимо придерживаться плана профилактической нутритивной поддержки	
б	нуждается в формировании плана питания и проведения нутритивной поддержки (мониторинг, оценка объема потребляемой пищи, консультация нутрициолога / диетолога / гастроэнтеролога, выбор диеты +/- питательная смесь)	+
в	рекомендован еженедельный повторный скрининг пациента; в случае если запланирован большой объем операции, то во избежание появления связанных с этим рисков, необходимо придерживаться плана профилактической нутритивной поддержки	
г	нуждается в формировании плана питания и проведения нутритивной поддержки (мониторинг, оценка объема потребляемой пищи, консультация нутрициолога / диетолога / гастроэнтеролога, выбор диеты +/- питательная смесь)	

34. Показания для назначения нутритивной поддержки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тяжелая некупируемая гипоксемия	
б	гиперкапния	
в	декомпенсированный ацидоз	
г	быстро прогрессирующая непреднамеренная потеря массы тела	+

35. Противопоказания для назначения нутритивной поддержки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	абсолютная лимфопения	
б	гипопротеинемия	
в	гипоальбуминемия	
г	некомпенсированная гиповолемия	+

36. Показания к проведению перорального энтерального питания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	непереносимость отдельных составляющих питания или анафилактическая реакция на них	
б	ишемия кишечника	
в	механическая острая кишечная непроходимость	
г	наличие недостаточности питания	+

37. Противопоказания к энтеральному питанию

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	
б	синдром гиперметаболизма-гиперкатаболизма	
в	неадекватный объем пищи (менее 60% от необходимого количества ккал в сутки)	
г	острый живот	+

38. Показания к энтеральному зондовому питанию

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	стеноз/обструкция пищевода	
б	разрывы пищевода	
в	переломы носа	
г	отсутствие аппетита и желания принимать пищу	+

39. Противопоказания к энтеральному (оро-/назоинтестинальному) зондовому питанию

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	стриктуры/дивертикулы пищевода	+
б	нарушение сознания	
в	невозможность приема пищи (повреждения лицевого черепа, глотки, бульбарный синдром, выраженная астения)	
г	медицинские противопоказания к приему пищи (острый панкреатит, стеноз выходного отдела желудка, кишечная непроходимость, анастомозит)	

40. Показания для установки гастростом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	необходимость проведения энтерального питания более 4-6 недель при невозможности получения пищи через рот	+
б	перитонит	
в	коагулопатия	
г	отсутствие возможности диафаноскопии	

41. Абсолютные противопоказания для установки эндоскопических гастростом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	канцероматоз брюшины	+
б	асцит	
в	перитонеальный диализ	
г	язва желудка	

42. Показания к проведению парентерального питания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	анурия и гипергидратация без диализа	
б	жировая эмболия (для жировых эмульсий)	
в	гиперкапния ($\text{paCO}_2 > 80$ мм рт. ст.)	
г	стеноз и обструкция пищевода	+

43. Противопоказания к парентеральному питанию

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гиперлактатемия (≥ 4 ммоль/л)	+
б	желудочная или кишечная непроходимость	
в	ишемия кишечника	
г	продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение	

44. Определение потребности в энергетическом обеспечении мужчин

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	основной обмен = $66,47 + [13,7 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + [5 \times \text{рост (см)}] - [6,8 \times \text{возраст (годы)}]$	+
б	основной обмен = $65,51 + [9,563 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + [1,85 \times \text{рост (см)}] - [4,7 \times \text{возраст (годы)}]$	
в	основной обмен = $66,47 + [13,7 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + (5 \times \text{рост(см)}) - [6,8 \times \text{возраст (годы)}]$	
г	основной обмен = $65,51 + [9,563 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + [1,85 \times \text{рост (см)}] - [4,7 \times \text{возраст (годы)}]$	

45. Определение потребности в энергетическом обеспечении женщин

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	основной обмен = $66,47 + [13,7 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + [5 \times \text{рост (см)}] - [6,8 \times \text{возраст (годы)}]$	
б	основной обмен = $65,51 + [9,563 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + [1,85 \times \text{рост (см)}] - [4,7 \times \text{возраст (годы)}]$	+
в	основной обмен = $66,47 + [13,7 \times \text{фактическая масса тела (кг)}] + (5 \times \text{рост (см)}) - (6,8 \times \text{возраст (годы)})]$	
г	основной обмен = $65,51 + (9,563 \times \text{фактическая масса тела (кг)}) + [1,85 \times \text{рост (см)}] - [4,7 \times \text{возраст (годы)}]$	

46. Кардиопульмонарное нагрузочное тестирование проводится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на пересеченной местности	
б	тредлине	+
в	в боксе	
г	в бассейне	

47. При проведении кардиопульмонарного нагрузочного тестирования можно осуществлять диагностику с помощью

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	УЗИ	+
б	МРТ	
в	ЭКГ	
г	ФГДС	

48. Кардиопульмонарное нагрузочное тестирование проводится для

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	оценки анаэробного порога	+
б	выносливости ССС	
в	оценки распространения патологического процесса	
г	определения тактики операции	

49. Пороговое значение анаэробного порога мл / мин / кг для прогнозирования периоперациональных осложнений

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10	+
б	12	
в	20	
г	0	

50. Отказ от курения перед операцией производится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1 нед.	
б	2 нед.	
в	3 дн.	
г	1-2 мес.	+

51. Отказ от алкоголя перед операцией рекомендуется за

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	полгода	
б	1 мес.	+
в	3 мес.	
г	1 дн	

52. Количество ккал в день, рекомендуемое в периоперационном периоде

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1000-2000	
б	1200-1500	+
в	2000-2200	
г	150-160	

53. Влияние длительной адинамии сказывается следующим образом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	увеличивает частоту тромбоэмболических осложнений, дыхательных расстройств, снижает мышечную силу и повышает риск гемодинамических нарушений	+
б	снижает риск послеоперационных осложнений, увеличивает уровень катаболизма	
в	никак не влияет	
г	ускоряет заживление послеоперационных ран	

54. Регулярная активность в послеоперационном периоде рекомендуется с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1 недели	
б	1 месяца	
в	первых суток	+
г	2 недель	

55. В первые сутки после операции основной акцент делается на

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	дыхательную гимнастику	+
б	движения кистей и стоп	
в	присаживание	
г	подъем пациента	

56. Дыхательная гимнастика способствует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отхождению мокроты	+
б	улучшению пищеварения	
в	стабилизации работы сердца	
г	оптимизации мочевыделительной системы	

57. Первый подъем пациента с кровати проводится на

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	первой неделе	
б	первые сутки	+
в	третьи сутки	
г	второй неделе	

58. Особенности присаживания для пациентов онкоурологического профиля в ранний послеоперационный период заключаются в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	максимально задействовать брюшную стенку	
б	минимально задействовать брюшную стенку	+
в	осуществлять скручивающие упражнения и пел-регибы в корпусе для улучшения кровоснабже-ния данной области	
г	присаживание запрещено	

59. Противопоказания для ЛФК

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	состояние средней тяжести	
б	субфебрильная температура	
в	фебрильная температура	+
г	отсутствие желания пациента заниматься	

60. Присаживание в первые несколько суток после операции отрабатывается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в начале занятия по ЛФК	
б	в конце занятия по ЛФК	+
в	входит в состав упражнений комплекса ЛФК	
г	без привязки к ЛФК	

61. Увеличение нагрузки в послеоперационном периоде дается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на 2 неделе	
б	к концу первого месяца	
в	на третьи сутки	+
г	на четвертые сутки	

62. В комплексах ЛФК и вся двигательная активность

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	не должна сопровождаться болевым синдромом	+
б	должна сопровождаться незначительным болевым синдромом	
в	должна сопровождаться подъемом артериального давления	

63. Основным методом обезболивания в послеоперационном периоде является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нервно-мышечная релаксация и аутогенная тренировка	
б	медикаментозное обезболивание	+
в	физиотерапия	
г	ЛФК	

64. Транскраниальная электростимуляция

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	снижает уровень артериального давления	
б	снижает уровень глюкозы в крови	
в	стимулирует ноцицептивную систему	
г	обеспечивает безмедикаментозное обезболивание	+

65. Транскраниальная электростимуляция – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	инвазивная электростимуляция	
б	неинвазивная избирательная электростимуляция	+
в	инвазивная электростимуляция	
г	неинвазивная избирательная электростимуляция	

66. Транскраниальная электростимуляция влияет на следующие нейромедиаторные системы головного мозга

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	эндорфинергические и серотонинергические	+
б	дофаминергическую	
в	холинергическую	
г	норадренергическую	

67. В результате ТЭС-терапии блокируется проведение болевых импульсов на уровне

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ядер таламуса	+
б	мозолистого тела	
в	спинного мозга	
г	гипоталамуса	

68. Анальгетический эффект ТЭС-терапии наступает уже через

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	час после начала электростимуляции	
б	10-15 минут после начала электростимуляции	+
в	через сутки после начала электростимуляции	
г	мгновенно после начала электростимуляции	

69. Анальгетический эффект транскраниальной электростимуляции связан с достижением высокой концентрации в мозге, ликворе и крови

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	дофамина	
б	АКТГ	
в	β -эндорфина	+
г	ТТГ	

70. Психогенные реакции онкопациентов включают следующие синдромы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	обсессивно-компульсивное расстройство	
б	неврастению	
в	депрессии	
г	тревожно-ипохондрическую реакцию	+

71. Телесно-ориентированная психокоррекция заключается в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	установлении взаимосвязи между мышечным напряжением и эмоциональной реакцией пациента	+
б	релаксации	
в	выработке навыка нервно-мышечной саморегуляции	
г	обучении аутогенной тренировке	

72. Оценка нейропсихологического и патопсихологического статуса пациента осуществляется с целью

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	определения эффективного немедикаментозного способа обезболивания в послеоперационном периоде	
б	улучшения психоэмоционального состояния	
в	выявление нарушений органического характера в головном мозге	+
г	оценка эффективности психопрофилактики	

73. Звуковая гимнастика представляет собой

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	диафрагмальное дыхание	
б	увеличение объема дыхания	
в	проговаривание гласных звуков на выдохе	+
г	дыхательные упражнения с добавлением физических упражнений для брюшного пресса	

74. Транскраниальная электроаналгезия – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лечебное воздействие импульсных токов на антиноцицептивную систему головного мозга	+
б	специфическое воздействие импульсных токов на ноцицептивную систему головного мозга	
в	воздействие импульсных токов на антиноцицептивную систему головного мозга	
г	лечебное воздействие импульсных токов на ноцицептивную систему головного мозга	

75. В результате возбуждения с помощью транскраниальной электроаналгезии антиноцицептивной системы из нейронов ствола головного мозга выделяется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	дофамин	
б	АКТГ	
в	ТТГ	
г	бета-эндорфин	+

76. В основе метода транскраниальной электроаналгезии лежит

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	повсеместное возбуждение импульсными токами высокой частоты эндогенной опиоидной системы ствола головного мозга	
б	селективное возбуждение импульсными токами низкой частоты эндогенной опиоидной системы ствола головного мозга	+
в	селективное возбуждение импульсными токами высокой частоты эндогенной опиоидной системы ствола головного мозга	
г	неспецифическое возбуждение импульсными токами низкой частоты эндогенной опиоидной системы ствола головного мозга	

77. Противопоказаниями для проведения транскраниальной электроаналгезии не являются следующие

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	болевого синдром	+
б	острые боли висцерального происхождения	
в	закрытые травмы головного мозга	
г	эпилепсия	

78. Курс транскраниальной электроаналгезии составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	30 процедур	+
б	5 процедур	
в	10-15 процедур	+
г	1 месяц	

79. Длительность однократного воздействия при транскраниальной электроаналгезии составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	20-40 мин	+
б	1 час	
в	10 мин	
г	50 мин	

80. К лечебным физическим факторам не относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	физические упражнения	+
б	физиотерапия	
в	психологическая помощь	+
г	БОС-терапия	

81. Что не фиксируется в протоколе интервью пациентов при клинико-психологическом исследовании

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	жалобы	
б	половозрастные характеристики	
в	отягощенность анамнеза неврологическими нарушениями	
г	анамнез	+

82. При определении показаний для нутритивной поддержки оцениваются исходные признаки недостаточности питания. При каких условиях нутритивная поддержка будет назначена

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ИМТ <18,5 кг/м ² , гипопроteinемия <60 г/л, гипоальбуминемия <30 г/л, абсолютная лимфопения <1,5 × 10 ⁹ /л	+
б	ИМТ <20 кг/м ² , гипопроteinемия <70 г/л, гипоальбуминемия <30 г/л, абсолютная лимфопения <1,5 × 10 ⁹ /л	
в	ИМТ <23,5 кг/м ² , гипопроteinемия <80 г/л, гипоальбуминемия <30 г/л, абсолютная лимфопения <1,5 × 10 ⁹ /л	
г	ИМТ <30,5 кг/м ² , гипопроteinемия <60 г/л, гипоальбуминемия <40 г/л, абсолютная лимфопения <1,5 × 10 ⁹ /л	

83. Риск развития быстро прогрессирующей потери массы тела возможен при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	снижении потребностей организма вследствие синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма	
б	возрастании потребностей организма вследствие синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма	+
в	снижении потребностей организма вследствие синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма	
г	возрастании потребностей организма вследствие синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма	

84. К исследованию эмоциональной сферы пациента относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	истощаемость	
б	заторможенность	
в	аспонтанность	
г	негативизм	+

85. К исследованию психической активности пациента относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	безразличие	
б	напряжённость	
в	страхи	
г	брадикинезия	+

86. Врач может заподозрить суицидальные тенденции, если у пациента

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	снижен уровень самоконтроля	
б	резко сниженное настроение	+
в	выраженный болевой синдром	
г	резко сниженное настроение	

87. Причинами снижения приверженности лечению являются следующие

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	прекращение общения пациента с родственниками	
б	снижение эффективности лечения	
в	нарушение контакта с лечащим врачом	+
г	прекращение общения пациента с родственниками	

88. Что является показанием для проведения нейропсихологического исследования

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	снижение памяти	
б	головные боли	
в	ЧМТ в анамнезе	
г	нарушение восприятия	+

89. Причинами для проведения патопсихологического исследования являются следующие

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение внимания	+
б	нарушение восприятия	
в	нарушение моторики	
г	галлюцинации	

90. Оценка степени выраженности депрессии при психодиагностике проводится с целью

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	определения особенностей характера пациента	
б	оценки риска суицидальных тенденций	+
в	выявления необходимости назначения антидепрессантов	

91. При транскраниальной электроаналгезии лечебный эффект будет достигаться при наложении электродов на следующие области

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	расположение электродов теменно-затылочное первая пара электродов располагается в лобной части головы, вторая – под сосцевидными отростками.	
б	расположение электродов лобно-затылочное первая пара электродов располагается в лобной части головы, вторая – под сосцевидными отростками	+
в	расположение электродов височно-затылочное первая пара электродов располагается в лобной части головы, вторая – на сосцевидных отростках	
г	расположение электродов лобно-затылочное первая пара электродов располагается в лобной части головы, вторая – на сосцевидных отростках	

92. При проведении транскраниальной электроаналгезии после выбора параметров воздействия плавно увеличивают амплитуду выходного напряжения до появления у пациента

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ощущения холода	
б	ощущения покалывания и легкого холода	
в	ощущения покалывания и легкого тепла	+
г	ощущение вибрации	

93. При проведении транскраниальной электроаналгезии с активацией обмена эндогенных опиатов, импульсные токи вызывают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	плавное повышение эфферентного потока от ноцицепторов в стволовые структуры головного мозга	
б	резкое обеднение афферентного потока от ноцицепторов в стволовые структуры головного мозга	+
в	плавное обеднение эфферентного потока от ноцицепторов в стволовые структуры головного мозга	
г	резкое повышение афферентного потока от ноцицепторов в стволовые структуры головного мозга	

94. В случае обнаружения суицидальных тенденций психолог должен

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	назначить антидепрессанты	
б	рекомендовать пациенту обратиться к психиатру, либо сообщить лечащему врачу о необходимости такого назначения	+
в	вызвать психиатрическую бригаду	
г	назначить антидепрессанты	

95. При оценке лабораторных данных для назначения нутритивной поддержки уровень общего белка должен составлять в г/л

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	< 70	
б	< 65	+
в	< 80	
г	< 75	

96. При оценке лабораторных данных для назначения нутритивной поддержки уровень альбумина должен составлять в г/л

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	< 35	+
б	< 40	
в	< 45	
г	< 50	

97. При оценке лабораторных данных для назначения нутритивной поддержки уровень лимфоцитов (в абсолютных значениях)

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	< $1900 \times 10^9/\text{л}$	
б	< $2000 \times 10^9/\text{л}$	
в	< $1800 \times 10^9/\text{л}$	+
г	< $2500 \times 10^9/\text{л}$	

98. Как часто следует проводить повторный скрининг для назначения нутритивной поддержки, если у пациента индекс массы тела $20,5 \text{ кг/м}^2$ и более, не отмечалось потери массы тела за последние 3 месяца, не было снижения объема питания за последнюю неделю, не проводится агрессивное лечение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	каждый день	
б	1 раз в неделю	+
в	один раз в сутки	
г	1 раз в месяц	

99. В каких случаях назначается основной скрининг

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	если возраст пациента старше 60 лет	
б	если возраст пациента старше 70 лет	
в	пенсионный возраст пациента	
г	с учетом других показателей	+

100. Рекомендуемый средний объем субстратного обеспечения при стабильном с умеренными явлениями синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма энергия (ккал/кг/сутки); белок (г/кг/сутки)

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	60-70; 1,5-2	
б	30-40; 3-4	
в	30-40; 1,5-2	+
г	50-60; 1-1,5	

Список литературы

1. Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных // Журнал клинической психоонкологии. – 2002. – № 3. – С. 20.
2. Вагайцева М. В., Чулкова В. А., Карпова Э. Б., Носов А. К., Карицкий А. П., Семиглазова Т. Ю. Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения // Вопросы онкологии. – 2015. – Т. 61, № 5. – 847-851.
3. Золотухин О. В., Еремин Е. И., Аносова И. А. [и др.]. Тактика fast-track в периоперационном периоде у пациентов, перенесших открытые расширенные оперативные вмешательства при раке мочевого пузыря: методическое письмо / Департамент здравоохранения Воронежской области; БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»; ГБОУ Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко. – Воронеж, 2017. – 16 с.
4. Мустафина М. Х., Черняк А. В. Кардиореспираторный нагрузочный тест // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2013. – № 3. – С. 56-62.
5. Пасечник И. Н., Назаренко А. Г., Губайдуллин Р. Р. и соавт. Современные подходы к ускоренному восстановлению после хирургических вмешательств // Доктор. Ру. Анестезиология и реаниматология. – 2015. – № 15 (116). – С. 10-17.
6. Abraham N., Albayati S. Enhanced recovery after surgery programs hasten recovery after colorectal resection // W. J. Gastrointest. Surg. – 2011. – Vol. 3. – P. 1-6.
7. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. – 8th ed. – Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. – P. 286-299.
8. Andrykowski M. A., Kenady D. E., McGrath P. C., Sloan D. A., Redd W. H. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1995. – Vol. 63. – P. 981-986.

9. Bratzler D. W., Dellinger E. P., Olsen K. M. et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery // *Am. J. Health-Syst. Pharm.* – 2013. – Vol. 70. – P. 195-283.

10. Broadbent E., Kahokehr A., Booth R. J. et al. A brief relaxation intervention reduces stress and improves surgical wound healing response: a randomised trial / *Brain Behav. Immun.* – 2012. – Vol. 26. – P. 212-217.

11. Cerantola Y., Valerio M., Persson B. et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations // *Clin. Nutr.* – 2013. – Vol. 32. – P. 879-887.

12. Chandrakantan A., Glass P. S. Multimodal therapies for postoperative nausea and vomiting, and pain // *Br. J. Anaesth.* – 2011. – Vol. 107 (Suppl. 1). – P. i27-i40.

13. Dronkers J. J., Lamberts H., Reutelingsperger I. M. et al. Preoperative therapeutic programme for elderly patients scheduled for elective abdominal oncological surgery: a randomized controlled pilot study // *Clin. Rehabil.* – 2010. – Vol. 24. – P. 614-622.

14. Fearon K. C., Luff R. The nutritional management of surgical patients: Enhanced Recovery After Surgery // *Proc. Nutr. Soc.* – 2003. – Vol. 62. – P. 807-811.

15. Gustafsson U. O., Scott M. J., Schwenk W. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations // *World J. Surg.* – 2013. – Vol. 37. – P. 259-284.

16. Han-Geurts I. J., Hop W. C., Kok N. F. et al. Randomized clinical trial of the impact of early enteral feeding on postoperative ileus and recovery // *Br. J. Surg.* – 2007. – Vol. 94. – P. 555-561.

17. Henriksen M. G., Hansen H. V., Hessov I. Early oral nutrition after elective colorectal surgery: influence of balanced analgesia and enforced mobilization // *Nutrition.* – 2002. – Vol. 18. – P. 263-267.

18. Henriksen M. G., Hessov I., Dela F. et al. Effects of preoperative oral carbohydrates and peptides on postoperative endocrine response,

mobilization, nutrition and muscle function in abdominal surgery // *Acta Anaesthesiol. Scand.* – 2003. – Vol. 47. – P. 191-199.

19. Kahokehr A., Broadbent E., Wheeler B. R. et al. The effect of perioperative psychological intervention on fatigue after laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial // *Surg. Endosc.* – 2012. – Vol. 26. – P. 1730-1736.

20. Kehlet H., Wilmore D. W. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery // *Ann. Surg.* – 2008. – Vol. 248. – P. 189-198.

21. Muehling B. M., Halter G. L., Schelzig H. et al. Reduction of postoperative pulmonary complications after lung surgery using a fast track clinical pathway // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* – 2008. – Vol. 34. – P. 174-180.

22. Smedley F., Bowling T., James M. et al Randomized clinical trial of the effects of preoperative and postoperative oral nutritional supplements on clinical course and cost of care // *Br. J. Surg.* – 2004. – Vol. 91. – P. 983-990.

23. Veenhof A. A., Vlug M. S., van der Pas M. H. et al. Surgical stress response and postoperative immune function after laparoscopy or open surgery with fast track or standard perioperative care: a randomized trial // *Ann. Surg.* – 2012. – Vol. 255. – P. 216-221.

24. Waitzberg D. L., Saito H., Plank L. D. et al. Postsurgical infections are reduced with specialized nutrition support // *World J. Surg.* – 2006. – Vol. 30. – P. 1592-1604.

ISBN 978-5-6045022-9-7



Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
имени Н.Н. Петрова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России)
Отдел учебно-методической работы