

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГАЙДА ІВАН МИХАЙЛОВИЧ

УДК 616-036.82+364.62-057.36(477-32)

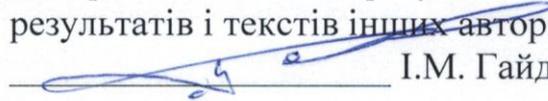
ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ
СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

Спеціальність 14.02.03 – соціальна медицина

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело


І.М. Гайда

Науковий керівник – Бадюк Михайло Іванович,
лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки,
лауреат Державної премії України в галузі освіти,
доктор медичних наук, професор

Київ - 2018

АНОТАЦІЯ

Гайда І.М. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Українська військово-медична академія МО України. – Ужгородський національний університет МОН України, Київ, 2018.

Дисертація присвячена вирішенню наукового завдання щодо медико-соціального обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій на регіональному рівні. Отримано результати щодо особливостей і структури бойових ушкоджень у поранених військовослужбовців ЗС України, які потребують комплексної медичної реабілітації;

Вперше в Україні науково обґрунтовано, розроблено та апробовано інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій на регіональному рівні; розроблено науково методологічні підходи до функціонування моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України, що дало змогу обґрунтувати структуру медичного реєстру учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги; дістало подальшого розвитку обґрунтування функціонально-організаційної структури відділень відновлювального лікування (госпітального та амбулаторно-поліклінічного етапів) для реабілітації учасників бойових дій.

Наукові результати дисертації отримані на основі ретроспективного та проспективного аналізу історій хвороб 954 поранених військовослужбовців, які перебували на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі західного регіону (ВМКЦ ЗР) в період з лютого 2014 року по серпень 2017 року. Узагальнення отриманих під час дослідження даних клінічного матеріалу

дало можливість визначити структуру та характер поранень, госпіталізації, працевтрат, інвалідності та смертності цієї категорії пацієнтів.

Встановлено, що найбільшу частку в структурі поранень складають поранення кінцівок – 52%. З них поранення нижніх кінцівок становлять – 30,4%, поранення верхніх кінцівок – 21,4%. Досить значна частка бойових ушкоджень припадає на поранення в голову – 16,8% (160 пацієнтів) та вогнепальні поранення м'яких тканин множинних ділянок тіла – 14,8% (141 пацієнт).

У більшості поранених – 583 (61,1%) пацієнта стан на момент поступлення у ВМКЦ ЗР був оцінений як легкий. У тяжкому стані на лікування поступило 94 поранених (9,9%). У 277 поранених (29%) стан на момент поступлення був оцінений як середнього ступеня тяжкості.

Отримані результати свідчать про те, що сучасна бойова травма вимагає тривалого періоду лікування та реабілітації, який при тяжких пораненнях становить в середньому 36,6 діб.

Виявлено, що одним із негативних наслідків участі у військовослужбовця воєнному конфлікті є поява ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

За результатами проведеного нами дослідження встановлено, що питома вага військовослужбовців з ознаками посттравматичного стресового розладу складає у 39,1% (43 пацієнта).

Серед психологічних ознак ПТСР, що переважають у поранених слід виділити наступні: порушення сну (45%); емоційна нестійкість (34%); дратівливість, підвищена емоційність (31%); нездатність розслабитись (27%); - погана концентрація уваги (27%); погіршення пам'яті (20%); замкнутість байдужість (11%); пригнічений настрій (8%).

Проведено аналіз структури та характеру захворювань серед військовослужбовців учасників АТО (проаналізовано 1040 клінічних випадків). Встановлено, що кількість учасників бойових дій, які перебували

лікуванні з приводу соматичної патології була на 4% більшою ніж кількість військовослужбовців, які лікувались з приводу поранень.

При цьому серед пацієнтів терапевтичного профілю переважали пацієнти з неврологічними захворюваннями – 31,2% (324 пацієнта), пацієнти з захворюваннями шлунково-кишкового тракту – 11,4% (119 пацієнтів) та пацієнти з захворюваннями серцево-судинної системи – 11,2% (116 пацієнтів).

На основі результатів проведених досліджень обґрунтовано і розроблено інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні, в основу якої покладено поєднання елементів діючої системи медичної реабілітації військовослужбовців зі створенням у складі ВМКЦ ЗР клініки реабілітації з відділенням відновлювального лікування і відділенням психологічної реабілітації на стаціонарному (госпітальному) етапі реабілітації; створення відділення реабілітації на амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації; планування і проведення щодо учасників бойових дій заходів диспансеризації, медичної реабілітації, психологічної реабілітації, соціальної реабілітації; створення медичного реєстру учасників бойових дій та реєстру військовослужбовців, які потребують надання медико-соціальної допомоги; організацію чіткої взаємодії лікувально-профілактичних закладів МО України з територіальними центрами соціального обслуговування; залучення регіональних лікувально-оздоровчих закладів різних форм власності та підпорядкування до системи медичної реабілітації учасників бойових дій.

За результатами дослідження встановлено, що найбільш оптимальною є функціонально-організаційна модель реабілітації військовослужбовців, що проводиться впродовж трьох етапів: I етап – стаціонарний (госпітальний) етап реабілітації; II етап – санаторно-курортний етап реабілітації; III етап – амбулаторний етап реабілітації.

Визначено, що основними структурно-функціональними елементами стаціонарного етапу реабілітації є профільні хірургічні (в залежності від локалізації поранення) чи терапевтичні (в залежності від характеру

захворювання) відділення та клініка реабілітації.

Обґрунтовано, що клініка реабілітації повинна містити у своєму складі два структурно-функціональних підрозділи: відділення відновлювального лікування та відділення психологічної реабілітації.

Комплекс реабілітаційних заходів санаторно-курортного етапу можна здійснювати як на базі санаторіїв МО України, так і на базі санаторно-курортних закладів МОЗ України та інших міністерств та відомств.

Проведене нами комплексне дослідження щодо матеріально-технічних ресурсів санаторно-лікувальних закладів Західного регіону стало підґрунтям для встановлення переліку медичних закладів різних форм власності та підпорядкування на базі яких можна надавати реабілітаційні послуги учасникам АТО.

Основним структурно-функціональним елементом амбулаторно-поліклінічного етапу реабілітації є відділення реабілітації. В його структуру входять: кабінет медико-соціальної реабілітації, кабінет психологічної реабілітації або кабінет соціальної адаптації та психологічної корекції, денний стаціонар.

Визначено, що в якості медичних закладів на базі яких відбувається амбулаторний етап реабілітації можуть бути використані: клініка амбулаторно-поліклінічної допомоги ВМКЦ Західного регіону, поліклініки гарнізонних військових госпіталів, поліклініки за місцем проживання учасника бойових дій.

За результатами експертного опитування встановлено, що запровадження інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні сприятиме: зменшенню рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми (поранення); покращенню якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям в госпітальних умовах; розширенню об'єму лікувально-реабілітаційних процедур до сучасного рівня.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні отримано результати щодо особливостей і структури бойових ушкоджень у

поранених військовослужбовців ЗС України, які потребують комплексної медичної реабілітації; науково обґрунтовано, розроблено та апробовано інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій на регіональному рівні; розроблено науково методологічні підходи до функціонування моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України, що дало змогу обґрунтувати структуру медичного реєстру учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги; дістало подальшого розвитку обґрунтування функціонально-організаційної структури відділень відновлювального лікування (госпітального та амбулаторно-поліклінічному етапів) для реабілітації учасників бойових дій.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що вони стали підставою для розробки і впровадження інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи комплексної медичної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; функціонально-організаційної структури відділення відновлювального лікування госпітального етапу реабілітації учасників бойових дій; методичного забезпечення комплексу заходів з медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців на амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації; медичного реєстру учасників бойових дій; положення щодо удосконалення процесу планування санаторно-курортного лікування військовослужбовців учасників бойових дій.

Ключові слова: медична реабілітація, психологічна реабілітація, реабілітаційна програма, військовослужбовці, учасник бойових дій, поранення, бойова травма.

ABSTRACT

Hayda I.M. Medico-social substantiation of optimization of the system of medical rehabilitation of military personnel at the regional level. – Dissertation, manuscript.

Dissertation for a Candidate Degree in Medicine: Specialty (Ph.D): Speciality 14.02.03 - social medicine. - Ukrainian Military Medical Academy, Ministry of Defense of Ukraine. - Uzhhorod National University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Uzhhorod, 2018.

The dissertation is devoted to solving the scientific problem concerning the medical and social substantiation of improving the system of medical rehabilitation of servicemen - participants of combat operations at the regional level. the results concerning the features and structure of combat injuries in the wounded servicemen of the Armed Forces of Ukraine, which require comprehensive medical rehabilitation; For the first time in Ukraine, the integration and coordination model of an improved system of medical rehabilitation of servicemen of the Armed Forces of Ukraine - members of combat operations at the regional level has been scientifically substantiated, developed and tested; the scientific methodological approaches to the functioning of the model of the improved system of medical rehabilitation of servicemen of the Armed Forces of Ukraine have been developed, which made it possible to substantiate the structure of the medical register of participants in military operations that require medical and social assistance; got further development of the substantiation of the functional and organizational structure of the departments of restorative treatment (hospital and ambulatory-polyclinic stages) for the rehabilitation of participants in hostilities. The scientific results of the dissertation were obtained on the basis of a retrospective and prospective analysis of the history of the illnesses of 954 wounded servicemen who were treated at the Military Medical Clinical Center of the Western Region (IECC ZR) from February 2014 to August 2017. The generalization of the data obtained during the study of clinical material made it

possible to determine the structure and nature of injuries, hospitalization, occupational trauma, disability and mortality in this category of patients. It was established that the greatest part in the structure of injuries is the injury of the extremities - 52%. Of these, the injuries of the lower extremities are - 30.4%, wounds of the upper limbs - 21.4%. A fairly significant proportion of war injuries is injured in the head - 16.8% (160 patients) and gunshot wounds of soft tissues of multiple areas of the body - 14.8% (141 patients). In most of the wounded, 583 (61.1%) of the patient's condition at the time of admission to the OICC was assessed as light. In severe condition, 94 wounded (9.9%) received treatment. At 277 wounded (29%) state at the time of admission was assessed as an average severity. The obtained results indicate that modern combat trauma requires a long period of treatment and rehabilitation, which in the case of serious injuries is an average of 36.6 days. It was revealed that one of the negative consequences of military serviceman participation in military conflict is the appearance of signs of post-traumatic stress disorder (PTSD). According to the results of our study, the proportion of servicemen with signs of post-traumatic stress disorder was found to be 39.1% (43 patients). Among the psychological signs of PTSD, which prevail in the wounded should be the following: sleep disturbance (45%); emotional instability (34%); irritability, increased emotionality (31%); failure to relax (27%); - poor concentration of attention (27%); deterioration of memory (20%); closed indifference (11%); depressed mood (8%). An analysis of the structure and nature of the diseases among military personnel - ATO participants was conducted (1040 clinical cases were analyzed). It was established that the number of participants in combat operations that were treated for somatic pathology was 4% higher than the number of servicemen who were treated for injuries. Among patients of the therapeutic profile, patients with neurological diseases prevalent - 31.2% (324 patients), patients with diseases of the gastrointestinal tract - 11.4% (119 patients) and patients with diseases of the cardiovascular system - 11.2% (116 patients). On the basis of the results of the conducted research, the integration and coordination model of the improved system of medical rehabilitation of servicemen at the regional level was substantiated and

developed, based on which a combination of elements of the active system of medical rehabilitation of servicemen is established with the creation of a rehabilitation clinic with the department of restorative treatment and the department of psychological rehabilitation on the stationary (hospital) stage of rehabilitation; establishment of rehabilitation department at the outpatient-polyclinic stage of rehabilitation; Planning and conducting of measures of medical examination, medical rehabilitation, psychological rehabilitation, social rehabilitation in relation to participants of combat operations; creation of a medical register of participants in combat operations and a register of servicemen who need medical and social assistance; organization of clear interaction of medical and preventive institutions of the Ministry of Defense of Ukraine with territorial centers of social services; attraction of regional health-improving institutions of various forms of ownership and subordination to the system of medical rehabilitation of participants in hostilities.

According to the results of the research, it was determined that the functional and organizational model of rehabilitation of servicemen is most optimal, which is carried out during three stages: Stage I - hospital (hospital) stage of rehabilitation; II stage - sanatorium-resort stage of rehabilitation; Stage III -. outpatient stage of rehabilitation. It is determined that the main structural and functional elements of the inpatient stage of rehabilitation are surgical sections (depending on the localization of the wound) or therapeutic (depending on the nature of the disease) department and clinic of rehabilitation. It is substantiated that the clinic of rehabilitation should contain in its structure two structural-functional units: a department of restorative treatment and a department of psychological rehabilitation. The complex of rehabilitation measures of the sanatorium-resort stage can be carried out both on the basis of sanatoriums of the Ministry of Defense of Ukraine and on the basis of sanatorium and resort facilities of the Ministry of Health of Ukraine and other ministries and departments. The comprehensive study of the material and technical resources of the sanatorium and medical institutions of the Western region conducted by us has become the basis for the establishment of a list of medical institutions of various forms of ownership and subordination, on the basis of which rehabilitation

services can be provided to ATO participants. The main structural and functional element of the ambulatory-polyclinic stage of rehabilitation is the rehabilitation department. Its structure includes: a cabinet of medical and social rehabilitation, a cabinet of psychological rehabilitation or a cabinet of social adaptation and psychological correction, day hospital. It has been determined that clinics of ambulatory-polyclinic care of the OICC of the Western region, polyclinics of garrison military hospitals, clinics of the place of residence of the participant of combat operations can be used as medical facilities on the basis of which the outpatient stage of rehabilitation is being used. According to the results of the expert survey, the introduction of an integration and coordination model of an improved system of medical rehabilitation of servicemen at the regional level will help: decrease the level of loss of professional ability of servicemen for a traumatic injury (wound); Improving the quality of rehabilitation services for servicemen in hospital conditions; expanding the volume of medical and rehabilitation procedures to the current level. The scientific novelty of the research is that for the first time in Ukraine, results have been obtained regarding the features and structure of combat injuries in wounded soldiers of the Armed Forces of Ukraine, who require comprehensive medical rehabilitation; scientifically substantiated, developed and tested the integration and coordination model of the improved system of medical rehabilitation of military personnel of the Armed Forces of Ukraine - participants of combat operations at the regional level; the scientific methodological approaches to the functioning of the model of the improved system of medical rehabilitation of servicemen of the Armed Forces of Ukraine have been developed, which made it possible to substantiate the structure of the medical register of participants in military operations that require medical and social assistance; got further development of the substantiation of the functional and organizational structure of the departments of restorative treatment (hospital and ambulatory-polyclinic stages) for the rehabilitation of participants in hostilities. The practical significance of the results obtained is that they became the basis for the development and implementation of an integration and coordination model of an improved system of integrated medical rehabilitation of

participants in military operations in accordance with the territorial principle; functional and organizational structure of the department of restorative treatment of the hospital stage of rehabilitation of participants in combat operations; methodical provision of a complex of measures on medical and psychological rehabilitation of servicemen at the outpatient-polyclinic stage of rehabilitation; the medical register of participants in combat operations; the provision on improving the planning process for sanatorium and resort treatment of soldiers in combat operations.

Key words: medical rehabilitation, psychological rehabilitation, rehabilitation program, servicemen, participant in military operations, injuries, military injury.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Гайда І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. Гайда, М. Бадюк, І. Сушко // Патологія. – Запоріжжя., 2018. – Т. 15. – № 1(42). – С. 73-76. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 4 с.)*.
2. Бадюк М. І. Медична реабілітація учасників бойових дій на регіональному рівні / М. І. Бадюк, І. М. Гайда // Екстрена медицина: від науки до практики № 1 (27) 2018. – С. 21-30. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 7 с.)*.
3. Гайда І. М. Реабілітація учасників бойових дій у сучасних умовах / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – К., 2016. – Т. 16. - № 1. – С. 107-112. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 3 с.)*.
4. Гайда І. М. Структура сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – К., 2016. – Т. 16. - № 3. – С. 111-115. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 3 с.)*.
5. Гайда І. М. Обґрунтування інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні / І. М. Гайда // Військова медицина України. – К., 2017. – Т. 17. – № 3-4. – С. 23-29.
6. Гайда І. М. Роль ранньої діагностики психологічного стану учасників АТО у виборі необхідних реабілітаційних заходів / І. М. Гайда, М. І. Бадюк // Військова медицина України. – К., 2018. – Т. 18. – № 1. – С. 128-132. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 3 с.)*.

7. Трутяк І. Р. Особливості сучасної бойової хірургічної травми / І. Р. Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін. // Праці НТШ. Медичні науки. Оригінальні дослідження. Клінічні науки – 2015. – Т XLI. – С. 109–116. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 4 с.)*.

8. Трутяк І. Р. Особливості ускладнень сучасної бойової хірургічної травми живота / І. Р. Трутяк, І. М. Гайда, Г. А. Прохоренко та ін. // Галицький лікарський вісник. – 2016. – № 3. С. 67-69. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 2 с.)*.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

9. Гайда І. М. Аналіз психологічного стану поранених військовослужбовців / І. М. Гайда, М. І. Бадюк // Міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації: Тези доп. – К., 2017. – С. 32–34.

10. Трутяк І. Р. Лікування ускладнень бойової травми опорно-рухового апарату у Військово-медичному клінічному центрі / І. Р. Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін. // XVII З'їзд ортопедів-травматологів України: Тези доп. – К., 2016. – С. 33–34.

11. Трутяк І. Р. Лікування бойової хірургічної травми на III і IV рівні медичної допомоги / І. Р. Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін. // XXIII З'їзд хірургів України: Тези доп. – К., 2015. – С. 30–31.

12. Трихліб В. І. Актуальність інфекційних захворювань органів системи дихання серед мобілізованих / В. І. Трихліб, С. І. Ткачук, І. М. Гайда та ін. // Науково-практична конференція «Фармакотерапія інфекційних захворювань»: Тези доп. – К., 2015. – С. 89-90.

13. Трихліб В. І. Гострі респіраторні захворювання серед мобілізованих військовослужбовців / В. І. Трихліб, І. М. Гайда, С. І. Ткачук та ін. // IX з'їзд інфекціоністів України: Тези доп. – Терн., 2015. – С. 200-202.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження

14. Медична реабілітація військовослужбовців збройних сил України на регіональному рівні: метод. рекомендації / уклад.: І. М. Гайда., М. І. Бадюк, Ю. І. Сушко// Київ, 2018. – 32 с. *(Дисертантом розроблена інтеграційно-координаційна модель реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні, обґрунтовані загальні принципи її впровадження, підготовлені та узагальненні матеріали для написання методичних рекомендацій).*

15. Патент № 121625 України, МПК: (2017.01) А61М 39/00, А61М 1/00. Спосіб лікування вогнепальних ран кінцівок системою промивної вакуумної аспірації / Бур'янов О. А., Гайда І. М. та ін.; заявник і патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – № и 201706321; заявл. 21.06.2017; опубл. 11.12.2017, Бюл. 23, – 2 с.

ЗМІСТ

	Стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	17
ВСТУП.....	18
РОЗДІЛ 1 ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ (огляд літератури)....	26
1.1. Базові засади медичної реабілітації військовослужбовців з бойовою травмою.....	26
1.2. Основні напрямки та підходи щодо медичної реабілітації учасників бойових дій в сучасних збройних конфліктах.....	34
1.3. Особливості функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій в різних країнах	40
Висновки до розділу 1.....	49
РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	51
Висновки до розділу 2.....	63
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ, СТРУКТУРИ БОЙОВОЇ І НЕБОЙОВОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ПОТРЕБИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ У ЗАХОДАХ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	65
3.1. Структура і характер бойової патології у поранених військовослужбовців.....	65
3.2. Аналіз госпіталізованої захворюваності військовослужбовців учасників бойових дій.....	70
3.3. Особливості проявів у поранених військовослужбовців бойових стресових розладів.....	81
3.4. Аналіз потреби учасників бойових дій у реабілітаційних заходах та можливості лікувально-профілактичних закладів західного регіону України.....	90
Висновки до розділу 3.....	103

РОЗДІЛ 4 ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ІНТЕГРАЦІЙНО-КООРДИНАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ УДОСКОНАЛЕНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЗА ТЕРИТОРІАЛЬНИМ ПРИНЦИПОМ.....	105
4.1. Обґрунтування концептуальних підходів до розробки інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації учасників бойових дій.....	106
4.2. Характеристика основних елементів інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні.....	112
4.3. Медична і соціальна складові ефективності упровадження заходів удосконаленої системи медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні.....	123
Висновки до розділу 4.....	130
ВИСНОВКИ.....	132
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	135
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	136
ДОДАТКИ.....	159
Додаток А. Картка експертного опитування.....	159
Додаток Б. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР	161
Додаток В. Анкета оцінки ефективності запропонованих заходів щодо удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців.....	162
Додаток Г. Загальна характеристика лікувально-профілактичних закладів Західного регіону України для надання медичної реабілітації учасникам бойових дій.....	163
Додаток Д. Акти впровадження.....	167
Додаток Е. Список публікацій здобувача за темою дисертації та відомості про апробацію результатів дисертації.....	178

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТО	–	Антитерористична операція
ВЛК	–	Військово-лікарська комісія
ВМКЦ ЗР	–	Військово-медичний клінічний центр західного регіону
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗС	–	Збройні сили
ІПР	–	Індивідуальна програма реабілітації
ІППР	–	Індивідуальна програма профілактичної реабілітації
МО	–	Міністерство оборони
МР	–	Медична реабілітація
МСЕК	–	Медико-соціальна експертна комісія
ПР	–	Психологічна реабілітація
ПТСР	–	Посттравматичний стресовий розлад
РОЗ	–	Реабілітаційно-оздоровчі заходи
СО	–	Соціальна реабілітація
ТЦСО	–	Територіальні центри соціального обслуговування
УБД	–	Учасник бойових дій
ЯЖ	–	Якість життя

ВСТУП

Актуальність теми. З початку тимчасової окупації Російською Федерацією Автономної Республіки Крим та розпалювання збройного конфлікту в східних регіонах України, участь в антитерористичній операції (АТО) взяли понад 350 тисяч українців (С. Т. Полторак, 2018). В результаті негативного впливу факторів бойової діяльності військ, близько 90% військовослужбовців, які брали участь в АТО, потребують комплексної медичної реабілітації (О. В. Богомолець, 2018).

Одним із пріоритетів державної соціальної політики та складовою медичної реформи на сучасному етапі є необхідність обґрунтування та удосконалення заходів комплексної медичної реабілітації військовослужбовців – учасників АТО, кількість яких постійно збільшується (У. Супрун, 2018).

Проте, заходи медичної реабілітації учасників бойових дій, що проводяться сьогодні у медичній і соціальній галузях суспільства, ще не набули системного і комплексного характеру. Через низьку організацію та ефективність всебічної реабілітації учасників бойових дій в країні до цієї актуальної проблеми постійно прикута увага керівництва держави, громадськості, низки міжнародних організацій та медичної служби Збройних Сил (ЗС) України (А. В. Верба, 2018, О. А. Корчинська, 2017).

Існуюча система медичної реабілітації громадян України побудована на різновідомчих принципах, без врахування необхідності запровадження науково обґрунтованого комплексного підходу, а наявні нечисельні наукові публікації присвячені в основному фрагментарному розгляду та аналізу окремих аспектів фізичної та психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій (Ю. А. Романюк, 2010, А. Ю. Кіх, 2016-2017, В. В. Стеблюк, 2017, А. В. Швець, 2016-2018). Крім цього, в організації медичної, психологічної та соціальної реабілітації ветеранів бойових дій відсутні єдині методологічні підходи, і на сьогоднішній день визначені тільки окремі напрямки теорії і практики, існує необхідність розробки оптимальної моделі комплексного

проведення реабілітаційних заходів військовослужбовців – учасників бойових дій (М. М. Матяш, 2017).

Про важливість вирішення цієї наукової і медико-соціальної проблеми свідчить також необхідність виконання прийнятих у державі Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», Указу Президента України від 18.03.2015 № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» та низки інших нормативно-правових актів щодо медичної реабілітації учасників бойових дій.

Таким чином, відсутність в державі єдиного, науково обґрунтованого комплексного підходу до організації проведення ефективних заходів медичної, психологічної та соціальної реабілітації, гостра потреба у підвищенні якості життя, медичного обслуговування, соціального захисту та медико-психологічної допомоги військовослужбовців – учасників бойових дій, обумовили актуальність дослідження, визначили його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана у межах фундаментальних та наукових робіт Міністерства оборони (МО) України відповідно до заходів „Державної програми розвитку ЗС України на період 2015-2020 роки“ в Українській військово-медичній академії. Матеріали дисертаційного дослідження є фрагментами науково-дослідних робіт: „Розробка медико-організаційних, лікувально-профілактичних заходів медичної реабілітації військовослужбовців Повітряних Сил Збройних Сил України“, шифр „Лордоз“, номер держреєстрації 0114U003804 та „Наукове обґрунтування стандартизації системи медичного забезпечення Збройних Сил України в різних умовах діяльності“, шифр „Стандарт“, номер держреєстрації 0116U002816.

Мета дослідження – медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

– Провести науковий аналіз світових і вітчизняних джерел інформації щодо поглядів на особливості медичної реабілітації учасників бойових дій у сучасних умовах.

– Дослідити особливості і структуру бойових ушкоджень у військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій, які потребують комплексної медичної реабілітації на регіональному рівні.

– Виявити потенційні можливості закладів охорони здоров'я західного регіону України щодо проведення заходів медичної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій.

– Обґрунтувати і розробити інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій на регіональному рівні.

– Визначити медичну та соціальну ефективності упровадження удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій на регіональному рівні.

Об'єкт дослідження – система медичної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій.

Предмети дослідження – нормативно-правове, кадрове, медичне забезпечення учасників бойових дій, стан здоров'я військовослужбовців – учасників бойових дій.

Методи дослідження – методи системного підходу та системного аналізу, бібліосемантичний, історичний, медико-статистичний, соціологічний, експертних оцінок.

– *методи системного підходу та системного аналізу* застосовано для комплексного аналізу і узагальнення результатів впродовж усіх етапів дослідження.

– *бібліосемантичний метод* – для вивчення вітчизняного та світового досвіду організації комплексної реабілітації учасників бойових дій.

– *історичний метод* застосовано для проведення ретроспективного

аналізу джерел інформації щодо оцінки стану здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій, а також для оцінки стану медичної реабілітації військовослужбовців МО України.

– *соціологічний метод* – для отримання інформації щодо оцінки якості комплексної реабілітації учасників бойових дій, результатів впровадження рекомендацій щодо оптимізації комплексної реабілітації.

– *медико-статистичний метод* використовувався для статистичної обробки отриманих результатів дослідження, визначення їх статистичної достовірності.

– *метод експертних оцінок* – для визначення медичної та соціальної ефективності запропонованих заходів щодо удосконалення системи комплексної реабілітації учасників бойових дій.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше в Україні:

- отримано результати щодо особливостей і структури бойових ушкоджень у поранених військовослужбовців ЗС України, які потребують комплексної медичної реабілітації;

- науково обґрунтовано, розроблено та апробовано інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій на регіональному рівні;

- розроблено науково методологічні підходи до функціонування моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України, що дало змогу обґрунтувати структуру медичного реєстру учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги;

- дістало подальшого розвитку обґрунтування функціонально-організаційної структури відділень відновлювального лікування (стаціонарного та амбулаторного етапів) для реабілітації учасників бойових дій.

Теоретичне значення роботи полягає у суттєвому доповненні і розвитку теорії соціальної медицини та організації і управління охороною здоров'я в частині обґрунтування заходів медичної реабілітації.

Практичне значення результатів дослідження полягає у тому, що вони стали підставою для:

а) впровадження:

- інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи комплексної медичної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом;

- функціонально-організаційної структури відділення відновлювального лікування госпітального етапу реабілітації учасників бойових дій;

- методичного забезпечення комплексу заходів з медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців на амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації.

б) розробки:

- медичного реєстру учасників бойових дій;
- положення щодо удосконалення процесу планування санаторно-курортного лікування військовослужбовців учасників бойових дій.

Впровадження результатів досліджень здійснені на галузевому, відомчому та регіональному рівнях при підготовці:

- методичних рекомендацій «Медична реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України на регіональному рівні»;

- акт впровадження від 19.04.2018 р., затверджений начальником Головного військово-медичного управління – начальником медичної служби ЗС України;

- акт впровадження від 03.05.2018 р., затверджений проректором з науково-педагогічної роботи Одеського національного медичного університету МОЗ України;

- акт впровадження від 04.05.2018 р. затверджений начальником Військово-медичного клінічного центру Південного регіону;
- акт впровадження від 07.05.2018 р., затверджений начальником комунального закладу «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»;
- акт впровадження від 14.05.2018 р., затверджений начальником Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону;
- акт впровадження від 15.05.2018 р., затверджений Директором департаменту охорони здоров'я Львівської державної адміністрації;
- акт впровадження від 18.05.2018 р. затверджений начальником Військово-медичного клінічного центру Державної прикордонної служби України, м. Львів;
- акт впровадження від 21.05.2018 р., затверджений першим проректором з наукової роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
- акт впровадження від 22.05.2018 р., затверджений директором Товариства з обмеженою відповідальністю «Центр реабілітації «Модричі»»;
- акт впровадження від 23.05.2018 р., затверджений директором відпочинково-оздоровчого комплексу «Вернигора».

Особистий внесок здобувача. Автором особисто визначено мету та завдання дослідження, розроблено програму, визначено методи дослідження, виконано аналітичний огляд літературних джерел, проведено аналіз нормативно-правової бази медичного забезпечення ЗС України щодо медичної реабілітації військовослужбовців; автором особисто здійснено збір і вкопіювання первинної медичної документації та проведення ретроспективного та проспективного вивчення результатів лікування військовослужбовців учасників АТО, також здійснено аналіз рівня і структури бойових ушкоджень у поранених військовослужбовців ЗС України, які потребують комплексної медичної реабілітації.

Автором обґрунтовано, розроблено та апробовано інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації

військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій на регіональному рівні, розроблено методологічні підходи до функціонування моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України та оцінено ефективність її впровадження, що дало змогу обґрунтувати структуру медичного реєстру учасників бойових дій, які потребують медичної реабілітації та удосконалити функціонально-організаційну структуру відділення відновлювального лікування.

Наукові результати, що виходять за межі дисертаційного дослідження, у роботі не використовувалися. Автором самостійно проведена статистична обробка наукових результатів, здійснена їх інтерпретація, сформульовані основні положення, висновки і рекомендації щодо подальшого впровадження результатів дисертаційного дослідження, а також оформлено дисертаційну роботу та автореферат.

Результати досліджень співавторів наукових публікацій у дисертаційній роботі не використовувались.

Апробація результатів дисертації, її основних положень, висновків і практичних рекомендацій здійснювалась на міжнародному і галузевому. Зокрема, дані дисертаційних досліджень доповідались і обговорювались на:

а) на міжнародному рівні: XXIII З'їзд хірургів України (21-23 жовтня 2015 р., м. Київ); Міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації, «Med&Psy Rehab», (30-31 жовтня 2017 р., м.Київ); VII Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я»,(25-27 квітня 2018 р., м.Київ).

б) на галузевому рівні: IX з'їзд інфекціоністів України « Інфекційні хвороби: поступи і проблеми в діагностиці, терапії і профілактиці» (7-9 жовтня 2015 р., м. Тернопіль); XVII З'їзд ортопедів-травматологів України (5-7 жовтня 2016 р., м.Київ); Науково-практична конференція «Фармакотерапія інфекційних захворювань (9-10 квітня 2015 року м. Київ).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 15 наукових праць, з них 8 статей у наукових фахових виданнях, у тому числі 1 наукова стаття

надрукована у міжнародному виданні і 1 – одноосібно, 1 патент на винахід, 2 методичні рекомендації та 5 друкованих праць, що додатково відображають наукові результати дисертації, а також зроблено 2 доповіді на міжнародних та 4 доповіді на відомчих наукових та науково-практичних форумах.

Обсяг та структура дисертації. Дисертацію викладено на 180 сторінках друкованого тексту, в тому числі на 135 сторінках основного тексту. Робота складається із анотації, змісту, переліку умовних позначень, основної частини із вступом, аналітичним оглядом літератури, програмою, обсягом, матеріалами і методами досліджень, розділів власних досліджень з аналізом та узагальненням їх результатів, висновків та практичних рекомендацій, списку використаних джерел (185 найменувань, із них 154 кирилицею та 31 латиницею). Робота ілюстрована 11 рисунками, 26 таблицями, містить 6 додатків.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ
ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ (огляд літератури)

1.1. Базові засади медичної реабілітації військовослужбовців з бойовою травмою

Медична реабілітація, як комплекс заходів, призначених для відновлення порушених функцій організму відома з давніх часів. Так ще в стародавній Греції, Римі, Єгипті в комплексному лікуванні пацієнтів лікарі застосовували фізичну активацію та трудотерапію [127, 128].

Термін реабілітація походить від латинського слова *habilis* – «здатність», *rehabilis* – «відновлення здатності».

Вперше визначення поняття «реабілітація» було дано ще в 1903 році Францем Йозефом Рітте фон Бусом в книзі «Система загального опікунства над бідними».

У 2001 році на 54 сесії ВООЗ була схвалена та прийнята Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Відповідно до моделі МКФ, реабілітація була визначена як «скоординований процес, що посилює діяльність і участь людей з обмеженими можливостями для досягнення оптимальної соціальної інтеграції». Також відповідно до МКФ були сформульовані у новому аспекті такі поняття як «здоров'я» та «інвалідність». Інвалідність трактується як приниження почуття власної гідності людини та гідності в очах інших людей. Крім психологічного аспекту інвалідності, МКФ враховує ще й соціальні аспекти і не вбачає в інвалідності лише медичну та біологічну дисфункції [114, 121].

На думку експертів ВООЗ, реабілітація є процесом, що направлений на всебічну допомогу хворим, інвалідам для досягнення ними максимально

можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, соціальної та економічної повноцінності.

Основна мета реабілітації полягає в ефективному та ранньому поверненні хворих та інвалідів до побутових та трудових процесів, відновлення особистості людини, як повноправного члена суспільства.

За ствердженнями фахівців [43, 61], мета реабілітації залежить від ступеня тяжкості вихідних морфо-функціональних і медико-соціальних порушень: для одних хворих мета може полягати в досягненні повного відновлення порушених функцій і повної ресоціалізації пацієнта (повернення до праці, відновлення попереднього положення в соціальному макро- і мікросередовищі.); для інших, хворих з більш тяжким початковим станом – у виробленні компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення незалежності хворого в повсякденному житті і підвищення якості його життя.

Кінцевим результатом медичної реабілітації являється повне відновлення здоров'я та повернення до звичної професійної праці.

Основні принципи медичної реабілітації були сформульовані її основоположником К. Ренкоро у 1980 році і полягають в наступному:

— неперервність: реабілітація повинна здійснюватись починаючи з самого початку захворювання або травми і аж до повного повернення людини в суспільство;

— комплексність: проблема реабілітації повинна вирішуватись комплексно з урахуванням всіх її аспектів;

– доступність: реабілітація повинна бути доступною для всіх тих, хто її потребує;

– гнучкість: реабілітація повинна пристосовуватись до зміни структури захворювання, а також враховувати технічних процес і зміну соціальних структур [127].

Подальший розвиток медико-соціальної реабілітації сприяв подальшому розширенню її принципів. На сьогоднішній день серед них виділяють [20] наступні:

- ранній початок проведення реабілітаційних заходів;
- комплексне застосування всіх доступних і необхідних заходів;
- індивідуальні програми реабілітації;
- етапність реабілітації;
- безперервність і наступність протягом всіх етапів реабілітації;
- соціальна спрямованість реабілітаційних заходів;
- застосування методів оцінки ефективності реабілітації.

Реабілітація являється процесом, який складається з декількох етапів. Послідовність етапів реабілітації може бути різною, однак в будь-якому випадку необхідно дотримуватись максимальної наступності у відповідності до загальної програми реабілітації. Прийнято [127] розрізняти наступні етапи реабілітації:

- етап екстреної реабілітації – підтримання або відновлення працездатності спецконтингентів в зоні або у вогнищі надзвичайної ситуації;
- стаціонарний (госпітальний) етап – відновна терапія у госпіталі, лікарні чи іншому стаціонарному медичному закладі;
- амбулаторно-поліклінічний етап – продовження і (або) завершення всього комплексу реабілітаційних заходів в поліклініці або диспансері за місцем проживання.

Виділяють [127, 128] наступні періоди реабілітації:

- період стабілізації;
- період мобілізації;
- підтримуючий період.

При проведенні реабілітаційних заходів застосовується реабілітаційна програма [51, 52, 108, 127, 128]. Кожна реабілітаційна програма представляє собою послідовність (порядок) застосування форм, методів і засобів реабілітації, які дають змогу забезпечити для пацієнта оптимальний стан здоров'я та працездатності. При її складанні враховують наступні параметри:

- постановка реабілітаційного діагнозу;
- визначення реабілітаційного потенціалу та реактивності пацієнта;

- розробка індивідуальної програми реабілітації;
- щоденна експрес-діагностика відповідності адаптивних можливостей організму рівню психологічних та фізичних навантажень;
- оцінка результатів реабілітації та ступеня відновлення;
- комплексність лікувально-відновних заходів;
- етапність заходів, що застосовуються з урахуванням динаміки відновлення стану пацієнта.

Успіх будь-якої реабілітаційної програми залежить як від урахування клініко-біологічних, так і психосоціальних факторів. Початок активних реабілітаційних заходів (активні вправи, перехід у вертикальне положення, вставання, статичні навантаження) є суцільно індивідуальним в залежності від характеру і ступеня порушення функції після травми або захворювання [12, 20]. Деякі дослідники [20, 35, 37, 38] вважають доцільним її проведення з моменту ліквідації загрози життю, але пасивні методи реабілітації можуть і повинні починатись ще в реанімаційному періоді і продовжуватись на фоні інтенсивного лікування гострого захворювання. Такий ранній початок реабілітаційних зусиль необхідний у зв'язку з тим, що саме в цей період найбільш активно відбуваються процеси реституції і регенерації, а також з поступовим стиханням реабілітаційного потенціалу інваліда внаслідок перебудови співвідношень його особистості зі зміненим мікросоціальним середовищем, «вживання» в інвалідність і ослаблення мотивації на реадаптацію [46, 49].

Відповідно до цього, перший етап медичної реабілітації здійснюється в гострий період перебігу захворювання або травми у відділеннях реанімації і інтенсивної терапії медичних організацій за профілем основного захворювання при наявності підтвердженої результатами обстеження перспективи відновлення функції (реабілітаційного потенціалу) і відсутності протипоказів до методів реабілітації [20, 71, 147, 182].

Забезпечення системи реабілітації базується на наступних положеннях:

- гарантованість державою і закріплення законодавством країни;

- цільове фінансування , прогнозування та програмне забезпечення заходів реабілітації;
- безкоштовність переважної більшості реабілітаційних заходів;
- орієнтація заходів реабілітації на потенційні можливості кожної конкретної людини;
- системність та стабільність реабілітаційних заходів.

З точки зору системного підходу, реабілітація – це система наукової та практичної діяльності, яка спрямована на часткове і повне відновлення (збереження) особистого і соціального статусу людини шляхом комплексного впливу на особистість медичних, соціальних, психологічних, педагогічних правових та багатьох інших факторів.

Таким чином, реабілітацію необхідно розглядати, як складну, соціально-медичну проблему, яку можна поділити на декілька видів або аспектів: медичну, фізичну, психологічну, професійну (трудова) і соціально-економічну [30, 35, 37, 52, 71].

Основним напрямком медичної та фізичної реабілітації є відновлення здоров'я пацієнта шляхом комплексного застосування різноманітних заходів, спрямованих на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а у випадку коли це неможливо – розвиток компенсаторних та замісних пристосувань (функцій).

Психологічним напрямком реабілітації є корекція психічного стану пацієнта, формування його відношення до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів.

Професійний аспект реабілітації включає в себе питання працевлаштування, професійного навчання в тому числі набуття нової професії, визначення працездатності пацієнтів.

Соціально-економічна реабілітація полягає в тому, щоб постраждалий здобув соціальну повноцінність та соціальну незалежність. Ці завдання в основному повинні вирішувати органи соціального забезпечення [32, 61, 175].

В останні роки в літературі [83, 84, 116, 149] з'явився термін «якість життя, пов'язана із здоров'ям» (healthrelated quality of life). Існує багато визначень поняття «якість життя», але в цілому всі вони вказують на те, що даний показник багатогранно відображає сприйняття пацієнтами їх власного здоров'я та здатності до життєдіяльності.

Медична складова даного поняття, яка визначається здоров'ям людини, відображає вплив захворювання, а також лікування на повсякденне життя хворого. В медичному плані «якість життя» розуміють як рівень благополуччя та ступінь задоволення людини своїм фізичним, психологічним і соціальним станом, на який впливають захворювання та їх лікування, а також суб'єктивна оцінка, індивідуальна реакція хворого на ті зміни, які відбулись чи можуть відбутися в результаті захворювання та наступного відновлення. Тобто поняття «якість життя, пов'язану із здоров'ям» поєднують групи критеріїв, що характеризують здоров'я: фізичні, психологічні та соціальні. При цьому кожна з цих груп містить ряд показників, які можна оцінити як об'єктивно, так і суб'єктивно [10, 114, 158].

У зв'язку з багатофакторністю поняття якості життя в ньому виділяють [10, 158, 183] три аспекти:

- медичний – вплив захворювання, його симптомів, а також лікування, що проводиться, на функціональні здатності людини, на її повсякденну життєдіяльність;
- психологічний – суб'єктивне відношення людини до свого здоров'я, ступінь адаптації до захворювання;
- соціально-економічний – здатність функціонувати в спільноті та приносити користь.

Поняття «якість життя» та реабілітація тісно пов'язані між собою. Якість життя розглядається як інтегральна характеристика, на яку необхідно орієнтуватись при проведенні оцінки ефективності реабілітації хворих та інвалідів.

Якість життя є надійним, інформативним та економічним методом багатопланової оцінки здоров'я хворого, при чому не лише на індивідуальному, але й на груповому рівні. Дане поняття дозволяє індивідуалізувати реабілітаційне лікування, яке проводиться, та реалізувати основний принцип медицини «лікувати не хворобу, а хворого» [84].

Згідно з літературними даними [20, 128], не завжди легко провести чітку границю між лікуванням і реабілітацією. В єдиній системі лікувально-профілактичних заходів, що застосовуються при лікуванні поранених, реабілітація займає проміжне положення, продовжуючи лікування і передуючи диспансеризації та вторинній профілактиці. Якщо лікувальні заходи в першу чергу спрямовані на причину та сутність хвороби, а також на усунення основного субстрату патологічного процесу, то в результаті реабілітації в основному досягається відновлення соматичних функцій, психічного статусу і працездатності для того, щоб хворий зайняв відповідне місце в суспільстві.

В цілому перелік основних заходів, які відрізняють реабілітаційну допомогу від звичайного лікування є наступним: здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого або інваліда з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком медичної реабілітації; проведення реабілітації за визначеним планом, складеним на основі первинної оцінки стану хворого; здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів в динаміці і при завершенні реабілітаційного курсу; складання при виписці рекомендацій по лікувальним, психокорекційним, соціальним заходам, виконання яких необхідне на наступних етапах реабілітації. . Перелік приведених заходів складає «реабілітаційний цикл», який коротко описується як «оцінка – призначення – втручання – оцінка» [164]. Реабілітаційний цикл може застосовуватись або один раз, або декілька разів, в залежності від потреб пацієнта, як на одному, так і на різних етапах реабілітації [51].

На сьогоднішній день загально прийнятим вважається положення про комплексний характер реабілітації. Застосування лише окремих методик

реабілітації дозволяє досягти певних позитивних результатів, але ефективність такого підходу до реабілітації недостатня [16].

На думку дослідників [16, 37] це обумовлено тим, що реабілітація є не просто комплексом заходів чи сумою більшої чи меншої кількості різних методів. У програмах реабілітації ефективність кожної складової тісно залежить від інших її складових. Включення в програму реабілітації будь-якої важливої складової (клінічної, психологічної, фізичної, соціально-трудової тощо), крім свого прямого впливу опосередковано підвищує ефективність інших складових. Такого роду синергія призводить до значного підвищення ефективності програми реабілітації в цілому.

Медична реабілітація є досить складним процесом і для її успішного проведення вимагає залучення багатьох медичних спеціалістів; терапевтів, хірургів, психіатрів, психологів, фізіотерапевтів. Тому на думку багатьох дослідників [41, 46] реабілітація на сьогоднішній день сформувалась в самостійну науку, яка має конкретний субстрат дослідження – саногенетичні механізми в їх біосоціальній єдності; методику дослідження – використання специфічних функціональних навантажень, різноманітність спеціальних методів реабілітації; понятійний апарат і термінологію; спеціалізовані організаційні форми в структурі охорони здоров'я.

Таким чином, можна стверджувати, що реабілітація є багатограним процесом, який полягає у відновленні здоров'я людини і його реінтеграції в трудове та соціальне життя. Тому всі види реабілітації взаємопов'язані і їх розглядають у як єдине ціле [18].

Аналіз реабілітації як науки [127, 128] дає можливість виділити її наступні основи:

- методологічну – розуміння біологічної природи і соціальної сутності людини, реабілітації як системи, єдності та протилежності патогенезу і саногенезу;
- біологічну – вчення про саногенез, як про інтегративний процес, вчення про функціональні системи і про фенотипічну адаптацію;

- психологічну – вчення про особистість і її компенсаторні механізми, що обумовлюють саногенетичну спрямованість реакцій особистості;
- організаційну – спеціалізовані кабінети, відділення поліклініки, центри, заклади професійного перенавчання, лікувально-трудова майстерні;
- матеріально-технічну – спеціальне оснащення та обладнання для досліджень, медичної та професійної реабілітації.

Інтеграційна взаємодія цих основ і створює реабілітацію як науку, що включає наукові принципи впливу на саногенетичні механізми людини та середовище, що її оточує.

1.2. Основні напрямки та підходи щодо медичної реабілітації учасників бойових дій в сучасних збройних конфліктах

Проблема збереження здоров'я і працездатності військовослужбовців, що приймають участь у військових конфліктах, останнім часом привертає увагу великого числа дослідників [5, 31, 144]. Широко розвиваються нові концептуальні підходи щодо медико-соціальної реабілітації поранених на різних етапах її застосування. Однак соціально-психологічні аспекти змісту й особливості реалізації комплексних програм медико-психологічної реабілітації, орієнтовані на окремі категорії поранених, на специфіку проявів соматичних та психічних розладів у військовослужбовців, на сьогоднішній день розроблені недостатньо [53, 67, 74, 139].

За даними літератури [34, 62, 138, 139, 140] встановлено, що серед учасників локальних війн і збройних конфліктів переважна більшість військовослужбовців потребують відновного лікування та реабілітації.

Сучасна бойова травма відрізняється особливою тяжкістю, множинністю і поєднаним ураженням (мінно-вибухові поранення), в зв'язку з чим, є потужним стресом для організму – фізичним і психічним [31, 32, 34]. Закономірні прояви травматичної хвороби, а також супутні розлади психічної адаптації вимагають додаткових зусиль з боку фахівців з їх

виявлення, оцінки діючих і оптимізації подальших реабілітаційних заходів, що застосовуються у поранених [44, 170].

Багатовекторність патогенетичних механізмів формування травматичної хвороби з каскадом структурно-функціональних порушень у всьому організмі пораненого, висока частота виявлення в клінічній картині постраждалих соматичних, неврологічних, ендокринних, функціональних розладів призводять до значних труднощів реабілітації даного контингенту пацієнтів [16, 28, 33].

За даними зарубіжних авторів, реабілітація поранених вимагає концептуальних підходів, проведення чіткого аналізу та розуміння специфіки перебігу поранень в гострому та віддаленому періодах бойової травми [169, 184]. Однак, на жаль, у вітчизняній літературі практично відсутні дані щодо проблеми відновлення здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій.

За час проведення АТО більш ніж 6200 військовослужбовців отримали поранення. Переважна більшість з них крім медичної потребує і психологічної реабілітації [3, 17, 39]. За даними Андрієнко О.І., Прокопович Л.Є., Калюжної В.В. (2015), розлади психо-емоціональної сфери (гостра реакція на стрес, післятравматичні стресові розлади, наслідки ЧМТ, неврастенії) були діагностовані в усіх учасників АТО, які перебували на санаторно-курортному лікуванні [5].

Зважаючи на міжнародні статистичні дані про розвиток тяжких психоемоційних розладів у бувших учасників бойових дій, так званого афганського синдрому, в тому числі, які призводять не тільки до соціальної дезадаптації, але й до суїцидів, питання відновлювального медико-психологічного санаторно-курортного лікування стає на перше місце для цієї категорії пацієнтів [5].

Лікування бойової травми вимагає оперативної оцінки стану поранених, прогнозу виявлених порушень, а також проведення усіх можливих лікувально-реабілітаційних заходів. Соматичні захворювання та травми досить часто супроводжуються психічними змінами, які значно затрудняють проведення

реабілітації. Вони не дозволяють досягти необхідної якості життя хворих та інвалідів – кінцевої мети реабілітації. До того ж, психічні зміни в ряді випадків супроводжуються емоційними розладами, які спричиняють негативний вплив на основний патологічний процес [16]. Цей факт також необхідно враховувати при проведенні реабілітації учасників бойових дій.

Участь у бойових діях загально визнано вважається стресовим фактором найвищого ступеня інтенсивності. Тому обов'язковою складовою комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в бойових діях має бути медико-психологічна реабілітація (МПП) [15, 139, 145, 148, 149].

Учасники локальних воєн і збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає багатопрофільної реабілітації, а інваліди з їх числа можуть бути виділені в групу особливої соціальної значущості, оскільки серед ветеранів, вперше визнаних інвалідами, понад 50,0% – особи працездатного віку [12].

У структурі первинного виходу на інвалідність військовослужбовців на першому місці стоять поранення всіх локалізацій, на другому – хвороби серцево-судинної системи, на третьому – психічні розлади. У структурі інвалідності внаслідок військової травми на першому місці черепно-мозкові травми, на другому – травми опорно-рухового апарату, на третьому – травми органів зору, на четвертому – травми периферичної нервової системи, на п'ятому – поранення черевної порожнини [49, 135].

Показники, що свідчать про ефективність реабілітації ветеранів залишаються на низькому рівні і не перевищують 2,0-3,0% при повторному огляді [147, 184]. За даними літератури [164, 165] 28% пацієнтів із травматичним пошкодженням головного мозку зазнають повторної госпіталізації впродовж 9 місяців після виписки з реабілітаційного центру, 11,3% – впродовж перших 3 місяців. Найчастішими причинами є інфекції (15%), неврологічні (13%), нейрохірургічні причини (11%), травма (7%), психіатричні (7%) і ортопедичні (7%) проблеми.

Питання реабілітації учасників бойових дій вимагає чіткого виділення об'єкту та предмету медичної реабілітації. Вважається, що безпосередніми об'єктами медичної реабілітації є поранені в ході АТО військовослужбовці. Предметом дослідження медичної реабілітації є причини і закономірності розвитку станів, потребуючих реабілітаційних заходів, методи їх проведення і форми оптимальної організації системи реабілітаційних заходів [5, 20].

В літературі зроблено спробу розділити об'єкти реабілітації на контингенти. За даними авторів [20, 51], безпосередніми об'єктами реабілітації є хворі, травмовані, поранені та реконвалісценти після різних захворювань з тимчасовою втратою працездатності або її зниженням в різному ступені (первинний контингент); хворі хронічними захворюваннями; постраждали з наслідками травм і поранень зі стійкою втратою працездатності і тимчасовою інвалідизацією, у яких в результаті прийнятих заходів можлива позитивна корекція (вторинний контингент); інваліди з наслідками захворювань, травм, поранень з різним ступенем стійкої втрати працездатності (третинний, або постійний, контингент, потребує реабілітації). Поранені в ході АТО військовослужбовці ввійдуть в усі три перераховані контингенти. Це залежатиме від ступеня змін функціональних можливостей людини в зв'язку з отриманим пораненням.

Під терміном реабілітація учасників бойових дій розуміють [117] комплекс державних, соціально-економічних, медичних, психологічних професійних та інших заходів на нормалізацію порушених і компенсацію втрачених функцій організму внаслідок поранення, ушкодження, захворювання, перебування в екстремальній ситуації, з метою відновлення боє- та працездатності.

Основними напрямками соціальної реабілітації учасників бойових дій є медична та психологічна реабілітація. Реабілітаційні заходи з учасниками бойових дій повинні складатись з декількох компонентів таких як медико-психологічна допомога та соціальна підтримка.

Професійна реабілітація військовослужбовців – комплекс заходів, спрямованих на відновлення професійних навичок або перенавчання військовослужбовців, вирішення питань їх працевлаштування.

Екстрена реабілітація військовослужбовців – комплекс заходів щодо своєчасного попередження і швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій, спрямованих на підтримку працездатності, відповідної надійності діяльності військовослужбовців і профілактику у них різних захворювань

Під медичною реабілітацією військовослужбовців розуміють систему заходів, що спрямовані на профілактику патологічних процесів, які призводять до тимчасової втрати боє- та працездатності, і на раннє повернення поранених (в тому числі і інвалідів) в суспільство.

Психологічна реабілітація учасників бойових дій повинна включати в себе систему медико-психологічних заходів, направлених на відновлення емоційної і мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня адаптації особистості і професійних якостей поранених, що забезпечують військово-професійну працездатність.

На думку науковців [1, 15, 58] психологічна реабілітація учасників бойових дій повинна відповідати наступним принципам:

- професійність. Психологічна реабілітація військовослужбовців проводиться лікарями психофізіологами, які мають відповідний рівень освіти і в повній мірі володіють методами соціально-психологічного обстеження та лікування;
- обґрунтованість. Застосування надійних, доступних, перевірених, оптимальних методів психологічної реабілітації;
- індивідуальний підхід. Планування та застосування методів психологічної реабілітації з урахуванням особливостей соматичного та психічного стану, обумовленого бойовою травмою, кожного конкретного військовослужбовця;

– неперервність і тривалість. Психологічну реабілітацію необхідно розпочинати з моменту поступлення військовослужбовця у лікувальний заклад і продовжувати до повної нормалізації психо-фізіологічного стану.

Медико-соціальна реабілітація учасників локальних конфліктів повинна будуватися на принципах єдності лікування і реабілітації, послідовності і спадкоємності і розглядатися як єдиний динамічний процес [113].

У моделі соціально-психологічної реабілітації більшість дослідників виділяє такі основні напрямки:

1. Медична реабілітація. Залежно від стану здоров'я це може бути амбулаторний, стаціонарний або санаторний етап, індивідуальна або групова психотерапевтична робота з ветеранами з метою корекції стану [62, 132].

2. Професійна реабілітація (навчання та перенавчання). Включає прийом на пільгових умовах до навчальних закладів ветеранів бойових дій, створення профорієнтаційних консультативних центрів, банку вакансій [35, 37]. Інваліди військової служби – це в основному молоді люди, які на свою пенсію не в змозі утримувати сім'ю. Виникає почуття неповноцінності, а роль «нахлібника» не сприяє соціальній адаптації ветерана.

3. Допомога сім'ям ветеранів, тому що фактор сімейного благополуччя спричиняє позитивний вплив на процес реабілітації в цілому [47]. Увага громадських організацій в період адаптації до мирного життя, допомога в самореалізації [32]. Життєвий досвід людини, яка повернулася з війни, різко відрізняється від досвіду людей, які не воювали. Спогади, спільне минуле, невідоме рідним і знайомим, зближує учасників війни та викликає почуття єднання [46, 81].

4. Залучення церкви. Християнські монастирі брали на себе турботу про організацію медичної допомоги всім нужденним ще в ті часи, коли цю функцію не могла взяти на себе держава [59].

Проблема реадаптації ветеранів сучасних воїн до мирного життя не може бути вирішена тільки за рахунок використання органів і установ системи охорони здоров'я. Необхідно поетапна адаптація до мирного життя, яка повинна

розпочатися на армійському рівні, продовжена лікувально-профілактичними установами при взаємодії з військоматами, психіатричної та соціальної службами, громадськими ветеранськими організаціями учасників воєн.

Реабілітаційні заходи повинні бути направлені не лише на усунення чи покращення фізичного стану пораненого, а й на усунення психологічних проблем, для того щоб допомогти пацієнтам реінтегруватись у сім'ю та суспільство в цілому [155].

У світі позитивно зарекомендували себе і були визнані перспективною організаційною формою центри реабілітації, до складу яких входять стаціонарні відділення, поліклініка, пансіонат, іноді включений і санаторний етап. Завдяки наявності необхідного обладнання та фахівців різного профілю (логопедів, соціологів, психологів, працетерапевтів, майстрів з професійного навчання) в них створені всі можливості й умови для здійснення комплексної реабілітації [47].

1.3. Особливості функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій в різних країнах.

Перші роботи зі створення системи комплексної медико-соціальної реабілітації були опубліковані в II половині XX століття в США. Вони ґрунтувалися на результатах спостереження за учасниками військових дій у В'єтнамі (1964-1973 рр.).

Реальна державна підтримка програми реабілітації учасників війни у В'єтнамі почалася з 1979 р, коли особливим законом (Public Law 96-22) для ветеранів була створена спеціальна система обслуговування, названа реадаптаційним консультуванням, в організованих для цього центрах підтримки. При цьому бралось до уваги те, що основною проблемою є труднощі реадаптації ветеранів до мирного життя, і мета програми - це реальна допомога і підтримка. Перший центр був створений 1 жовтня 1979 р., а до 1990 р вже функціонувало 197 таких центрів із загальним бюджетом в 57 млн.

доларів; за 12 років роботи центри відвідали 800 тис. ветеранів та 300 тис. членів їх сімей. Персонал цих установ в більшості своїй складається з ветеранів В'єтнаму. Крім цих центрів в США на сьогоднішній день діють численні державні організації, які надають допомогу ветеранам.

Розробка і втілення механізмів щодо забезпечення реабілітації ветеранів і учасників бойових дій є одним із важливих напрямків діяльності державних органів влади багатьох країн, що брали участь у збройних конфліктах. Як правило вона здійснюється як частина цілеспрямованої соціальної політики. Актуальність і методи такої системи реабілітації базуються на регулярних тривалих дослідженнях, які різко активізувались після війни у В'єтнамі і були підтримані урядами США та європейських країн. Саме державна інформаційна і фінансова підтримка відіграли вирішальну роль у становленні системи реабілітації військовослужбовців та учасників бойових дій. Слід також зазначити, що реабілітація військовослужбовців за кордоном має комплексний характер при якому існує тісний взаємозв'язок медичної і психологічної реабілітації з іншими рівнями допомоги.

Так, наприклад, для реабілітації учасників збройного конфлікту між силами центрального уряду Сьєрра-Ліоне Німецьке товариство технічної співпраці (GTZ) у співробітництві з урядом Сьєрра-Ліоне розробило спеціальний проект загальною вартістю 5 млн. євро. Цей проект передбачає довготривалу програму професійної та соціальної інтеграції учасників бойових дій в суспільство, забезпечення професійної освіти та перекваліфікації. За результатами цієї програми 80% бувших учасників військових формувань успішно пройшли навчальну програму і інтегрувались у суспільство.

Урядом Шрі-Ланки була створена Служба Верховного Комісаріату з питань реабілітації – державний орган основним напрямком роботи якого є реабілітація військовослужбовців шляхом застосування психолого-соціальних, навчальних, творчих, духовно-релігійних програм. Для цього Служба Верховного Комісаріату з питань реабілітації розробила програму під назвою «4R» (реабілітація, повернення в суспільство, реінтеграція, примирення). На

втілення цієї програми урядом Шрі-Ланки було виділено більше ніж 2,5 млрд. рупій (близько 17 мільйонів доларів).

Реабілітація ветеранів збройних сил Ізраїля, які отримали інвалідність здійснюється завдяки співробітництву уряду і Beit Halochem – міжнародній сітці закладів допомоги учасникам збройних конфліктів. Ці заклади існують завдяки співпраці різних країн а також відділу реабілітації при Міністерстві оборони Ізраїлю. Учасники бойових дій мають змогу проходити фізіотерапевтичні, гідротерапевтичні, реабілітаційні послуги. Крім цього учасники бойових дій щорічно отримують академічну стипендію для навчання. В 2014 році було виділено 519 академічних і 65 спортивних стипендій на суму від 2 до 5000 доларів США.

Для лікування і реабілітації військовослужбовців і ветеранів ЗС США широко застосовуються методи комплементарної та альтернативної медицини. Так для реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом поряд з психотерапією, медикаментозним втручанням, фізіотерапією застосовується фітотерапія, гомеопатія, біологічно активні харчові добавки, йога, китайська гімнастика «тай-чі-хуань», акупресура, шіатсу, цигун, рейкі, аюрведа, терапія з асистуванням тварин (собак, коней) тощо. При чому вказані методи внесені до клінічного практичного керівництва США [170].

В основі організації реабілітаційного процесу є залучення до реабілітації конкретного хворого (пораненого) визначеної кількості фахівців, які складають мультидисциплінарну (міждисциплінарну) реабілітаційну бригаду (команду) [4, 171]. Роботу бригади і її склад було затверджено на Генеральній Асамблеї медичних фахівців з фізичної та реабілітаційної медицини ЄС у 2008 році [20].

До складу мультидисциплінарної бригади, як правило, функціонально входять наступні фахівці: лікарі-фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини, реабілітаційні медсестри, фізіотерапевти, трудотерапевти, логопеди, клінічні психологи, соціальні працівники, протезисти та ортезисти і дієтологи (рис.1.1) [161, 167].

В залежності від діагнозу пацієнта та конкретної мети реабілітаційного процесу до складу бригади можуть бути включені інші лікарі необхідного напрямку спеціалізації.

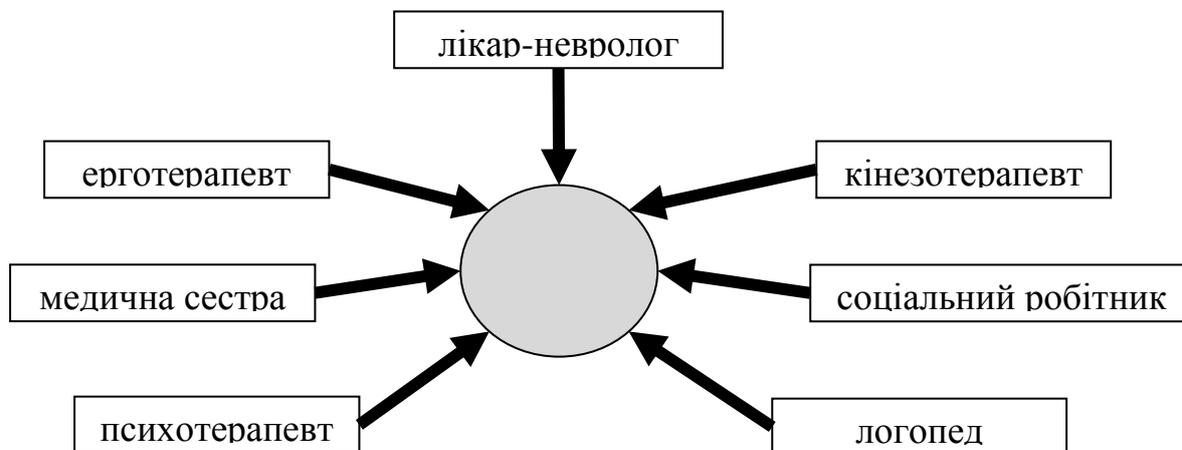


Рис. 1.1. Функціональна структура мультидисциплінарної бригади
за Ч. Ворлоу, 1998; Скворцовою В.І., 2002)

Бригаду очолює лікар – фахівець ФРМ, який несе відповідальність за організацію роботи команди. Повний склад бригади оправданий лише у випадку проведення реабілітації пацієнтів з тяжким станом та інвалідів. В той же час, при проведенні відновлювального лікування пацієнтів з менш важкою патологією і на певних етапах програми залучення всієї бригади висококваліфікованих спеціалістів вважається недоцільним. В окремих випадках реабілітаційні заходи можуть здійснюватись тільки одним фахівцем ФРМ. Це дозволяє зменшувати вартість реабілітації, яка в країна ЄС є досить високою. Наприклад, витрати для хворих з травмою хребта в перший рік реабілітації складають 523089 \$, а в подальшому 79759 \$ щорічно [161].

Нажаль, в нашій країні на сьогоднішній день відсутні лікарі-реабілітологи. Здійснені лише перші кроки до підготовки відповідних спеціалістів. Існуюча в Україні система професійної підготовки фахівців зі спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» (раніше «Фізична реабілітація») має порівняно недовгу історію і на даний момент зіштовхується з певними проблемами. Сьогодні таких фахівців (ерготерапевтів) готують переважно в

інститутах фізичної культури, що в подальшому ускладнює їх працевлаштування в лікувальні заклади.

Ерготерапія (лат. *ergon* – труд, заняття, грец. *Therapeia* – лікування) або Occupational Therapy (occupation (англ.) - заняття; синонім – трудотерапія або терапія якою-небудь діяльністю, заняттям – застосування цілеспрямованої діяльності з метою покращення або відновлення функціональних можливостей (рухових, емоційних, когнітивних, психічних) пацієнтів з обмеженими можливостями. Процес реабілітації передбачає взаємодію ерготерапевта з іншими спеціалістами реабілітаційного відділення в розробці реабілітаційної програми з метою відновлення тимчасово втрачених функцій пацієнта або з метою адаптації пацієнта до нових умов життя та/або праці в результаті повністю втрачених функцій. Зусилля спеціалістів реабілітаційного відділення (лікаря ЛФК, фізіотерапевта, психолога, соціального педагога, логопеда, ерготерапевта) спрямовані на максимальне відновлення здатності пацієнта до самообслуговування, трудової діяльності, спілкування, відпочинку [16, 17, 168, 177].

Відповідно до Постанови Кабінету міністрів України «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» №266 від 29.04.2015 року в переліку галузей знань і спеціальностей затверджена спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія» в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» [99].

Така назва професії “occupational therapy” була встановлена на Україні відповідно до Указу Президента України №678/2015 та погоджувальних листів Міністерства охорони здоров'я України (№3.14-10/1/3116- 15/2632 від 03.02.2016) та Міністерства соціальної політики України (№2816/0/14-16/13 від 26.02.2016), що відповідає вимогам Світової федерації ерготерапії.

Випускники напряму підготовки «Фізична терапія, ерготерапія» готуються для роботи в якості фахівців з фізичної терапії та/або ерготерапії в державних та приватних медичних установах, фізкультурно-спортивних

комплексах, оздоровчих та реабілітаційних центрах, середніх і вищих навчальних закладах, в системі санаторно-курортної реабілітації.

Фахівець з фізичної терапії, ерготерапії може займати посади: фізичний терапевт, ерготерапевт лікувально-профілактичних установ; інструктор лікувально-фізичної культури; масажист спортивних команд, фітнес-центрів, оздоровчих і лікувально-профілактичних установ; методист з оздоровчої фізичної культури; викладач вищих навчальних закладів в установах професійної освіти.

На жаль на даний час в Україні тільки з вересня 2017 року розпочалась підготовка спеціалістів зі спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» у Національному медичному університет імені О.О. Богомольця, Запорізькому Державному медичному університеті та ряді інших медичних університетів України.

В Україні, основні терміни та поняття, що стосуються реабілітації визначені Законом «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV [111]. Відповідно до цього Закону, право на реабілітацію має та особа, яка визнана інвалідом. Інвалідність встановлює медико-соціальна експертна комісія (МСЕК). Після встановлення інвалідності реабілітація такого військовослужбовця проводиться в обсязі, визначеному цим Законом.

Всі призначені заходи заносяться в «індивідуальну програму реабілітації інваліда» (ІПРІ), яка розробляється МСЕК за зареєстрованим місцем проживання або лікування інвалідів. На основі цих документів затверджена форма ІПРІ (індивідуальної програми реабілітації інваліда) [108]. Виконання ІПРІ контролює МСЕК. Одним із видів реабілітаційних заходів, які можуть застосовуватися для реабілітації інвалідів є медична складова, яка передбачає медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням [51].

Як видно з вище наведених даних, згідно з законодавчими документами, медичну реабілітацію зможуть проходити тільки ті військовослужбовці, які набули статус «інваліда війни». Однак, до набуття цього статусу проходить певний проміжок часу, подеколи довготривалий. А відсутність в цей час адекватних реабілітаційних заходів може приводити до глибокої інвалідності пораненого, зниження його життєздатності та соціальної активності. Крім цього, відсутність статусу «інваліда війни» не дозволяє юридично обґрунтувати перевід поранених для проходження медичної реабілітації в госпіталях ветеранів війни та санаторіях Міністерства охорони здоров'я, що дозволяло б розвантажити військово-медичні заклади в період масового поступлення поранених. Тому, на думку О.М. Волянського, А.Ю. Кіха (2015), організацію медичної реабілітації пораненим військовослужбовцям, які приймали участь в АТО можна умовно розділити на дві частини. В першій частині заходи будуть здійснюватись до отримання пораненим статусу «інваліда», а в другій – після отримання цього статусу [20].

В ЗС України в даний час є три етапи медичної реабілітації: госпітальний – військово-медичні центри, військові госпіталі; амбулаторно-поліклінічний – військові поліклініки (поліклінічні відділення госпіталів) і медичні пункти частин; санаторно-курортний – спеціалізовані військові санаторії однопрофільні або спеціалізовані відділення багатoproфільних санаторіїв [57].

До системи медичної реабілітації військовослужбовців Міноборони України залучені Ірпінський, Вінницький і Львівський військово-медичні клінічні центри, у яких функціонують реабілітаційні відділення, куди потрапляють бійці відразу після лікування. Крім того, існує три міністерські санаторії на 1400 ліжок. Окрім того, існує процес направлення бійців до госпіталів ветеранів війни, яких в Україні 29, а це ще 8 тис. місць [57].

На сьогоднішній день в нашій країні відсутнє чинне законодавство, що визначає спеціальні норми щодо реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Єдиним документом, що стосується реабілітації військовослужбовців є протоколи зі стандартизації медичної допомоги при

посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), затверджені Наказом МОЗ «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» №121 від 23.02.16 р [105]. Однак, дані протоколи регулюють вузькоспеціалізоване питання ПТСР і надання допомоги військовослужбовцям у закладах МОЗ. Порядок надання допомоги при інших захворюваннях та розладах, що мають місце у учасників бойових дій законодавством поки що не встановлений.

В цілому-ж, комплексно, питання функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій в Україні науковцями ще не розглядалися. Тому цікавим за аналогією, на наш погляд, є підхід до удосконалення лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України, з використанням інтеграційно-координаційної моделі, Романюк Ю. А. [120]. Думка автора базувалась на необхідності виконання Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації на 2002-2011 роки“, рекомендацій ВООЗ та нормативно-правової бази України. Автором було розроблено та апробовано модель удосконаленої системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України, що подано як інтеграційно-координаційну модель.

В основі запропонованої моделі, як і будь-якої організаційної, передбачалось удосконалення усіх функціонально-структурних елементів.

Об'єктом управління даної моделі автором було обрано здоров'я пенсіонерів МО України. Суб'єктом управління – амбулаторно-поліклінічні заклади МО України з геронтологічними кабінетами, що дозволило автору виявити і здійснити інтеграційно-координаційну функцію між лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення. Блок інформаційного забезпечення передбачав формування медичного реєстру пенсіонерів МО України та реєстру пенсіонерів, які потребували надання медико-соціальної допомоги.

Основними функціями запропонованої інтеграційно-координаційної моделі були інтеграційна і координаційна. Метою інтеграції було формування

нових функціональних взаємозв'язків між лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення для створення єдиної цілісної системи за рахунок більш раціонального, адекватного спільного використання існуючих людських, матеріально-технічних та економічних ресурсів. Принцип координаційної функції полягав у забезпеченні узгодженості дій усіх ланок (елементів) організаційної моделі шляхом встановлення раціональних зв'язків та обміну інформацією між ними.

Після упровадження інтеграційно-координаційної моделі та удосконалення лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України автору вдалось покращити медико-соціального обслуговування пенсіонерів МО України шляхом інтеграції та координації роботи між лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення, покращити виявлення осіб, які потребують медико-соціальної допомоги та передача цих даних до медичного реєстру пенсіонерів МО України. Як позитивні якості упровадження інтеграційно-координаційної моделі автор відмічає покращення проведення геріатричної медичної реабілітації серед пенсіонерів МО України на всіх етапах медичної реабілітації та впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів МО України досягнень геронтології та геріатрії: нових методів діагностики, лікування і профілактики передчасного старіння та аналіз їх ефективності. Зазначене позначилось на показниках вивчення причин захворюваності, первинної інвалідності та смертності серед пенсіонерів МО України.

Основним функціональним елементом запропонованої Романюк Ю.А. моделі є геронтологічний кабінет поліклінічного відділення, на який покладаються завдання щодо організації та координації заходів лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України. Окрім створення геронтологічного кабінету, примірне положення якого наведене автором також у методичних рекомендаціях [9], у запропонованій моделі передбачалось створення медичного реєстру пенсіонерів МО України та осіб, які потребують медико-соціальної допомоги.

Дані про пенсіонерів МО України, які потребували медико-соціальної допомоги пропонувалось передавати до ТЦСО. Модель удосконаленої системи лікувально-профілактичного забезпечення покладено автором в основу розробленого Положення про порядок проведення диспансеризації пенсіонерів МО України. Базовим принципом цього Положення є проведення щорічних медичних обстежень пенсіонерів, розподіл їх на групи за наявними хронічними захворюваннями, ступенем рухової активності і здатністю до самообслуговування та проведення деяких інших медико-соціальних заходів.

Як бачимо, не дивлячись на нечисельні наукові публікації присвячені в основному фрагментарному розгляду та аналізу окремих аспектів фізичної та психологічної реабілітації військовослужбовців, військових пенсіонерів чи учасників бойових дій, в цілому, комплексно, питання функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій в Україні науковцями ще не досліджувались. Тому, на відміну від існуючих за кордоном систем медико-психологічної реабілітації поранених, які ґрунтуються на державній підтримці, організація аналогічної допомоги в нашій країні перебуває на етапі становлення, що безперечно є стимулом до виконання цього дослідження і визначає доцільність проведення його наступних етапів.

Висновки до 1 розділу

1. Висвітлено відсутність в державі єдиного, науково обґрунтованого комплексного підходу до організації проведення ефективних заходів медичної, психологічної та соціальної реабілітації та гостру потребу у підвищенні якості життя, медичного обслуговування, соціального захисту і медико-психологічної допомоги військовослужбовцям – учасникам бойових дій.

2. Показано, що на даний час тільки розпочалася цілеспрямована підготовка медичних фахівців для забезпечення системи медичної реабілітації зокрема: реабілітологів, ерготерапевтів тощо. Зазначене значною мірою

гальмує процес ефективного розвитку та удосконалення системи реабілітації учасників бойових дій, кількість яких сягає понад 350 тисяч.

3. Доведено, що в організації медичної, професійної та соціальної реабілітації учасників бойових дій відсутні єдині методологічні підходи і, на сьогоднішній день, визначені тільки окремі напрямки теорії і практики, тому необхідність медико-соціального обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні є надзвичайно актуальною.

Матеріали дослідження, що були представлені в даному розділі висвітлені в наступних наукових публікаціях автора: [7, 23].

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні є складним і багатогранним науковим завданням. Для його вирішення та отримання достовірних і обґрунтованих результатів необхідно було обрати ефективні і сучасні методи дослідження, розробити поетапну програму, обрати об'єкти і визначити обсяги.

Для досягнення мети дослідження - медико-соціального обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні розроблена спеціальна програма. При розробці програми застосовувався системний підхід. Використання системного підходу було обумовлено наступними чинниками. За даними літератури [126, 133, 134] системний підхід вважається найбільш високим рівнем теоретичних узагальнень. Жодна властивість ізольованого об'єкту не може бути досліджена без урахування властивостей його складових елементів, характеру їх взаємозв'язку і взаємодії. Вивчення неізольованого від зовнішнього середовища об'єкта вимагає дослідження характеру його взаємодії з елементами середовища з урахуванням їх стану і параметрів. Тому кожен об'єкт системи ми розглядали як сукупність взаємопов'язаних та взаємодіючих елементів системи [123, 133]. Отже, методологія системного підходу представляє собою сукупність методів, направлених на кількісне і якісне вивчення взаємозв'язків, тотожностей і різниць між системами, їх окремими елементами та структурами. А його застосування забезпечує нам отримання достовірної та об'єктивної інформації про об'єкти та предмети дослідження.

Дисертаційне дослідження проводилось впродовж чотирьох етапів (рис. 2.1).

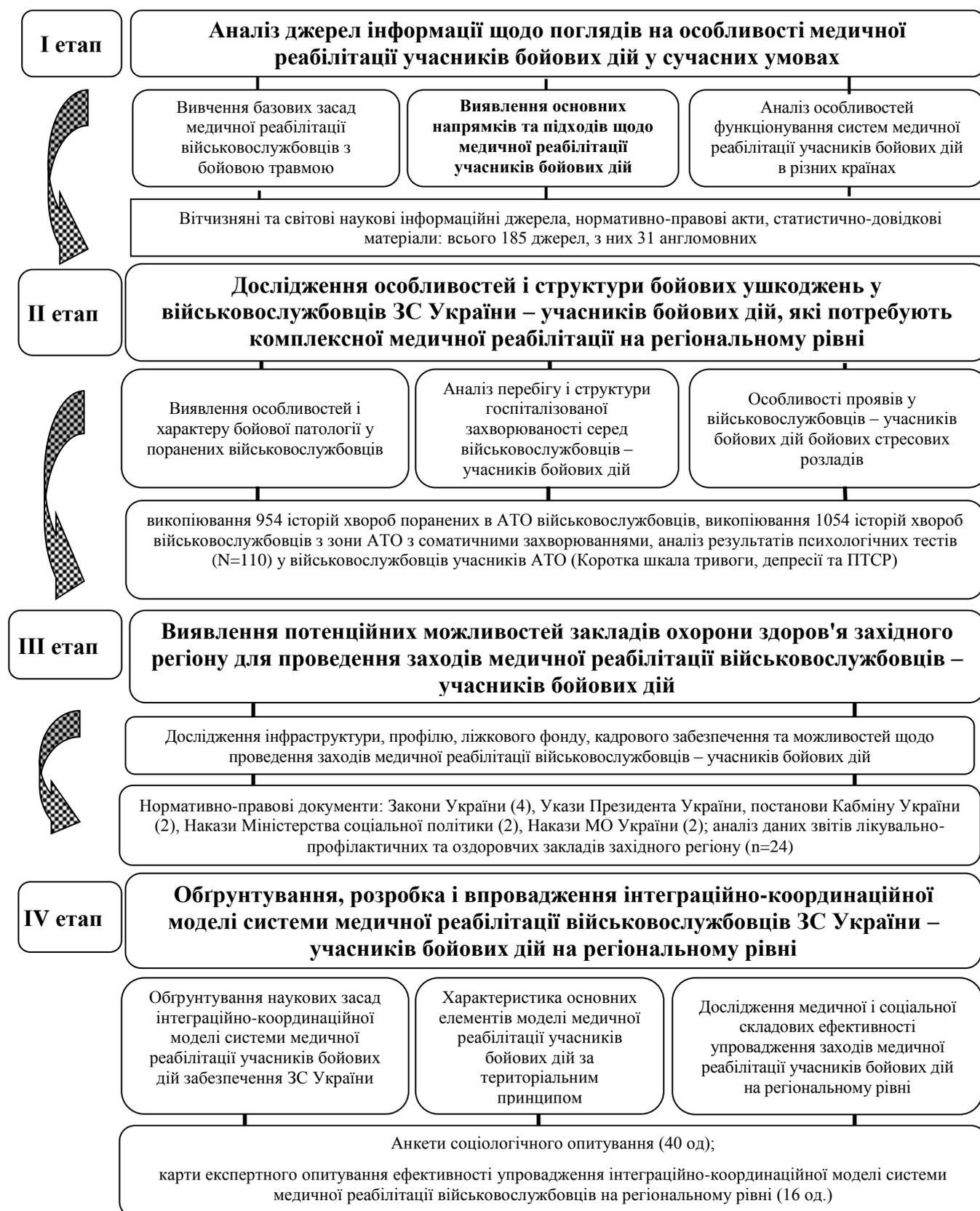


Рис. 2.1. Програма, методи, предмети та обсяги дослідження.

Для забезпечення системності дослідження для кожного з етапів були визначені окремі завдання. Така багатоетапна структуризація завдань дала можливість забезпечити послідовність та наступність зв'язку між етапами дослідження.

На *першому етапі*, шляхом застосування бібліосемантичного та історичного методів, передбачалось вивчення стану медичної реабілітації військовослужбовців МО України, вітчизняного та міжнародного досвіду організації систем медичної реабілітації військовослужбовців. Виявлено існуючі проблеми в проведенні відновного лікування та медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій.

За даними наукової літератури встановлено [15, 64], що серед учасників локальних війн і збройних конфліктів 93% військовослужбовців потребують відновного лікування та реабілітації. Показані існуючі проблеми в проведенні відновного лікування та медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій. Доведено, що існуюча сьогодні в нашій країні система медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій не спроможна забезпечити повноцінну реабілітацію військовослужбовців. Результатом виконання завдань другого етапу дослідження стало формулювання наукового завдання дослідження. Це в свою чергу дозволило розробити програму та обсяг проведення досліджень, обґрунтування методів і методик для їх виконання.

Застосування історичного методу у нашому дослідженні було обумовлене тим, що історичний метод дослідження передбачає у собі вивчення фактів та реальних закономірностей становлення, функціонування і розвитку системи медичної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій.

Нами була також застосована методологія наукової абстракції. Її застосування дало можливість під час проведення дослідження оцінювати лише найсуттєвіші аспекти процесу становлення, розвитку та застосування системи медичної реабілітації військовослужбовців і не брати до уваги сумнівні сторони досліджуваного наукового завдання.

На *другому етапі* дослідження був проведений ретроспективний та проспективний аналіз стану та результатів лікування 954 поранених військовослужбовців – учасників АТО, які перебували на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі західного регіону (ВМКЦ ЗР) в період з липня 2014 року по серпень 2017 року.

Узагальнення отриманих під час дослідження даних клінічного матеріалу дало можливість визначити структуру та характер поранень, госпіталізації, працевтрат, інвалідності та смертності досліджуваної категорії пацієнтів.

З огляду на поширеність серед учасників АТО посттравматичних стресових розладів (ПТСР у 110 поранених була проведено поглиблену діагностику виду і рівня психологічних розладів.

Діагностика виду і рівня психологічних наслідків участі поранених у бойових діях та їх психологічна реабілітація проводилась відповідно до Наказу Міністерства Оборони України від 09.12.2015 № 702 «"Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)" [101], а також Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад [118].

Для дослідження психологічного стану військовослужбовців, які після отримання поранення перебували на стаціонарному лікуванні у ВМКЦ ЗР в якості діагностичного психологічного тесту була використана Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (додаток Б). Дана діагностична методика є однією з методик, рекомендованих Науково-діагностичним центром гуманітарних проблем Збройних Сил України для застосування з метою діагностики негативних психічних станів військовослужбовців, які перебували в районі ведення бойових дій [1].

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Обробка результатів, отриманих після проведення тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР полягала в підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, що вважаються найбільш специфічними проявами ПТСР.

«Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану обрано наявність більше 4 відповідей “так”.

Також для діагностики використовувалися наступні методи: індивідуальна бесіда (клінічне інтерв'ю), спостереження; діагностування (проведення психологічного тестування).

Крім цього здійснено аналіз структури та характеру небойової госпіталізованої захворюваності серед військовослужбовців – учасників АТО, які перебували на лікуванні у ВМКЦ ЗР в період з липня 2014 року по серпень 2017 року. Всього було проаналізовано 1040 історій хвороб.

Третій етап дослідження присвячено виявленню та аналізу потенційних можливостей закладів охорони здоров'я західного регіону, розташованих в зоні відповідальності ВМКЦ ЗР, щодо проведення заходів медичної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій.

Узагальнення наукових результатів попередніх етапів досліджень дозволили продовжити четвертого етапу обґрунтувати, розробити та упровадити інтеграційно-координаційну модель медичної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій і досягти оптимізації системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні в цілому.

Формування моделі комплексної реабілітації учасників бойових дій здійснювалось з урахуванням потреби військовослужбовців – учасників бойових дій в реабілітаційній допомозі. Потреба в реабілітаційній допомозі визначалась на основі аналізу результатів клінічного та психологічного стану даного контингенту військовослужбовців.

При вивченні питань організації медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій медичні заклади, підрозділи, відділення, що залучаються до проведення реабілітаційних заходів були розглянуті як одиниці спостереження (елементів системи). Моніторинг реалізації програми медичної реабілітації військовослужбовців здійснювався на базі ВМКЦ ЗР. Програма удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців була сформована і проходила експериментальну апробацію за безпосередньої організації та участі автора.

Розроблена модель медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні ЗС України достатньо повно буде представлена нами у четвертому розділі.

Було проведено дослідження медичної, соціальної та економічної ефективності удосконаленої системи комплексної реабілітації учасників бойових дій.

Для оцінки ефективності та доцільності застосування запропонованої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні нами був використаний метод експертних оцінок. Для забезпечення запропонованих заходів були спеціально розроблені картки експертного опитування (n=16).

Обговорення апробованого варіанту анкет експертного опитування щодо ефективності системи медичної реабілітації військовослужбовців відбулося у рамках засідання кафедри організації медичного забезпечення збройних сил УВМА. Претест засвідчив, що анкети не містять недоліків щодо логіки опитування, або формулювання окремих питань і ними можна

цілком та повністю скористатись при проведенні оцінки запропонованої системи медичної реабілітації військовослужбовців.

Незалежними експертами виступали 16 науковців, усі з них є висококваліфікованими фахівцями з напряму «соціальна медицина», мали вищі кваліфікаційні категорії з організації та управління охороною здоров'я. Науковий ступінь доктора медичних наук мали 8 експертів, кандидата медичних наук – 7 експертів, вчене звання професора – 6, доцента - 7.

Метод експертних оцінок планувався і проводився за класичною методикою. Була отримана згода експертів на участь в опитуванні, кожен експерт був ознайомлений з інструкцією щодо мети дослідження і порядку роботи та самостійно заповнював карту експертної оцінки [90].

Після формування експертної групи, на основі коефіцієнта компетентності, визначали компетентність експертів з піднятої проблеми, що розраховується за формулою:

$$k_{k_i} = \frac{k_{a_i} + k_{oc_i}}{k_{a_{\max}} + k_{oc_{\max}}} \quad (2.1)$$

де k_{a_i} – коефіцієнт аргументованості;
 k_{oc_i} – коефіцієнт поінформованості.

Після цього проводили визначення репрезентативності експертної групи:

$$M = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n k_{k_i} \quad (2.2)$$

Умовою репрезентативності було: $0,67 \leq M \leq 1$.

Компетентність експерта визначали через аргументи, що послужили підставою для відповіді, і ступенем інформованості з розглянутих питань. Структуру аргументів враховують коефіцієнти аргументованості k_a .

Зазначений коефіцієнт визначали накладенням числових значень, приведених у табл.2.1., на клітинки аналогічної таблиці, відзначені *i*-м експертом, і підсумовуванням відповідних числових значень.

Результати відповідей експертів нами були оброблені за прийнятими методиками [13, 40] за допомогою програми Microsoft Excel. На основі прямих рангів, визначених експертами, розраховувались вагові коефіцієнти факторів, що визначають їх впливовість на об'єкт дослідження.

Таблиця 2.1.

Структура аргументації та вплив аргументів на відповіді експертів

Джерело аргументації	Ступінь впливу аргументу на вашу думку		
	висока (В)	середня (с)	низька (н)
Проведений вами теоретичний аналіз	0,3	0,2	0,1
Ваш виробничий досвід	0,5	0,4	0,2
Узагальнення робіт вітчизняних авторів	0,05	0,05	0,05
Узагальнення робіт закордонних авторів	0,05	0,05	0,05
Ваше особисте знайомство зі станом справ за кордоном	0,05	0,05	0,05
Ваша інтуїція	0,05	0,05	0,05

У випадку наявності відношень еквівалентності між об'єктами (факторами), прямі ранги були визначені наступним чином: первинні ранги, присвоєні експертами об'єктам, перетворювались у так названі зв'язані ранги. Значення зв'язаних рангів визначалися як середнє від суми місць, що займають у шкалі порядків (від 1-го до кількості об'єктів – *n*) еквівалентні об'єкти.

Обернені ранги вираховувались за допомогою формули:

$$r_{ij}^{об} = n - r_{ij}^{пр} + 1 \quad (2.3)$$

де *n* – максимальна кількість об'єктів оцінки (факторів);
m – кількість експертів;

r_{ij}^{np} – прямиий (зв'язаний) ранг, що був присвоєний j -м експертом i -му об'єкту (фактору), $j = 1 \dots m$, $i = 1 \dots n$.

Коефіцієнт вагомості у відсотках (K_i) визначається за формулою:

$$K_i = \frac{R_i}{R_{sum}} * 100 \quad (2.4)$$

де $R_i = \sum_{j=1}^m r_{ij}^{об}$ – сума обернених рангів, що присвоїли експерти i -му об'єкту (фактору);

$$R_{sum} = \sum_{i=1}^n R_i \quad \text{– сума обернених рангів.}$$

Нормований коефіцієнт вагомості у відсотках (\mathcal{K}_i) буде:

$$\mathcal{K}_i = \frac{R_i}{R_{max}} \quad (2.5)$$

де $R_{max} = \max\{R_i, i = 1 \dots n\}$ – максимальна сума обернених рангів

Погодженість думок експертів оцінювалась за допомогою дисперсійного та ентропійного коефіцієнтів конкордації.

Визначення значущості коефіцієнта конкордації здійснювалось за допомогою критерію χ^2 , який порівнювався з табличним і визначався за наступною формулою:

$$\chi^2 = \frac{12S}{mn(n+1) - \frac{1}{n-1} \sum_{j=1}^m T_j} \quad (2.6)$$

Для підвищення достовірності математичної обробки результатів експертного опитування застосовувалась процедура оптимізації експертних груп. В рамках цієї процедури для k -го експерта розраховувались середній коефіцієнт рангової кореляції Спірмена та показник середньої інформаційної близькості.

Для аналізу розбіжностей відповідей експертів ми застосовували спеціальні показники варіації: μ і Δ .

Величина коефіцієнта варіації μ для i^* -го признака (об'єкта, фактора) розраховувалась за формулою:

$$\mu_{i^*} = \frac{N_{i^*}}{N_{i^*} - 1} \cdot \frac{(\sum_{i=1}^n f_i)^2 - \sum_{i=1}^n f_i^2}{(\sum_{i=1}^n f_i)^2}, \quad (2.7)$$

де: μ_{i^*} – коефіцієнт варіації;

N_{i^*} – число градацій (число місць) i^* -го об'єкта;

f_i – кількість i -х місць i^* -го об'єкта.

Для визначення медичної та соціальної ефективності проведено аналіз відповідей 40 респондентів на 6 запитань. Для визначення медичної та соціальної ефективності розробленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні було проведено анкетне опитування респондентів 40 респондентів, які користувались послугами відділення відновлювального лікування ВМКЦ ЗР на 6 запитань, щодо ефективності запропонованих заходів. Відповідно до методики Вороненка Ю. В., 2002, [90] за результатами відповідей експертного опитування розраховано коефіцієнти медичної та соціальної ефективності (K_m та K_s відповідно) та визначено інтегральний коефіцієнт ефективності (K_i).

Результати соціологічного опитування пацієнтів дозволили розрахувати коефіцієнти медичної та соціальної ефективності (K_m та K_s відповідно) та визначити інтегральний коефіцієнт ефективності (K_i).

Враховуючи, що K_m – це відношення кількості досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків розрахунок проводився наступним чином:

$$K_m = \frac{30}{40} = 0,75, \text{ де}$$

30 – це 74% від загальної кількості опитаних пацієнтів, що відмітили позитивний результат медико-соціальної реабілітації у відділенні відновлювального лікування ВМКЦ ЗР.

40 – загальна чисельність опитаних пацієнтів.

Коефіцієнт соціальної ефективності (відношення випадків задоволення до загальної кількості випадків, що оцінювали пацієнти) визначали наступним чином:

$$K_c = \frac{38}{40} = 0,95, \text{ де}$$

38 – це 95% від загальної кількості респондентів, що позитивно оцінили роботу відділення відновлювального лікування.

40 – загальна кількість опитаних пацієнтів.

Враховуючи вищенаведені коефіцієнти враховували інтегральний коефіцієнт ефективності (K_i) за формулою $K_i = K_m \times K_c$

$$K_i = 0,95 \times 0,75 = 0,71$$

Таким чином, інтегральний коефіцієнт ефективності склав 0,71. В цілому, 95% ($n=38$) респондентів були задоволені якістю надання медичних послуг відділенням відновлювального лікування ВМКЦ ЗР, що у цілому дозволяє позитивно оцінювати запропоновані інновації щодо оптимізації системи медичної реабілітації військовослужбовців.

Основними позитивними відмітками були наступні: якість надання медичних послуг персоналом відділення, ставленням персоналу відділення до пацієнтів, покращення стану здоров'я.

Методи дослідження, що використовувались нами при написанні роботи на відповідних етапах дослідження представлені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Застосовані методи дослідження

Етапи	Методи дослідження
I	Системний підхід
II	Системний підхід
III	Медико-статистичний, системний підхід
IV	Медико-соціологічний, медико-статистичний, клінічні, інструментальні та лабораторні
V	Системний підхід
VI	Медико-статистичний, медико-соціологічний, системний підхід

Статистична обробка матеріалу включала: збір, реєстрацію даних, статистичне зведення, групування первинного матеріалу та аналіз статистичних показників. При проведенні статистичної обробки отриманих результатів, що відповідали нормальному (гаусовському) розподілу, використовували методики, загальноприйняті у медико-біологічних дослідженнях.

Оцінку типу розподілу проводили за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel із визначенням міри центральної тенденції між середньою арифметичною, модою та медіаною, а також симетричності та ексцесу.

При обчисленні статистичних величин були обраховані середня арифметична вибірки \bar{X} , стандартна помилка (m). Основна частина математичної обробки виконувалась з використанням програми Microsoft Excel та стандартного статистичного пакету *STATISTICA 8.0*.

Обґрунтування доцільності та мети застосування кожного конкретного методу дослідження представлено в таблиці 2.3.

Методичне забезпечення дослідження

Метод дослідження	Мета застосування
Метод системного підходу	Для комплексної оцінки особливостей комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій
Бібліосемантичний метод	Для визначення вітчизняного та світового досвіду комплексної реабілітації учасників бойових дій
Соціологічний метод	Для отримання інформації щодо оцінки якості комплексної реабілітації учасників бойових дій, результатів впровадження рекомендацій щодо оптимізації комплексної реабілітації учасників бойових дій
Медико-статистичний метод	Для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації
Метод експертних оцінок	Для оцінки ефективності запропонованих підходів щодо оптимізації комплексної реабілітації учасників бойових дій

Таким чином, розроблена програма дослідження, обраний методичний інструментарій і обсяги досліджень забезпечили отримання достовірних результатів, що стали основою наукового обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні.

Висновки до розділу 2

Використання сучасних методів соціально-гігієнічних досліджень та опрацювання результатів спостережень, в обсягах репрезентативних вибірок дозволило:

- проаналізувати структуру та характер поранень, рівень та структура працевтрат та інвалідності, смертності серед військовослужбовців учасників бойових дій;

- діагностувати вид і рівень психологічних наслідків участі поранених у бойових діях;

- проаналізувати ефективність заходів, що застосовувались для психологічної реабілітації військовослужбовців;

- отримати достовірні дані, покладені в основу наукового обґрунтування та оптимізації моделі медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні;

- розробити і впровадити комплекс науково-обґрунтованих заходів щодо оптимізації системи медичної реабілітації військовослужбовців.

Результати досліджень, отримані за допомогою зазначених вище підходів, методів та методик і їх аналіз, будуть наведені у наступних розділах.

Основні наукові результати розділу опубліковані у наукових працях: [25].

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ, СТРУКТУРИ БОЙОВОЇ І НЕБОЙОВОЇ
ПАТОЛОГІЇ ТА ПОТРЕБИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ У ЗАХОДАХ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ3.1. Структура і характер бойової патології у поранених
військовослужбовців

Характерною особливістю сучасних бойових дій є те, що вони вирізняються низкою певних факторів, що обумовлюють характер санітарних втрат. До них відносяться наступні: висока динамічність бойових дій, відсутність чіткої лінії фронту, застосування сучасного озброєння і бойової техніки, тяжка травма, хронічна стресова ситуація. Їх взаємодія сприяє поєднаності, комбінованості, поліорганності патологічних змін, що мають місце при пораненні.

В структурі сучасної бойової травми значну питому вагу складають тяжкі поєднані і множинні поранення. Порівняно з даними про Другу світову війну кількість множинних і поєднаних поранень значно зросла, що насамперед пов'язано з удосконаленням зброї та тактикою ведення бойових дій. Як правило, кількість поранених з поєднаними та множинними пораненнями складає більше 30% величини санітарних втрат.

В сучасних збройних конфліктах переважну більшість санітарних втрат складають мінно-вибухові пошкодження. В структурі санітарних втрат 50% припадає на легкі поранення, 30% - середньо тяжкі, 18% - тяжкі, 2% вкрай тяжкі [45].

Результати даного етапу дослідження ґрунтуються на аналізі структури та характеру бойової патології військовослужбовців. Аналіз структури та характеру бойової патології військовослужбовців проводився шляхом ретроспективного та проспективного вивчення результатів

лікування поранених військовослужбовців, які перебували на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону (ВМКЦ ЗР) в період з лютого 2014 року по серпень 2017 року. Всього було проаналізовано 954 клінічних випадків.

Всі пацієнти, які знаходились під спостереженням, отримали поранення в зоні проведення антитерористичної операції. Вік пацієнтів коливався від 19 до 61 років. Розподіл поранених за демографічною характеристикою представлений в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Вікова структура поранених військовослужбовців

Вік поранених, років	Структура поранених, %
молодше 20	1,7
20-30	50,5
31-40	33,4
41-50	12,8
51-60	1,5
старше 60	0,1
Всього	100

Як видно з даних, представлених в табл. 3.1, серед поранених переважали особи віком від 20 до 30 років. Їх питома вага серед всієї кількості аналізованих випадків становила 50,5% (482 пацієнтів). Значний відсоток серед поранених складала також особи віком від 31 до 40 років – 33,4% (319 пацієнтів). Питома вага поранених за іншими віковими групами розподілилась наступним чином: серед вікової категорії віком від 41 до 50 років вона складала 12,8% (122 пацієнти); поранені, вік яких був молодше 20 років складала 1,7% (16 пацієнтів); вікова категорія від 51 до 60 років складала 1,5% (14 пацієнтів) і зовсім малий відсоток був представлений особами старше 60 років – 0,1% (1 пацієнт).

Розподіл поранень за локалізацією представлений в табл. 3.2. Найбільшу питому вагу серед поранень мають поранення кінцівок – 52%

(496 поранених). З них переважали поранення нижніх кінцівок – 30,6% (292 пацієнти). Поранення верхніх кінцівок склали 21,4% (204 пацієнти). Отримані нами дані щодо питомої ваги поранень кінцівок цілком відповідають даним наукової літератури. У структурі санітарних втрат під час бойових дій у сучасних умовах переважають поранення кінцівок. Вони, як правило, становлять 50-60% від усіх поранень. За даними офіційної статистики, за період проведення АТО в структурі переважали вогнепальні переломи верхніх і нижніх кінцівок разом складають близько 57,4%, поранення голови – 23,2% та грудної клітки – 8,5%, що співставимо з отриманими нами даними [138, 139, 140, 141].

Таблиця 3.2

Розподіл пацієнтів за локалізацією поранення у порівнянні з даними літературних джерел [31, 32, 33, 34, 35, 36, 37]

Локалізація поранення	Структура поранень, %	Дані літературних джерел, %
верхні кінцівки	21,4	24,5
нижні кінцівки	30,6	32,9
Голова	16,8	23,2
око і орбіта	1,8	0,9
шия	1,2	1,9
грудна клітка	4,4	8,5
Живіт	2,2	3,7
таз	1,9	0,7
Інші	19,7	3,7
Всього	100	100

За даними інших наукових джерел вогнепальні поранення, діагностовані в учасників АТО за локалізацією розподіляються наступним чином: голови – 13,2%, шиї — 4,5%, хребта — 2,6%, грудної клітки — 8,0%, черевної порожнини — 3,0%, тазу — 6,5%, кінцівок — 58,0%, опіки — 4,0%. Такий перерозподіл клініко-нозологічної та клініко-анатомічної характеристики пошкоджень обумовлений як і механізмом отримання поранення так і вдосконаленням засобів індивідуального й колективного захисту [34, 45].

Розподіл поранених за ступенями тяжкості їх стану на момент надходження у ВМКЦ ЗР представлений на рис. 3.1.

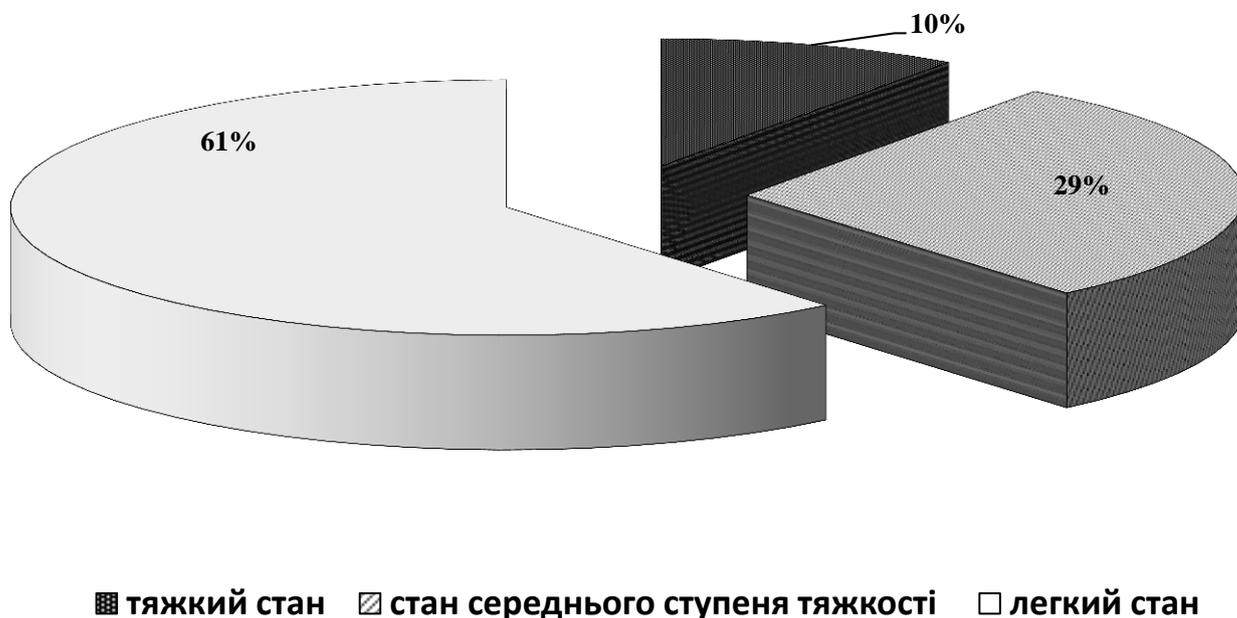


Рис. 3.1. Розподіл поранених за ступенем тяжкості їх стану

Як бачимо, у більшості поранених – 583 (61,1%) пацієнта стан на момент поступлення у ВМКЦ ЗР був оцінений як легкий. У тяжкому стані на лікування поступило 94 поранених (9,9%). У 277 поранених (29%) стан на момент поступлення був оцінений як середнього ступеня тяжкості.

Звертає на себе увагу тривалий термін відновлення здоров'я військовослужбовців. Тривалість лікування не залежно від ступеня тяжкості поранення в усіх випадках перевищувала три тижні. Найбільш тривалий термін лікування відмічений у пацієнтів з тяжким пораненням він в середньому був рівний 36,6 діб. Тривалість лікування у пацієнтів з пораненням середнього ступеня тяжкості складала 21,8 доби. При пораненні легкого ступеня тривалість лікування пацієнтів складала 24,2 діб. Дані представлені в табл. 3.3.

Тривалість лікування поранених залежно від ступеня тяжкості поранення

Ступінь тяжкості поранення	Середня тривалість лікування, діб
Тяжке поранення	36,6
Поранення середнього ступеня тяжкості	21,8
Легке поранення	24,2

Пацієнти з пораненнями середнього ступеня тяжкості перебували на лікуванні у профільному відділенні до стабілізації їх стану а потім для подальшого відновлення проходили курс реабілітаційного лікування. Тоді як при пораненнях легкого ступеня пацієнти не потребували реабілітаційного лікування і знаходились на лікуванні у профільному відділенні до повного одужання.

Аналіз результатів наслідків поранення та лікування встановив, що із загальної кількості пролікованих пацієнтів (954 особи) – 6 (0,6%) пацієнтів померло. Летальні наслідки були обумовлені тяжкими пораненнями.

Необхідно відзначити, що до військової служби після проведеного лікування було повернено 63,3% пацієнтів; 36,1% пацієнтів за станом здоров'я визнані непридатними до військової служби, рис. 3.2.

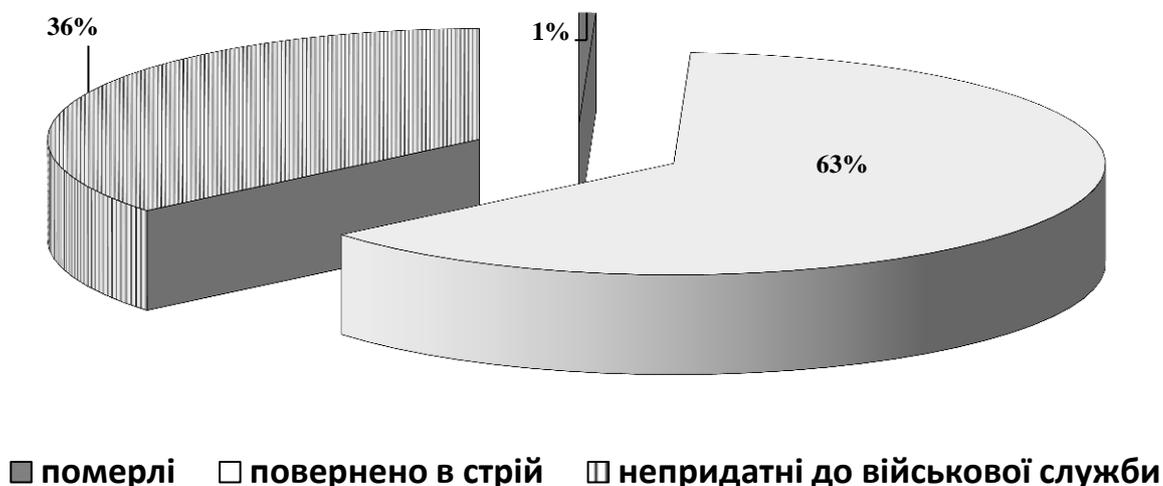


Рис. 3.2. Розподіл поранених за наслідками лікування

Переважна більшість поранених після проведеного лікування потребували відпустки за станом здоров'я. Питома вага поранених, яким після проведеного лікування надавалась відпустка за станом здоров'я складала 78,1% (745 пацієнтів). Терміни цієї відпустки були різними. Найдовший термін відпустки, наданої пацієнтам за станом здоров'я, перевищував 30 діб. При цьому питома вага поранених, які потребували такої тривалої відпустки також була найбільшою і складала 54,2% (404 пацієнти). Питома вага поранених, яким була надана відпустка за станом здоров'я тривалістю 30 діб складала 39,6% (295 пацієнтів). Найменшою була кількість поранених, які за станом здоров'я потребували відпустки тривалістю 15 діб. Питома вага цих поранених складала 6,2% (46 пацієнтів).

Узагальнюючи отримані результати, можна сказати, що суттєві зміни видів зброї та боєприпасів, що застосовуються під час локальних війн та збройних конфліктів спричинили зміну структури бойової травми. Переважна більшість поранень потребують тривалого лікування. Лікування сучасної бойової травми не може бути відокремленим від реабілітаційних заходів. Тому лікування та реабілітація військовослужбовців є актуальним питанням, яке постає сьогодні не тільки перед військовою, але і цивільною медициною та службами соціального захисту.

3.2. Аналіз госпіталізованої захворюваності військовослужбовців – учасників бойових дій

Як відомо, військова служба характеризується високим рівнем нервово-емоційного напруження, постійної концентрації уваги, значного фізичного навантаження особливо в період ведення бойових дій. За даними наукової літератури [86, 79, 149], ці фактори у поєднанні з напруженою бойовою обстановкою і незвичними для військовослужбовців умовами служби та побуту обумовлюють особливості структури та перебігу захворювань у воєнний час.

Аналіз санітарних втрат сучасних збройних конфліктів свідчить про закономірність переважання санітарних втрат терапевтичного профілю в загальній структурі санітарних втрат. На соматичні захворювання може припадати від 30 до 50% всіх санітарних втрат. Так під час війни радянських військ в Афганістані втрати терапевтичного профілю у 8 разів переважали над втратами з числа поранених. Під час Чеченської війни це співвідношення складало майже 1:1. Переважною мірою це було обумовлено зростанням інфекційних, шкірних, психоневрологічних захворювань, а також збільшенням кількості соматичної патології з переважанням серед неї захворювань органів дихання, шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи [124].

На переконання фахівців [9], величина і структура санітарних втрат терапевтичного профілю залежать від якісного і кількісного складу військ, стану здоров'я особового складу, тривалості, характеру та інтенсивності бойових дій, клімато-географічних умов і санітарно-епідемічного стану в регіоні, організації харчування, водопостачання, розміщення військовослужбовців. При цьому за своєю структурою вони близькі до патології терапевтичного профілю мирного часу.

Аналіз структури та характеру захворювань військовослужбовців проводився шляхом ретроспективного та проспективного вивчення результатів лікування військовослужбовців учасників АТО, які перебували на лікуванні у ВМКЦ ЗР в період з лютого 2014 року по серпень 2017 року. Всього було проаналізовано 1040 клінічних випадків захворювань.

Розподіл військовослужбовців за демографічною характеристикою представлений в таблиці 3.4. Як видно з даних, представлених в таблиці, вік військовослужбовців коливався від 19 до 61 років. Серед хворих військовослужбовців переважали особи віком від 31 до 40 років. Їх питома вага серед всієї кількості проаналізованих випадків становила 35,29% (367 пацієнтів).

Вікова характеристика хворих військовослужбовців

Вік військовослужбовців, років	Структура поранених, %
молодше 20	0,4
20-30	27,6
31-40	35,3
41-50	26,1
51-60	10,4
старше 60	0,3
Всього	100

Значний відсоток серед хворих військовослужбовців складали також особи віком від 20 до 30 років – 27,59% (287 пацієнтів) та особи віком від 41 до 50 років – 26,06% (271 пацієнт). Питома вага хворих військовослужбовці, які перебували на лікуванні, за іншими віковими групами розподілилась наступним чином: серед вікової категорії віком від 51 до 60 років вона складала 10,38% (108 пацієнтів); зовсім малий відсоток був представлений особами молодше 20 років 0,39% (4 пацієнти) та старше 60 років – 0,29% (3 пацієнти). Розподіл пацієнтів за госпіталізацією у відповідні профільні відділення представлений в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Розподіл пацієнтів за госпіталізацією в профільні відділення

Назва відділення	Структура пацієнтів, %
Неврологічне відділення	31,2
Відділення загальної терапії та профпатології	21,3
Гастроентерологічне відділення	11,4
Кардіологічне відділення	11,2
Ангіоневрологічне відділення	9,2
Відділення відновлювального лікування	5,2
Психіатричне відділення	4,4
Відділення кишкових інфекцій	2,4
Дерматовенерологічне відділення	2,1
Відділення респіраторних інфекцій	1,6
Разом	100

Як свідчать дані, наведені в таблиці, найбільша кількість хворих військовослужбовців за проаналізований період була госпіталізована в неврологічне відділення. Їх питома вага склала 31,2% (324 пацієнта).

Структура захворювань з приводу яких військовослужбовці перебували на лікуванні у неврологічному відділенні представлений на рис. 3.3.

Аналіз представлених даних свідчить, що серед військовослужбовців, госпіталізованих у неврологічне відділення переважали пацієнти з дорсалгіями – 30% (97 пацієнтів). Досить значною також була питома вага військовослужбовців, що лікувалися з приводу внутрішньочерепної травми – 24% (78 пацієнтів) та з приводу радикулопатій 23,5% (76 пацієнтів).

Структура іншої неврологічної патології, з приводу якої військовослужбовці перебували на лікуванні, розподілилась наступним чином: віддалені наслідки черепно-мозкової травми – 6% (20 пацієнтів); розлади вегетативної нервової системи – 5,8% (19 пацієнтів); інші міжхребетні дискові ураження – 5% (16 пацієнтів); мононевропатії верхніх кінцівок – 2,5% (8 пацієнтів); реакції на тяжкий стрес, розлади адаптації – 2% (6 пацієнтів); ураження лицевого нерву – 1,2% (4 пацієнти).

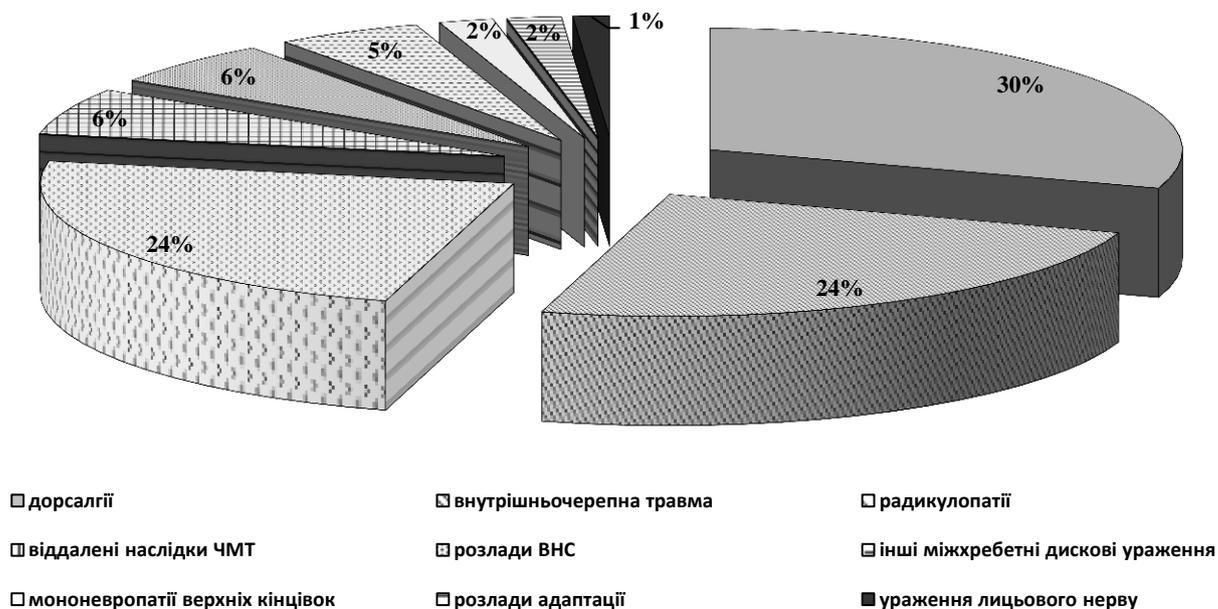


Рис. 3.3. Структура захворювань серед пацієнтів неврологічного відділення

Значну питому вагу склали пацієнти, госпіталізовані у терапевтичне відділення – 21,3% (222 пацієнта). Частина пацієнтів була також госпіталізована у гастроентерологічне та кардіологічне відділення. Так питома вага пацієнтів, госпіталізованих у гастроентерологічне відділення складала 11,4% (119 пацієнтів) у кардіологічне відділення – 11,2% (116 пацієнтів). В цілому за госпіталізацією у профільні відділення пацієнти розподілились наступним чином: ангіоневрологічне відділення – 9,2% (96 пацієнтів); відділення відновлювального лікування – 5,2% (54 пацієнта); психіатричне відділення – 4,4% (46 пацієнтів); відділення кишкових інфекцій – 2,4% (25 пацієнтів); дерматовенерологічне відділення – 2,1% (22 пацієнти); відділення респіраторних інфекцій – 1,6% (16 пацієнтів).

В табл. 3.6 представлені захворювання з приводу яких військовослужбовці були госпіталізовані у відділення загальної терапії та профпатології. Всього за проаналізований період в даному відділенні лікувалось 222 військовослужбовці.

Таблиця 3.6

Структура захворювань серед пацієнтів відділення загальної терапії та профпатології

Захворювання	Структура захворювань, %
Пневмонія	25,2
Гострий бронхіт	20,3
Виразкова хвороба	12,2
Гастродуоденіт	9,8
Гастрит	9,1
Хронічний панкреатит	4,5
Есенціальна первинна гіпертензія	8,1
Гіпертонічна хвороба	5,9
Хронічні обструктивні захворювання легень	4,9
Всього	100

Як видно з даних, представлених в таблиці, основну кількість госпіталізованих у відділення загальної терапії та профпатології

військовослужбовців, склали пацієнти з гострими захворюваннями нижніх дихальних шляхів. Всього на лікуванні з даною патологією перебував 101 (45,5%) військовослужбовець. При цьому питома вага пацієнтів з пневмонією складала 25,2% (56 пацієнтів) а пацієнтів з гострим бронхітом 20,3% (45 пацієнтів).

У гастроентерологічному відділенні за проаналізований період перебувало на лікуванні 119 військовослужбовців. Захворювання, з приводу яких були госпіталізовані пацієнти, представлені в табл. 3.7.

Аналіз отриманих даних свідчить, що всього у відділенні на лікуванні перебувало 119 пацієнтів. Серед захворювань шлунково-кишкового тракту у госпіталізованих військовослужбовців на першому місці перебуває хронічний гастрит.

Таблиця 3.7

Структура захворювань шлунково-кишкового тракту

Захворювання	Структура захворювань, %
Хронічний гастрит	51,2
Виразкова хвороба шлунку	23
Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки	14,2
Хронічний гепатит	7,5
Гастроезофагіальний рефлюкс	4,1
Всього	100

З даною патологією був госпіталізований 61 пацієнт. Питома вага пацієнтів з даним захворювання склала 51,2%. Питома вага пацієнтів з виразковою хворобою склала 37% (44 пацієнти). Серед них: виразкова хвороба шлунку – 23% (27 пацієнтів), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки – 14,2 % (17 пацієнтів). Питома вага пацієнтів з хронічним гепатитом склала 7,5% (9 пацієнтів). Найменшою була питома вага пацієнтів з гастро-езофагіальним рефлюксом. Вона складала 4,1% (5 пацієнтів). Із захворюваннями серцево-судинної системи на лікуванні

перебував 31 (14%) військовослужбовець. При цьому питома вага пацієнтів з захворюваннями серцево-судинної системи розподілилась наступним чином: есенціальна первинна гіпертензія – 8,1% (18 пацієнтів); гіпертонічна хвороба – 5,9% (13 пацієнтів). Найменшу кількість серед військовослужбовців, госпіталізованих в терапевтичне відділення склали пацієнти з хронічними обструктивними захворюваннями легень. З приводу даної патології на лікуванні знаходилось 11 військовослужбовців. Питома вага цих пацієнтів складала 5%.

За проаналізований період на лікуванні в кардіологічному відділенні перебувало 116 військовослужбовців. Розподіл питомої ваги кардіологічної патології з приводу якої були госпіталізовані військовослужбовці представлений на рис. 3.4.

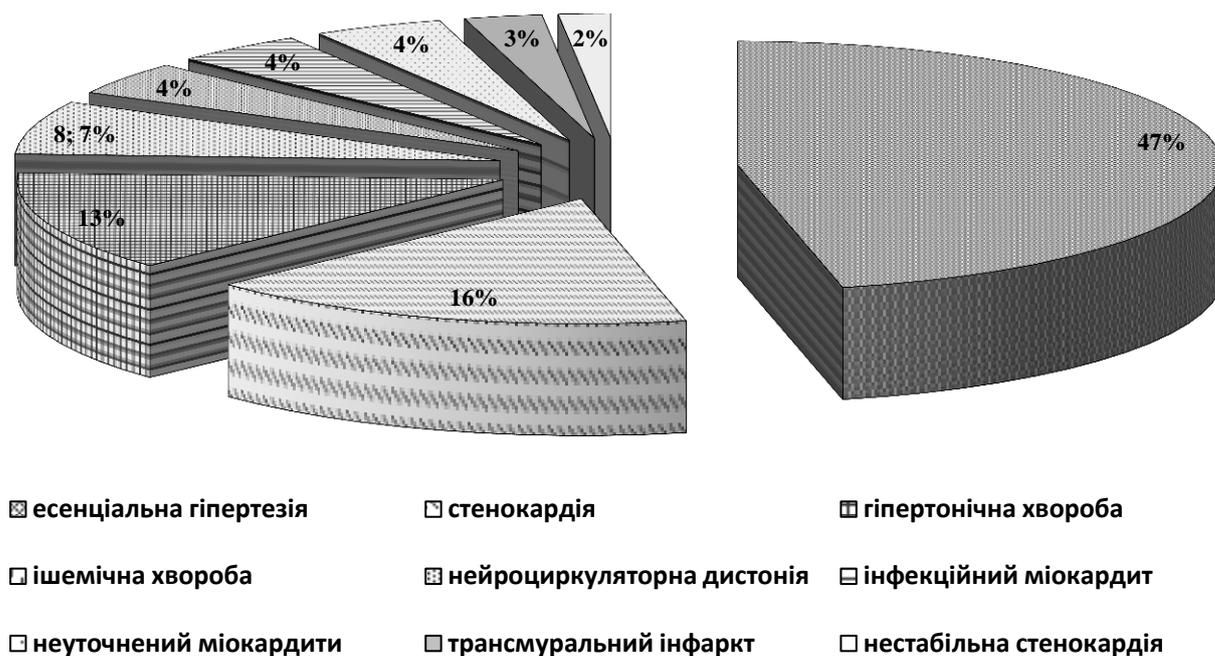


Рис. 3.4. Структура кардіологічної патології у військовослужбовців

Аналіз представлених даних свідчить, що серед пацієнтів, госпіталізованих в кардіологічне відділення найбільша питома вага припадає на хворих з есенціальною гіпертензією – 47% (54 пацієнти). Інша кардіологічна патологія розподілилась наступним чином: стенокардія - 16% (19 пацієнтів); гіпертонічна хвороба – 13% (15 пацієнтів); інші форми

ішемічної хвороби серця – 7% (8 пацієнтів). Однакову питому вагу склали пацієнти з: нейро-циркуляторною дистонією – 4% (5 пацієнтів), інфекційним міокардитом – 4% (5 пацієнтів) та неуточненим міокардитом – 4% (5 пацієнтів). Незначну питому вагу склали хворі військовослужбовці з гострим трансмуральним інфарктом – 3% (3 пацієнти) та нестабільною стенокардією – 2% (2 пацієнти).

Дані щодо захворювань, з приводу яких військовослужбовці перебували на лікуванні в ангіоневрологічному відділенні, представлені в табл. 3.8. Як видно з даних, представлених в таблиці, всього на лікуванні у відділенні ангіоневрології перебувало 96 військовослужбовців. Переважна більшість з них – 57 пацієнтів були госпіталізовані з приводу внутрішньочерепної травми.

Таблиця 3.8

Структура захворювань ангіоневрологічного відділення

Захворювання	Структура, %
Внутрішньочерепна травми	59
Розлади вегетативної нервової системи	24
Інші церебро-васкулярних захворювання	14
Внутрішньо мозкові крововиливи	2
Транзиторні церебральні ішемічні напади	1
Всього	100

Питома вага пацієнтів з даною патологією склала 59%. Питома вага інших захворювань з приводу яких військовослужбовці були госпіталізовані у відділення ангіоневрології розподілилась наступним чином. Питома вага розладів вегетативної нервової системи складала 24% (23 пацієнта). Питома вага інших церебро-васкулярних захворювань склала 14% (13 пацієнтів). Питома вага внутрішньо мозкових крововиливів – 2% (2 пацієнти). Найменшою була питома вага транзиторних церебральних ішемічних нападів. Вона складала 1% (1 пацієнт).

У відділенні відновлювального лікування за проаналізований період перебувало на лікуванні 54 пацієнти терапевтичного профілю. Як видно з

даних, представлених у табл. 3.9, найбільшу питому вагу серед пацієнтів, які перебували на лікуванні в даному відділенні складали пацієнти з віддаленими наслідками травми голови – 36% (20 пацієнтів).

Таблиця 3.9

Структура захворювань відділення відновлювального лікування

Захворювання	Структура захворювань, %
Віддалені наслідки травми голови	37
Ураження міжхребетних дисків з мієлопатією	19
Віддаленими наслідками травми спинного мозку	11
Проведення інших реабілітаційних процедур склала	33
Всього	100

Як бачимо з наведеного у табл. 3.9, структура пацієнтів з ураженнями міжхребетних дисків з мієлопатією складала 19% (10 пацієнтів). З віддаленими наслідками травми спинного мозку – 11% (6 пацієнтів). Питома вага пацієнтів, які потребували проведення інших реабілітаційних процедур склала 33% (18 пацієнтів).

За проаналізований період у відділенні кишкової інфекції перебувало на лікуванні 25 військовослужбовців. Графічний розподіл питомої ваги патології, з приводу якої військовослужбовці перебували на лікуванні у відділенні кишкової інфекції, представлений на рис. 3.5.

Серед них переважну більшість складали пацієнти з хронічним вірусним гепатитом С. Питома вага цих пацієнтів була 52% (13 пацієнтів). Питома вага інших інфекційних захворювань з приводу якої пацієнти перебували на лікуванні у відділенні кишкової інфекції розподілилась наступним чином: бактеріальні кишкові інфекції – 20% (5 пацієнтів); носіння збудників вірусного гепатиту – 8% (2 пацієнти); бешиха – 4% (1 пацієнт); гострий гепатит А – 4% (1 пацієнт); гострий гепатит В – 4% (1 пацієнт); хвороба зумовлена ВІЛ з проявами кандидозу – 4% (1 пацієнт); неспецифічний реактивний гепатит – 4% (1 пацієнт).

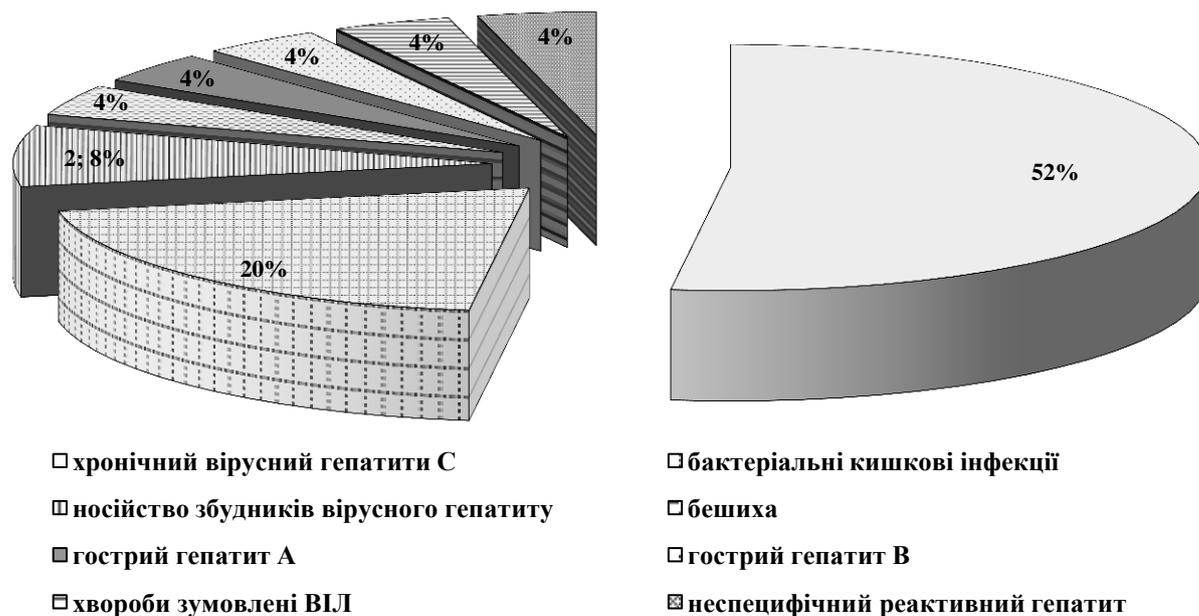


Рис. 3.5. Структура патології серед пацієнтів відділення кишкової інфекції

В табл 3.10 представлені дані щодо захворювань з приводу яких військовослужбовці були госпіталізовані та проходили лікування у відділенні повітряно-крапельних інфекцій.

Таблиця 3.10

Структура патології пацієнтів відділення повітряно-крапельних інфекцій

Захворювання	Структура пацієнтів, %
Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів	50
Гострий тонзиліт	25
Вітряна віспа	6,3
Хвороба зумовлена ВІЛ	6,3
Бактеріальна пневмонія	6,3
Гострий бронхіт	6,3
Всього	100

Аналізуючи дані, представлені в таблиці, можна сказати наступне. Серед всіх пацієнтів, госпіталізованих у відділення повітряно-крапельних інфекцій у 8 була діагностовано гостра інфекція верхніх дихальних шляхів. Питома вага пацієнтів з даним захворюванням складала 50%. Питома вага пацієнтів, що перебували на лікуванні з гострим тонзилітом складала 25% (4 пацієнти). Питома вага таких захворювань як вітряна віспа, хвороба

зумовлена ВІЛ, бактеріальна пневмонія, гострий бронхіт була однаковою і складала 6,25% (1 пацієнт) з кожного вказаного захворювання.

На лікуванні у дерматовенерологічному відділенні перебувало 22 військовослужбовця. В табл. 3.11 представлені дані, щодо захворювань з приводу яких пацієнти проходили лікування в даному відділенні. Як видно з даних, представлених в таблиці найбільшу питому вагу склали пацієнти, госпіталізовані з приводу псоріазу звичайного – 23% (5 пацієнтів) та алергічного контактного дерматиту – 14% (3 пацієнти). Питома вага інших дерматовенерологічних захворювань, з приводу яких військовослужбовці перебували на лікуванні, розподілилась наступним чином: генералізований пустульоз – 9% (2 пацієнти); аногенітальні бородавки – 9% (2 пацієнти); імпетиго поширене – 9% (2 пацієнти); генералізована висипка – 9% (2 пацієнти); простий хронічний лишай – 9% (2 пацієнти); інші дерматити – 9% (2 пацієнти); інфекційний дерматит – 9% (2 пацієнти).

Таблиця 3.11

Структура патології у пацієнтів дерматовенерологічного відділення

Захворювання	Структура пацієнтів, %
Псоріаз звичайний	23
Алергічний контактний дерматит	14
Генералізований пустульоз	9
Аногенітальні бородавки	9
Імпетиго поширене	9
Генералізована висипка	9
Простий хронічний лишай	9
Інші дерматити	9
Інфекційний дерматит	9
Всього	100

Отже, враховуючи наведене вище, можна стверджувати, що переважну більшість серед госпіталізованих з приводу захворювань військовослужбовців, склали пацієнти неврологічного профілю – 31,2% (324 пацієнта). При цьому серед неврологічних захворювань найбільша кількість припадала на дорсалгії – 30% (97 пацієнтів).

На другому місці в структурі захворюваності військовослужбовців, були хвороби представлені у відділенні загальної терапії та профпатології – 21,3% (222 пацієнти). При цьому переважну більшість з них – 45,5% (101 пацієнт) склали пацієнти з гострими захворюваннями нижніх дихальних шляхів: пневмонія – 25,2% (56 пацієнтів) та гострий бронхіт – 20,3% (45 пацієнтів).

На третьому і четвертому місцях в структурі захворюваності військовослужбовців була група захворювань шлунково-кишкового тракту та серцево-судинних захворювань, які проходили лікування відповідно у гастроентерологічному – 11,4% (119 пацієнтів) та кардіологічне відділеннях – 11,2% (116 пацієнтів). При цьому серед захворювань шлунково-кишкового тракту на першому місці перебуває хронічний гастрит – 51,% (61 пацієнт). Серед кардіологічної патології – есенціальна гіпертензія 47% (54 пацієнти).

Слід також зазначити, що серед військовослужбовців, які знаходились на лікуванні за проаналізований період (всього 1994 пацієнти) кількість військовослужбовців з соматичною патологією складала 52% (1040 хворих військовослужбовців), що на 4% перевищує кількість військовослужбовців, госпіталізованих з приводу поранення – 48% (954 поранених військовослужбовця).

3.3. Особливості проявів у поранених військовослужбовців бойових стресових розладів

Дані наукових літературних джерел свідчать про те, що кожен п'ятий учасник бойових дій навіть при відсутності якої-небудь фізичної травми страждає нервово-психічними розладами, а через декілька місяців після повернення до нормальних умов життя у нього проявляються інші наслідки – різноманітні психосоматичні захворювання [3, 15, 17, 36].

Наявність хронічного травмуючого впливу на психіку самого факту перебування військовослужбовця в екстремальних умовах, отримання поранення того чи іншого ступеня тяжкості призводить до того, що

військовослужбовці потребують не тільки медичної але і психологічної допомоги [39, 47, 58, 69].

Важливим моментом є також і те, що в післявоєнному періоді медико-соціальні проблеми у військовослужбовців можуть ускладнитися зміщенням клінічних акцентів поранення як в бік переважання наслідків фізичної бойової травми, так і в бік небойового пошкодження, обумовленого хронічним психоемоційним стресом.

Одним із клінічних видів бойової психічної патології є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який може виникати в учасників бойових дій через будь-який чітко не встановлений проміжок часу після впливу травмуючого фактору (від декількох місяців до декілька десятків років).

Відповідно до МКХ-10 ПТСР відноситься до числа психогенних захворювань, що обумовлені впливом неординарного, надзвичайного стресу, який може викликати дистрес у будь-якої людини..

В багатьох дослідженнях констатується той факт, що посттравматичні стресові розлади можуть складати від 10 до 50% всіх медичних наслідків бойових дій [87, 105, 137]. До змінених психічних станів, що можуть виникати у військовослужбовців у період ведення бойових дій, відносять: бойову стресову реакцію (початковий прояв дезадаптаційних розладів), бойову втому та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології [1, 2, 63].

Рання діагностика негативних психічних станів, постстресових станів дозволяє на ранніх етапах виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом і високою вірогідністю ранніх і тяжких проявів бойової психічної травми та її наслідків, а також дозволяє розробити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожного обстеженого військовослужбовця.

Враховуючи сказане вище, діагностику наявності негативних психічних станів у поранених військовослужбовців проводили наступним чином.

Діагностика виду і рівня психологічних наслідків участі поранених у бойових діях, вибір необхідних реабілітаційних заходів та їх психологічна реабілітація проводилась відповідно до Наказу Міністерства Оборони України від 09.12.2015 р. № 702 "Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)" [101], а також Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [118].

Для дослідження психологічного стану військовослужбовців, які після отримання поранення перебували на стаціонарному лікуванні у ВМКЦ ЗР в якості діагностичного психологічного тесту була використана Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (додаток Б). Дана діагностична методика є однією з методик, рекомендованих Науково-діагностичним центром гуманітарних проблем Збройних сил України для застосування з метою діагностики негативних психічних станів військовослужбовців, які перебували в районі ведення бойових дій [1].

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Обробка результатів, отриманих після проведення тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР полягала в підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, що вважаються найбільш специфічними проявами ПТСР.

«Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану є наявність більше 4 відповідей “так”.

Крім цього з кожним із поранених проводилась психологічна бесіда (клінічне інтерв'ю). Дана методика застосовувалась з метою вивчення психологічного стану військовослужбовця після отримання ним поранення. Вона ґрунтується на вербальній соціально-психологічній взаємодії між психологом та пораненим з яким проводиться бесіда. Вона дала можливість шляхом постановки під час бесіди спрямованих запитань виявити у учасника бойових дій таких психологічних розладів, як перебільшене реагування, агресивність, порушення пам'яті і концентрації уваги, депресія, тривожність, галюцинації, проблеми зі сном (тяжкість засипання, переривчастий сон).

Психологічне обстеження з використанням вищеперерахованих методик було проведено серед 110 поранених, які перебували на лікуванні у ВМКЦ ЗР.

Всі пацієнти, що знаходились під спостереженням, отримали поранення в зоні проведення АТО. Вік пацієнтів коливався від 20 до 57 років, середній вік становив $35,3 \pm 7,1$ років. Розподіл поранених за віком представлений в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Вікова характеристика поранених військовослужбовців з поглибленим дослідженням психологічного стану

Вік поранених, років	Вікова структура, %
20-30	36,4
31-40	31,8
41-50	27,3
51-60	4,5
Всього	100

Розподіл пацієнтів за характером отриманих поранень представлений в таблиці 3.13. Як видно з даних, наведених в таблиці, переважна більшість поранених – 63 пацієнта (57,3%) отримали вогнепальне пошкодження; мінно-вибухову травму отримали 45 пацієнтів (40,9%); термічну травму отримали 2 пацієнта (1,8%).

Розподіл пацієнтів за характером поранення

Характер поранення	Кількість пацієнтів, n (%)
вогнепальне поранення	63 (57,3)
мінно-вибухове поранення	45 (40,9)
термічне поранення	2 (1,8)
Всього	110 (100%)

Структура поранень обстежених пацієнтів представлена в таблиці 3.14. Як свідчать дані, наведені в табл. 3.14., в структурі поранень серед обстеженої категорії пацієнтів переважали поранення нижніх кінцівок – 39 пацієнтів (35,5%); поранення верхніх кінцівок – 22 пацієнти (20%); поранення грудної клітки – 12 пацієнтів (10,9%); поранення живота – 6 пацієнтів (5,5%); поранення голови – 14 пацієнтів (12,7%), закрита черепно-мозкова травма – 3 пацієнти (2,7%); поранення ока – 3 пацієнти (2,7%); поєднані поранення – 7 пацієнтів (6,4%); акубаротравма – 3 пацієнти (2,7%); поранення хребта – 1 пацієнт (0,9%).

Таблиця 3.14

Структура пацієнтів за локалізацією поранення

Локалізація поранення	Структура пацієнтів, %
нижні кінцівки	35,5
верхні кінцівки	20,0
грудна клітка	10,9
живіт	5,5
голова	12,7
закрита черепно-мозкова травма	2,7
око	2,7
поранення хребта	0,9
акубаротравма	2,7
поєднані поранення	6,
Всього	100

На основі аналізу результатів психологічного обстеження поранених встановлено наступне. Серед 110 обстежених у 39,1% (43 пацієнта) обстежених були виявлені ознаки ПТСР. У 60,9% (67 пацієнтів) поранених ознаки ПТСР не були виявлені.

Отримані нами результати цілком відповідають даним наукової літератури. Як свідчать дані наукової літератури у 25% військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях і не отримали поранення розвивають психологічні розлади. Серед поранених та тих, хто отримав інвалідність внаслідок поранення ПТСР зустрічається набагато частіше і досягає 40-50% . Згідно звіту, що був складений консультативною групою армії США щодо психічного здоров'я військовослужбовців, в 2007 році 28% комбатантів мали клінічні ознаки ПТСР. За даними інших дослідників, ПТСР складає від 10 до 50% всіх психопатологічних наслідків війн [153, 157].

За результатами тестування було встановлено, що серед 43 пацієнтів у яких було діагностовано наявність ПТСР у 32 (29%) із них при підрахунку результатів кількість позитивних відповідей, отриманих під час первинного скринінгу за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР значно перевищувала «порогове» значення. Обробка отриманих результатів (відповідно до інструкції) полягала в підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, що являються найбільш специфічними проявами ПТСР. «Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей “так”.

З 43 опитаних пацієнтів 21 (48,8%) пацієнт відповів «так» на дев'ять запитань. На сім запитань відповіли «так» 10 (23,3%) пацієнтів та 7 (16,3%) пацієнтів відповіли «так» на шість запитань; 5 (11,6%) пацієнтів відповіло «так» на п'ять запитань, що також перевищує «порогове» значення при визначенні наявності порушень психічного стану.

Графічне зображення розподілу пацієнтів за результатами тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР представлено на рис. 3.6.

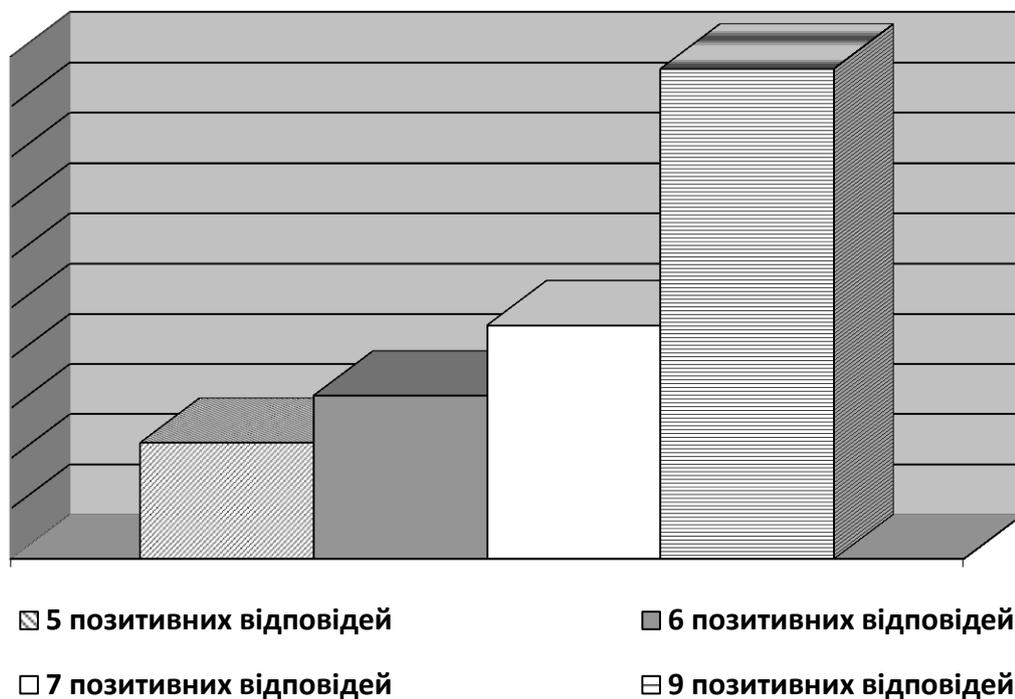


Рис. 3.6. Розподіл відповідей пацієнтів за результатами тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР

Наявність у 43 поранених ознак ПТСР підтверджують і результати проведеної з ними психологами психодіагностичної бесіди (клінічного інтерв'ю). Аналіз отриманих результатів дозволив виділити наступні групи психологічних ознак ПТСР у обстежених поранених. Серед ознак порушення психологічного стану переважна більшість поранених (45%) скаржились на порушення сну. Питома вага інших порушень психологічного стану у поранених з ПТСР розподілилась наступним чином: 34% скаржились на емоційну нестійкість; 31% - дратівливість, підвищену емоційність; 27% - нездатність розслабитись; 27% - погану концентрацію уваги; 20% - погіршення пам'яті; 11% - замкнутість, байдужість; 8% - пригнічений настрій. Графічний розподіл ознак порушення психологічного стану представлений на рис. 3.7.

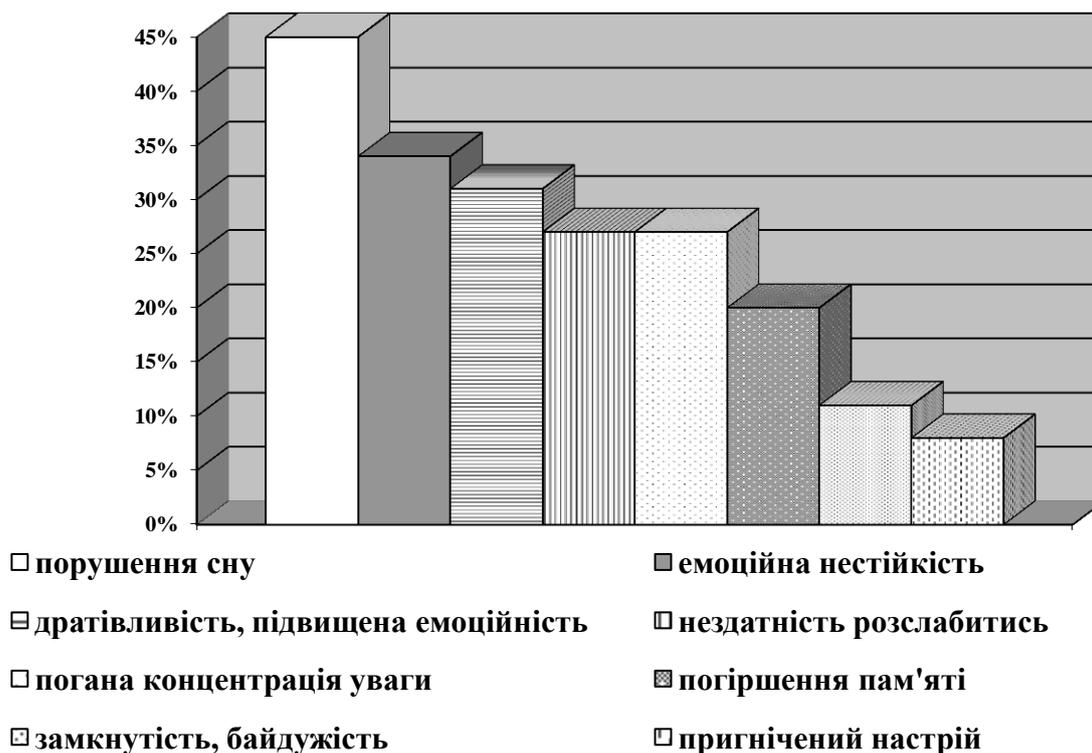


Рис. 3.7. Розподіл ознак порушення психологічного стану у поранених

Серед 67 поранених у яких за даними тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР не було діагностовано наявність ПТСР результати розподілились наступним чином. Переважна більшість даної категорії опитаних – 39 (58,2%) пацієнтів дали відповідь «так» на 3 запитання; 21 (31,3%) пацієнтів відповіли «так» на 2 запитання; 7 (10,4%) пацієнтів відповіли «так» на 2 запитання. Це і стало підставою для припущення відсутності у них ознак ПТСР оскільки у жодного із 67 поранених не було відмічене перевищення «порогового» значення позитивних відповідей.

Однак, необхідно зазначити, що під час проведення психологом з ними психодіагностичної бесіди (клінічного інтерв'ю), у всіх 67 поранених все ж таки були наявні скарги (групи психологічних ознак), що свідчать про зміни психологічного стану, однак не є достатніми для підтвердження наявності ознак ПТСР. Серед них переважали скарги на порушення сну; наявність дратівливості, підвищеної агресивності.

Відсутність ознак ПТСР у 67 осіб з 110 обстежених поранених на нашу думку може бути обумовлене наступними чинниками. За даними наукової

літератури вважається, що реакція військовослужбовця на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і його здатності до контролю власної поведінки. Ступінь впливу на психіку військовослужбовця тих чи інших бойових стресорів визначають його індивідуальні психологічні особливості та особистісні якості, тип нервової системи, професійна та психологічна готовність [5].

Крім цього вважається, що у певній категорії військовослужбовців психологічні наслідки перебування на війні, отримання поранення можуть проявлятися не відразу після повернення до мирного життя, а лише через деякий час. Тобто у них розвивається один із варіантів ПТСР – віддалений ПТСР. При такій формі ПТСР симптоми стресового розладу відсутні протягом 6 місяців після отримання психологічної чи фізичної травми [8, 9].

Американські автори, які проводили дослідження в різні періоди часу після закінчення війни у В'єтнамі, вказали на значну кількість ветеранів, які потребували спеціалізованої медичної допомоги та соціально-медичної реабілітації. Так, через 5 років після закінчення війни кількість їх склала 250 тисяч чоловік . Через 7 років після війни в літературі з'явилися повідомлення про серйозні проблеми, пов'язані з порушенням адаптації до мирного життя вже у 500 тис. ветеранів. Ці проблеми визначалися як відстрочені реакції на стрес, перенесений під час війни [153].

Отже участь у збройному конфлікті, отримане поранення є потужним стресовим фактором, що призводить до різнопланових функціональних порушень організму в тому числі і психологічних. Узагальнюючи отримані результати, можна сказати, що при вивченні психологічних змін у військовослужбовців, які отримали поранення, встановлено, що у 39,1% обстежених пацієнтів (43 поранених із 110 поранених) виявлені ознаки посттравматичної стресової реакції.

Дана категорія пацієнтів потребує як медичної так і психологічної реабілітації. Тому проблема відновлення фізичного і психологічного здоров'я військовослужбовців потребує поглибленого вивчення.

3.4. Аналіз потреби учасників бойових дій у реабілітаційних заходах та можливості лікувально-профілактичних закладів Західного регіону України

Проблемі реабілітації учасників бойових дій серед значної кількості медико-соціальних питань сучасної військової та цивільної медицини відводиться особливе місце. Це, в першу чергу, обумовлене тим, що вона є системою заходів, що мають державну значимість. Від правильного функціонування цієї системи залежить ефективність вирішення широкого спектру лікувально-реабілітаційних заходів щодо комплексної реабілітації військовослужбовців. Тому сучасна комплексна система реабілітації військовослужбовців повинна базуватись як на науково-обґрунтованій концепції, так і на державній підтримці.

Результати проведеного нами дослідження свідчать про те, що учасники бойових дій відносяться до особливого контингенту пацієнтів, які вимагають застосування спеціально розробленої, в деяких випадках навіть індивідуальної системи лікувально-реабілітаційних заходів. Тому реабілітація військовослужбовців має загальнодержавне значення і являється важливою складовою ефективності системи охорони здоров'я. Успішне відновлення пораненого бійця на 80% залежить саме від ефективності цього процесу.

З метою визначення потреби військовослужбовців у реабілітаційній допомозі нами були проаналізовані результати наслідків поранень та наслідків проведеного лікування поранених військовослужбовців учасників АТО, які перебували на лікуванні після отриманого поранення у ВМКЦ ЗР.

У Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону з початком проведення АТО в Східних областях України було впроваджено проведення медичної реабілітації пораненим та травмованим військовослужбовцям в декілька етапів, а саме заходи ранньої реабілітації (I етап) та спеціалізована реабілітація (II) у відділенні відновлювального лікування.

Відповідно до цього лікувально-реабілітаційні заходи у військовослужбовців здійснювались наступним чином.

На першому етапі лікувально-реабілітаційних заходів пацієнти з тяжкими пораненнями та пораненнями середнього ступеня тяжкості перебували на лікуванні у відділенні реанімації та профільному хірургічному відділенні (в залежності від локалізації поранення) до повної стабілізації їх стану – так звана рання (первинна) реабілітація. Термін лікування в профільному відділенні пацієнтів з тяжким пораненням складав в середньому $36 \pm 1,6$ діб, у пацієнтів з пораненнями середнього ступеня тяжкості – $21 \pm 1,8$ доби.

На наступному етапі (II етап) у даної категорії пацієнтів здійснювалось спеціалізоване реабілітаційне лікування у відділенні відновлювального лікування.

Лікувально-реабілітаційні заходи у військовослужбовців з легкими пораненнями включали в себе лише заходи ранньої реабілітації (I етап), оскільки дана категорія пацієнтів, як правило, не потребує застосування заходів спеціалізованої реабілітації (II етап) у відділенні відновлювального лікування. Тому пацієнти з пораненнями легкого ступеня перебували до повного видужання у профільному відділенні. Термін лікування цих пацієнтів у профільному відділенні складав в середньому $24 \pm 1,2$ доби

Заходами ранньої реабілітації було охоплено: у 2014 році – 378 військовослужбовців, у 2015 році – 350 військовослужбовців, у 2016 році – 158 військовослужбовців, у 2017 році – 68 військовослужбовців.

Спеціалізована реабілітація у відділенні відновлювального лікування для поранених було проведено: у 2014 році – 92 військовослужбовцям, у 2015 році – 84 військовослужбовцям, у 2016 році – 76 військовослужбовцям, у 2017 році – 24 військовослужбовцям.

Отже, як свідчать результати дослідження, проведення спеціалізованого реабілітаційного лікування (у відділенні відновлювального лікування) потребувало 276 військовослужбовців, що становить 29% аналізованої вибірки.

Графічний аналіз розподілу потреби військовослужбовців у проведенні спеціалізованого реабілітаційного лікування представлений на рис. 3.8.

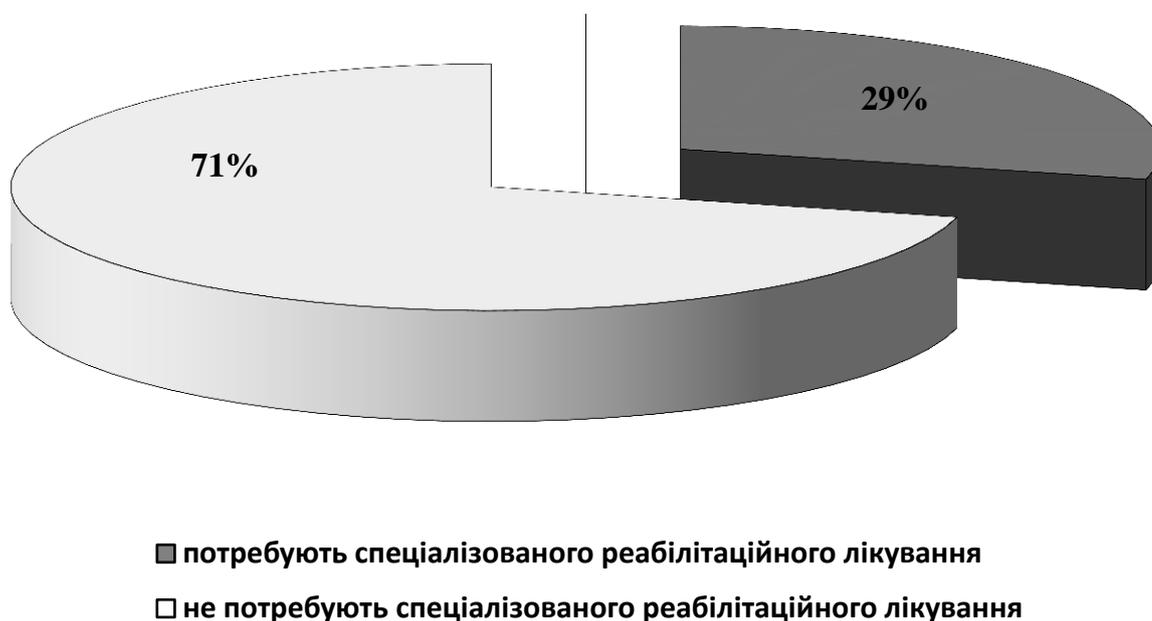


Рис. 3.8. Розподіл поранених за потребою в проведенні спеціалізованого реабілітаційного лікування

Аналіз структури пацієнтів за основними нозологічними формами з приводу яких вони потребували проведення спеціалізованого реабілітаційного лікування у відділенні відновлювального лікування встановив наступне. У 2014 році у відділенні відновлювального лікування спеціалізоване реабілітаційне лікування було проведене 92 особам. З них 64 випадки становлять первинні пацієнти, які отримали поранення в зоні АТО. Інші 28 випадків(44%) становлять повторні госпіталізації первинних пацієнтів. Така повторна госпіталізація у відділення відновлювального лікування була обумовлена обов'язковою етапністю лікування поранених та травмованих при грубих ураженнях нервової системи та опорно-рухового апарату.

Структура пацієнтів за нозологічними формами з приводу яких військовослужбовці отримували спеціалізоване реабілітаційне лікування представлена в таблиці 3.14. Як свідчать дані, представлені в таблиці, з

приводу закритої черепно-мозкової травми реабілітаційне лікування було проведене 14,1% пацієнтам, хребетно-спинномозкова травма – 12,5% пацієнтів, політравма – 9,4% пацієнтів, травма опорно-рухового апарату – 56,3% пацієнтів та інші – 7,8% пацієнтів.

Таблиця 3.14

Структура пацієнтів, що лікувалась у 2014 році за основними нозологічними формами

Найменування захворювання	Структура пацієнтів,%
закрита черепно-мозкова травма	14,1
хребетно-спинномозкова травма	12,5
політравма	9,4
травма опорно-рухового апарату	56,3
Інші	7,8
Всього	100

За результатами наслідків лікування пацієнтів у відділенні відновлювального лікування встановлено наступне: двох військовослужбовців визнано непридатними до військової служби із зняттям з військового обліку; одного військовослужбовця визнано непридатним до військової служби у мирний час, одного військовослужбовця визнано обмежено придатним до військової служби у воєнний час, 59 військовослужбовцям надана відпустка за станом здоров'я.

У 2015 році у відділенні відновлювального лікування спеціалізоване реабілітаційне лікування було проведене 76 пораненим. З них 24 випадки складають первинні пацієнти, які отримали поранення в зоні АТО. Інші 52 випадки (68%) становлять повторні госпіталізації первинних пацієнтів. Така повторна госпіталізація у відділення відновлювального лікування була обумовлена обов'язковою етапністю лікування поранених та травмованих при грубих ураженнях нервової системи та опорно-рухового апарату.

Структура пацієнтів за нозологічними формами з приводу яких військовослужбовці отримували спеціалізоване реабілітаційне лікування представлена в таблиці 3.15. Як свідчать дані, представлені в таблиці, з

приводу закритої черепно-мозкової травми було проліковано 30,8% пацієнтів, хребетно-спинномозкові травми – 42,3% пацієнтів, політравма – 7,7% пацієнтів, травми опорно-рухового апарату – 19,2% пацієнтів.

Таблиця 3.15

**Структура пацієнтів, що лікувалась у 2016 році за основними
нозологічними формами**

Найменування захворювань	Структура пацієнтів, %
Закрита черепно-мозкова травма	30,8
Хребетно-спинномозкова травма	42,3
Політравма	7,7
Травма опорно-рухового апарату	19,2
Всього	100,0

За результатами наслідків лікування пацієнтів у відділенні відновлювального лікування встановлено наступне: 8 військовослужбовців визнано непридатними до військової служби із зняттям з військового обліку; 4 військовослужбовця визнано непридатним до військової служби у мирний час, 1 військовослужбовця визнано обмежено придатним до військової служби у воєнний час.

У 2016 році у відділенні відновлювального лікування спеціалізоване реабілітаційне лікування було проведене 84 пораненим. З них 26 випадків складають первинних пацієнти, які отримали поранення в зоні АТО. Інші 58 випадків (69%) становлять повторні госпіталізації первинних пацієнтів. Така повторна госпіталізація у відділення відновлювального лікування була обумовлена обов'язковою етапністю лікування поранених та травмованих при грубих ураженнях нервової системи та опорно-рухового апарату.

Аналіз структури пацієнтів за нозологічними формами з приводу яких військовослужбовці отримували спеціалізоване реабілітаційне лікування свідчить, що з приводу закритої черепно-мозкової травми було проліковано 8 пацієнтів, хребетно-спинномозкові травми – 11 пацієнтів, політравма – 2 пацієнти, травми опорно-рухового апарату – 5 пацієнтів.

За результатами наслідків лікування пацієнтів у відділенні відновлювального лікування встановлено наступне: 5 військовослужбовців визнано непридатними до військової служби із зняттям з військового обліку; 1 військовослужбовця визнано непридатним до військової служби у мирний час, 1 військовослужбовця визнано обмежено придатним до військової служби у воєнний час.

У 2017 році у відділенні відновлювального лікування спеціалізоване реабілітаційне лікування було проведене 24 пораненим. Всі пацієнти лікувались первинно у зв'язку з пораненням в зоні АТО. Структура пацієнтів за нозологічними формами з приводу яких військовослужбовці отримували спеціалізоване реабілітаційне лікування може бути співставлена з такою за попередні роки.

За результатами наслідків лікування пацієнтів у відділенні відновлювального лікування встановлено наступне: три військовослужбовця визнано непридатними до військової служби із зняттям з військового обліку.

Середній ліжкодень при проведенні пораненим реабілітаційних заходів у відділенні відновлювального лікування склав 82 дні. В результаті реабілітації поранені були навчені правилам самообслуговування, необхідним побутовим навичкам, користуванням інвалідним візком, наглядом за сечовим міхуром і кишківником тощо. Під час перебування у відділенні пацієнти забезпечувались необхідними засобами інконтиненції (катетерами, сечоприймачами, урідомами), інвалідними візками.

Нажаль, нам не вдалось досконально вивчити показники інвалідності серед осіб, аналізуємої вибірки. Це було обумовлено тим фактом, що на даний момент відсутня повна інформаційна база (інформаційний реєстр) інвалідів учасників АТО.

Відповідно до інструкції визначення групи інвалідності визначається шляхом медичного обстеження МСЕК за місцем реєстрації особи. Даний орган підпорядкований обласним та міським в місті Києві центрам медико-

соціальної експертизи. МСЕК, в свою чергу передає звітну інформацію у відділи медико-соціальної експертизи МОЗ України (ф.№14).

На сьогоднішній день зворотній інформаційний зв'язок у вигляді форм статистичної звітності між МСЕК та ВЛК (ЦВЛК) не передбачений. Як правило, в переважній більшості випадків, виписки із акту огляду МСЕК надходять до районних та міських комісаріатів для оформлення пенсії по інвалідності. Тому дана інформація не поступає у ВЛК (ЦВЛК).

Враховуючи вищевикладене вважаємо доцільним започаткувати в Збройних Силах України реєстр учасників бойових дій (в тому числі інвалідів), які потребують медико-соціальної допомоги. Це можна здійснити шляхом вдосконалення функціональних зв'язків з органами соціального забезпечення населення.

Забезпечення військовослужбовців, які перебували на лікуванні у ВМКЦ ЗР, медичною реабілітацією у санаторно-курортних закладах Збройних Сил України здійснювалось відповідно до наказу Міністерства оборони України від 09.12.2015 р. № 703 «Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України»(zareєстрований в Міністерстві юстиції України 31.12.2015 р.) в якому встановлені чіткі критерії медичних показів до проведення медичної реабілітації у санаторно-курортних закладах Збройних Сил України.

Структура станів та захворювань військовослужбовців – учасників АТО за якими у 2014-2017 рр. проводились заходи медичної реабілітації представлена в таблиці 3.16. Як свідчать дані, представлені в таблиці, кількість військовослужбовців, яким по завершенню стаціонарного лікування відповідно до наказу Міністерства оборони України від 09.12.2015 р. № 703 була показана медична реабілітація у санаторно-курортних закладах Збройних Сил України за аналізує мий період складала 1380 осіб. Із них у 2014 р. медична реабілітація була показана 496 військовослужбовцям. З них у

335 (67,5%) військовослужбовців у зв'язку з раннім післягоспітальним періодом лікування вогнепальних та невогнепальних поранень.

Таблиця 3.16

Структура станів та захворювань військовослужбовців – учасників АТО за якими у 2014-2017 рр. проводились заходи медичної реабілітації

№пп	Код за МКХ-10	Стани та захворювання	Структура станів та захворювань, %			
			2014	2015	2016	2017
1.	B 15, B16	Реконвалесценти гострих вірусних гепатитів А та В	1,2	0,0	0,0	0,0
2.	F 43.1	Посттравматичний стресовий розлад	28,0	42,2	44,1	56,8
3.	F 48	Неврастенія	0,0	0,0	0,8	0,0
4.	I 20.9	Хронічна ішемічна хвороба серця. Стенокардія.	0,8	1,8	1,6	5,1
5.	I 69	Наслідки цереброваскулярних хвороб	0,0	0,8	0,0	1,7
6.	J 12-18	Пневмонії	1,0	9,3	33,1	2,5
7.	K.91	Порушення органів травлення	0,0	0,3	0,0	0,0
8.	T 92-93	Наслідки травм верхньої або нижньої кінцівки. Артрит посттравматичний	1,4	2,5	2,0	3,4
9.	Y 36.0-36.9	Ранній післягоспітальний період лікування поранень	67,5	43,2	18,4	30,5
10		Разом за рік	100,0	100,0	100,0	100,0

У 2015 році медична реабілітація у санаторно-курортних закладах Збройних Сил України була показана 398 військовослужбовцям. З них 172 (43,2%) військовослужбовців у зв'язку з раннім післягоспітальним періодом лікування вогнепальних та невогнепальних поранень

У 2016 році медична реабілітація у санаторно-курортних закладах Збройних Сил України була показана 245 військовослужбовцям. З них 45 (18,3%) військовослужбовців у зв'язку з раннім післягоспітальним періодом лікування вогнепальних та невогнепальних поранень.

У 2017 році медична реабілітація у санаторно-курортних закладах Збройних Сил України була показана 118 військовослужбовцям. З них 36

(30,5%) військовослужбовців у зв'язку з раннім післягоспітальним періодом лікування вогнепальних та невогнепальних поранень.

Отже, як свідчать результати дослідження, проведення медичної реабілітації у санаторно-курортних закладах у зв'язку з раннім післягоспітальним періодом лікування вогнепальних та невогнепальних поранень потребувало 588 військовослужбовців, що становить 61,6% аналізуємої вибірки.

Зважаючи на результати проведених досліджень, аналіз результатів заключень ВЛК виявлено потребу військовослужбовців учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування у ВМКЦ ЗР у 2014-2017 рр. за класами хвороб та окремими нозологічними формами, табл. 3.17.

Виявлено, що потреба військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування у ВМКЦ ЗР впродовж 2014-2017 років складала близько 72,3% від загальної кількості поранених і хворих, які знаходились на лікуванні.

Таблиця 3.17

Потреба військовослужбовців - учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації за класами хвороб та окремими нозологічними формами (2014-2017 рр.)

Класи хвороб за МКХ 10 та окремі нозологічні форми	Частка, %
Інфекційні та паразитарні хвороби	0,1±0,01
Посттравматичний стресовий розлад	38,3±0,64
Неврастенія	0,2±0,01
Хвороби системи кровообігу	2,1±0,1
Хвороби органів дихання (пневмонії)	10,4±0,4
Хвороби органів травлення	0,1±0,01
Наслідки травм верхньої або нижньої кінцівок	2,0±0,1
Ранній післягоспітальний період лікування поранень	46,8±2,16
Разом	100,0±4,57

Також проведено аналіз динаміки потреби військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування у ВМКЦ ЗР впродовж 2014-2017 років, рис. 3.9.

Як наведено на рис. 3.9., динаміка потреби військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування у ВМКЦ ЗР впродовж 2014-2017 років має стабільну тенденцію (з еспоненційною залежністю) до зростання і збільшилась за цей період на 48,8%.

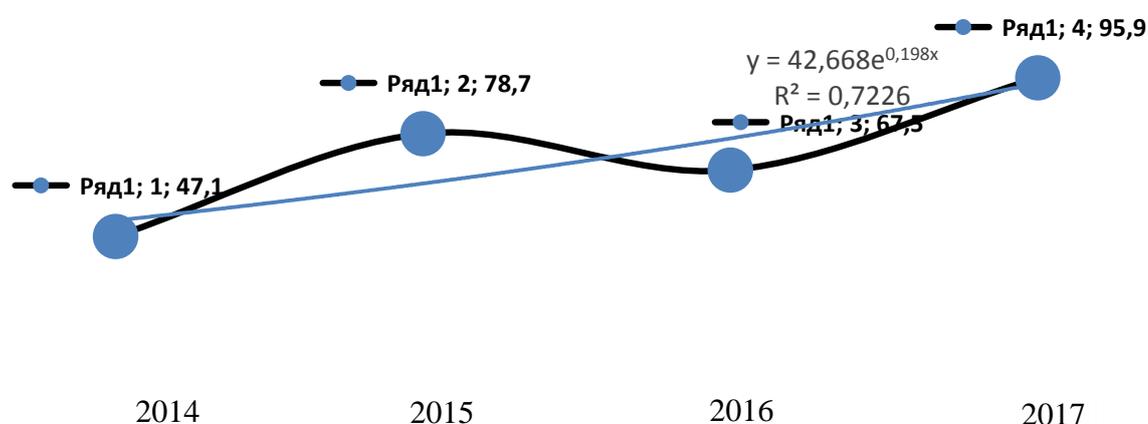


Рис. 3.9. Динаміка потреби військовослужбовців - учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування у ВМКЦ ЗР впродовж 2014-2017 років

Позитивна динаміка показників потреби військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування, на наш погляд, свідчить у покращенні доступності медичної реабілітації, розширенні технологій та обсягу заходів медичної реабілітації і підвищенні якості в цілому.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 01.03.2017 р. № 110 реабілітаційні установи, з якими укладаються договори щодо надання реабілітаційних заходів учасникам АТО, повинні мати відповідний кваліфікований штат працівників та матеріально-технічну базу [104].

Проведене нами комплексне дослідження щодо матеріально-технічних ресурсів лікувально-профілактичних закладів західного регіону України стало підґрунтям для встановлення переліку медичних закладів різних форм власності та підпорядкування на базі яких можна надавати реабілітаційні послуги учасникам АТО (Додаток Г).

Так, у Волинській області наявні чотири лікувально-оздоровчих закладів, що за матеріально-технічним оснащенням здатні забезпечити надання реабілітаційних послуг учасникам АТО. До них відносяться наступні.

Луцький центр первинної медико-санітарної допомоги №1 (без ліжок). На його базі можливе здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців та проведення фізіотерапевтичних процедур.

Волинський обласний госпіталь для інвалідів війни на 50 ліжок, на базі якого можна здійснювати психоневрологічну реабілітацію військовослужбовців та проводити фізіотерапевтичне лікування.

Комунальне підприємство санаторій матері та дитини «Пролісок» на 121 ліжок. На його базі можна здійснювати заходи з психологічної реабілітації військовослужбовців, проводити лікування захворювань опорно-рухового апарату.

Волинський обласний санаторій «Лісова пісня» здатний одночасно забезпечити лікування 420 осіб. Його матеріально-технічне оснащення дає змогу забезпечити проведення медико-психологічної реабілітації для учасників АТО.

В Закарпатській області знаходиться шість лікувально-оздоровчих закладів, що підпорядковані МОЗ України і їх матеріально-технічне оснащення дозволяє здійснювати реабілітацію учасників АТО. На базі всіх лікувально-оздоровчих центрів Закарпатської області на сьогоднішній день вже виділені місця для реабілітації учасників АТО. До цього числа входять наступні.

Державне підприємство Клінічний санаторій «Карпати» на 470 ліжок. На його базі виділено 40 ліжок для медичної реабілітації учасників АТО з

захворюваннями кістково-м'язевої системи, ендокринної системи, серцево-судинної системи, периферичної нервової системи тощо.

Державне підприємство «Санаторій Поляна» на 350 ліжок. На його базі виділено 30 ліжок, призначених для медичної реабілітації учасників АТО. Його матеріально-технічні ресурси дозволяють забезпечити реабілітацію військовослужбовців з захворюваннями органів травлення, ендокринної системи, порушеннями обміну речовин тощо.

Санаторій «Верховина» на 100 ліжок. На базі санаторію виділено 10 ліжок для медичної реабілітації учасників АТО з захворюваннями органів травлення.

Державне підприємство Санаторій «Сонячне Закарпаття» на 400 ліжок. На його базі виділено 30 ліжок, призначених для реабілітації учасників АТО. Матеріально-технічні ресурси дають можливість здійснювати реабілітацію військовослужбовців з захворюваннями органів травлення та порушеннями обміну речовин.

Державне підприємство санаторій «Шаян» на 198 ліжок. На його базі виділено 10 ліжок для медичної реабілітації учасників АТО з захворюваннями шлунку, печінки, кишечника, підшлункової залози.

Обласний госпіталь ветеранів війни на 75 ліжок. Для медичної реабілітації учасників АТО на його базі виділено 10 ліжок.

У Львівській області нараховується сім лікувально-оздоровчих закладів на базі яких можна здійснювати реабілітацію учасників АТО. До їх переліку входять наступні.

Реабілітаційний центр «Еліта». На його базі можливе проведення нейрофізіологічної реабілітації та корекція вертеброгенної патології.

Центр фізичної реабілітації «Формула руху». Призначений для підбору ортопедичних виробів, індивідуальних занять з пацієнтами.

Реабілітаційний центр «Твоє здоров'я». На його базі можна здійснювати реабілітації пацієнтів з травмами опорно-рухового апарату в тому числі і після перенесених оперативних втручань, інсульту тощо.

Реабілітаційний центр «Модричі». Його матеріально-технічне оснащення дає змогу забезпечити повний спектр реабілітаційних та санаторно-курортних послуг, в тому числі навчання пацієнтів з інвалідністю необхідним соціально-побутовим навичкам.

Медичний центр «Легкий рух». На базі даного медичного центру можна надавати реабілітаційні послуги з вертебрології, травматології, неврології, ортопедії, ревматології.

Медичний центр фізичної терапії та медицини болю «ІННОВО». Основними напрямками лікувально-оздоровчих послуг даного медичного центру є реабілітаційні послуги з фізичної терапії, травматології та ортопедії.

В Івано-Франківській області нараховується чотири лікувально-оздоровчих заклади на базі яких можна здійснювати реабілітацію учасників АТО. До цього переліку входять наступні.

Санаторій «Черче». Його матеріально-технічне оснащення дає можливість для лікування травматичних пошкоджень, захворювань опорно-рухового апарату, цереброваскулярних захворювань.

Державний заклад «Спеціалізований санаторій «Гірське повітря». На його базі можна здійснювати реабілітацію пацієнтів з захворюваннями дихальної системи.

Медичний реабілітаційний центр «Кремінці». Даний медичний заклад може здійснювати реабілітацію пацієнтів з захворюваннями органів дихання, невротичними станами, вегето-судинною дистонією.

ТОВ Центр Відновлювального лікування. На його базі можна здійснювати заходи з фізичної та психологічної реабілітації військовослужбовців.

В Чернівецькій області нараховується два лікувально-оздоровчих закладів на базі яких можна здійснювати реабілітаційні послуги для учасників АТО. До них відносяться наступні.

Чернівецький обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни на 200 ліжок. На базі госпіталю відкрито регіональний Центр медико-психологічної допомоги учасникам АТО.

Комунальний заклад «Чернівецька обласна психіатрична лікарня». На базі даного лікувального закладу відкрито Центр психологічної реабілітації учасників АТО. До його складу входить відділення кризових станів з ліжками психологічної реабілітації осіб, які перенесли бойову психологічну травму розраховане на 15 ліжко-місць.

За результатами проведених досліджень та аналізу звітів закладів охорони здоров'я Західного регіону виявлено, що на території відповідальності ВМКЦ ЗР, куди входять Закарпатська, Львівська, Волинська, Івано-Франківська, Рівненська та Чернівецька області, розгорнуто 24 лікувально-профілактичних і оздоровчих закладів загальною місткістю близько 5000 спеціалізованих реабілітаційних ліжок. Зазначені лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) спроможні надавати спеціалізовану медичну допомогу та проводити увесь спектр реабілітаційних заходів для громадян України, у тому числі і для учасників бойових дій.

Висновки до розділу 3.

Досліджено, що в структурі поранень військовослужбовців – учасників АТО найбільшу питому вагу складають поранення кінцівок – 52%. З них поранення нижніх кінцівок становлять 30,4%, поранення верхніх кінцівок 21,4%. Сучасна бойова травма вимагає тривалого періоду лікування та реабілітації, який при тяжких пораненнях становить в середньому 36,6 діб.

Встановлено, що кількість учасників бойових дій, які перебували на лікуванні з приводу соматичної патології була на 4% більшою ніж кількість військовослужбовців, які лікувались з приводу поранень. При цьому серед пацієнтів терапевтичного профілю переважали пацієнти з неврологічними захворюваннями – 31,2%, пацієнти з захворюваннями шлунково-кишкового

тракту – 11,4% та пацієнти з захворюваннями серцево-судинної системи – 11,2%.

Виявлено, що одним із негативних наслідків участі у військовослужбовця воєнному конфлікті є поява ознак посттравматичного стресового синдрому (ПТСР). Питома вага військовослужбовців з ознаками посттравматичного стресового розладу складає у 39,1%.

Серед психологічних ознак ПТСР, що переважають у поранених слід виділити наступні: порушення сну (45%); емоційна нестійкість (34%); дратівливість, підвищена емоційність (31%); нездатність розслабитись (27%); - погана концентрація уваги (27%); погіршення пам'яті (20%); замкнутість байдужість (11%); пригнічений настрій (8%).

Виявлено, що потреба військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування у ВМКЦ ЗР впродовж 2014-2017 років складала близько 72,3% від загальної кількості поранених і хворих, які знаходились на лікуванні.

Динаміка потреби військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування у ВМКЦ ЗР впродовж 2014-2017 років має стабільну тенденцію (з еспоненційною залежністю) до зростання і збільшилась за цей період на 48,8%.

Лікувально-профілактичні заклади західного регіону України мають достатню лікувально-діагностичну базу і спроможні надавати спеціалізовану медичну допомогу та проводити увесь спектр реабілітаційних заходів для громадян України, у тому числі і для учасників бойових дій.

Основні наукові результати розділу опубліковані у наукових працях: [24, 25, 26, 136, 137, 138, 139, 140, 141].

РОЗДІЛ 4

ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ІНТЕГРАЦІЙНО-КООРДИНАЦІЙНОЇ
МОДЕЛІ УДОСКОНАЛЕНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЗА ТЕРИТОРІАЛЬНИМ ПРИНЦИПОМ

Проблемі реабілітації учасників бойових дій серед значної кількості медико-соціальних питань сучасної військової та цивільної медицини відводиться особливе місце. Це, в першу чергу, обумовлене тим, що вона є системою заходів, що мають державну значимість. Від правильного функціонування цієї системи залежить ефективність вирішення широкого спектру лікувально-реабілітаційних заходів щодо комплексної реабілітації військовослужбовців. Тому сучасна комплексна система реабілітації військовослужбовців повинна базуватись як на науково-обґрунтованій концепції, так і на державній підтримці.

На думку багатьох науковців, основна концепція реабілітації представляє собою систему заходів, спрямованих на видужання пацієнта, компенсацію і відновлення порушених в результаті хвороби або травми функцій органів і систем пацієнта, профілактику рецидивів захворювання, його ускладнень, розвиток навиків самообслуговування та трудової діяльності [127].

Основою реабілітаційного процесу є принципи плановості, комплексності, системності, індивідуалізації, інформативності, неперервності та наступності [71].

Складовими частинами поняття реабілітації є дві взаємозалежних категорії. Перша з них – це мета реабілітації, яка завжди є соціальною, оскільки передбачає досягнення максимально доступного відновлення соціальної дієздатності та працездатності. Друга – це засоби досягнення цієї мети шляхом усунення причин порушення дієздатності та працездатності: наслідків хвороби, травми, поранення, операції.

Як свідчать дані наукової літератури [71, 127] сучасна реабілітаційна система повинна складатись з трьох основних періодів: стабілізації, мобілізації (видужання) та реактивізації. Тому основними завданнями зазначених періодів є наступні. У першому періоді – ліквідація симптомів захворювання, запобігання ускладненням. У другому – визначення компенсаторних можливостей організму та їх максимальний розвиток, а в третьому – відновлення працездатності.

Результати проведеного нами дослідження свідчать про те, що учасники бойових дій відносяться до особливого контингенту пацієнтів, які вимагають застосування спеціально розробленої, в деяких випадках навіть індивідуальної системи лікувально-реабілітаційних заходів.

У зв'язку з цим першочерговості набуває необхідність розробки функціонально-організаційної моделі комплексної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні.

4.1. Обґрунтування концептуальних підходів до розробки інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації учасників бойових дій.

Медико-соціальна реабілітація військовослужбовців повинна складатися з комплексних заходів, що включають в себе медичний, психологічний, професійний та соціальний аспекти. Кінцевою метою роботи системи медико-соціальної реабілітації даної категорії пацієнтів є відновлення їх фізичного, психологічного, професійного та соціального статусу.

В основу концептуальних підходів щодо розроблення моделі були покладені нормативно-правові акти:

- *Закони України:*

«Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»

«Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»

«Про курорти»

«Про публічні закупівлі»

- *Укази Президента України:*

Указ Президента України від 18.03.2015 № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції»

- *Розпорядження Кабінету Міністрів України*

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції»

- *Постанови Кабінету Міністрів України*

Постанова Кабінету Міністрів України від 01.03.2017 № 110 „Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення деяких категорій інвалідів санаторно-курортним лікуванням, та внесення змін до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187 і від 31 березня 2015 р. № 200”

- *Накази Міністерства соціальної політики:*

Наказ Мінсоцполітики від 22.01.2018 № 73 «Про затвердження форм документів щодо забезпечення структурними підрозділами з питань соціального захисту населення санаторно-курортним лікуванням осіб пільгових категорій»

Наказ Мінсоцполітики від 06.04.2017 № 575 „Про встановлення граничної вартості путівки (ліжко-дня) у 2017 році”

Накази Міністерства оборони України:

Наказ Міністерства оборони України від 09.12. 2015 р. №703 «Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах ЗСУ»

Наказ Міністерства оборони України від 09.12.2015 Р.№702 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців ЗСУ, які брали участь в АТО, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)».

- *Накази Міністерства охорони здоров'я України*

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.02.2008 № 56 «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення» (зі змінами)

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», який зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

- *Бюджетні програми:*

Бюджетна програма КПКВ 2505150 «Заходи із психологічної реабілітації, соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції та забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням»

Розробка науково обгрунтованої функціонально-організаційної моделі комплексної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні ґрунтувалась на аналізі медичних, психологічних та соціальних потреб військовослужбовців учасників бойових дій.

При розробці моделі застосовувався системний підхід сутність якого обумовлена наявністю низки взаємозалежних аспектів, що складають його базову основу. За даними наукової літератури [89] такими основними аспектами є наступні:

- системно-елементний – дає змогу визначити з яких саме компонентів складається система (модель);

- системно-структурний - який розкриває внутрішню організацію системи (моделі), спосіб взаємодії компонентів з яких вона складається;

- системно-комунікаційний - розкриває взаємозв'язок даної системи (моделі) з іншими як по горизонталі, так і по вертикалі;

- системно-інтегративний – що показує механізми, фактори збереження, удосконалення і розвитку системи (моделі);

- системно-історичний (еволюційний) - відповідає на запитання як, яким чином виникла система, які етапи проходила у своєму розвитку, якими є її перспективи на майбутній розвиток.

При створенні моделі враховувався також той факт, що ефективність реабілітаційного процесу залежить від дотримання наступних організаційних принципів: якомога ранній початок реабілітації, наступність в проведенні лікувально-реабілітаційних заходів; адекватність, доцільність та відповідність лікувально-реабілітаційних заходів стану кожного конкретного пацієнта.

Об'єктом управління даної моделі є здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій МО України. Суб'єктом управління – лікувальні заклади МО України з відділеннями відновлювального лікування. Блок інформаційного забезпечення передбачає формування медичного реєстру учасників бойових дій та реєстру військовослужбовців, які потребують надання медико-соціальної допомоги.

Основними функціями запропонованої моделі є:

- інтеграційна. Метою інтеграції є формування нових функціональних взаємозв'язків між лікувально-профілактичними закладами МО України та лікувально-профілактичними закладами МОЗ України і закладами соціального захисту населення для створення єдиної цілісної системи за рахунок більш оптимального спільного застосування наявних людських, матеріально-технічних та економічних ресурсів;

- координаційна. Сутність даної функції полягає в забезпеченні скоординованої та злагодженої взаємодії всіх ланок (елементів) організаційної моделі шляхом встановлення раціональних зв'язків та обміну інформацією між ними.

Основними завданнями запропонованої моделі є наступні:

- покращення медико-соціального обслуговування військовослужбовців учасників бойових дій шляхом інтеграції та координації роботи між лікувально-профілактичними закладами МО України та лікувально-профілактичними закладами МОЗ України і закладами соціального захисту населення;

- удосконалення технології виявлення та реєстрації учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги та передача цих даних в територіальні центри соціального захисту шляхом створення медичного реєстру учасників бойових дій;

- підвищення ефективності проведення медичної та соціальної реабілітації учасників бойових дій на всіх етапах медичної реабілітації;

- впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів МО України сучасних методів та методик реабілітаційно-відновного лікування та аналіз їх ефективності.

Отже, у попередніх розділах нами досліджено особливості і структуру бойових ушкоджень у військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій, які потребують комплексної медичної реабілітації на регіональному рівні і на їх основі виявлено потребу військовослужбовців – учасників бойових дій в проведенні комплексу реабілітаційних заходів. Також, визначено потенційні можливості закладів охорони здоров'я західного регіону України щодо проведення заходів медичної реабілітації військовослужбовців.

Тому, базуючись на основних положеннях нормативно-правової бази і на результатах попередніх досліджень щодо потреби військовослужбовців – учасників бойових дій в проведенні комплексу реабілітаційних заходів, з одного боку та можливостях ЛПЗ західного регіону щодо надання якісних медико-психологічних та соціальних послуг з реабілітації, обґрунтовано і розроблено інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій на регіональному рівні, рис. 4.1.

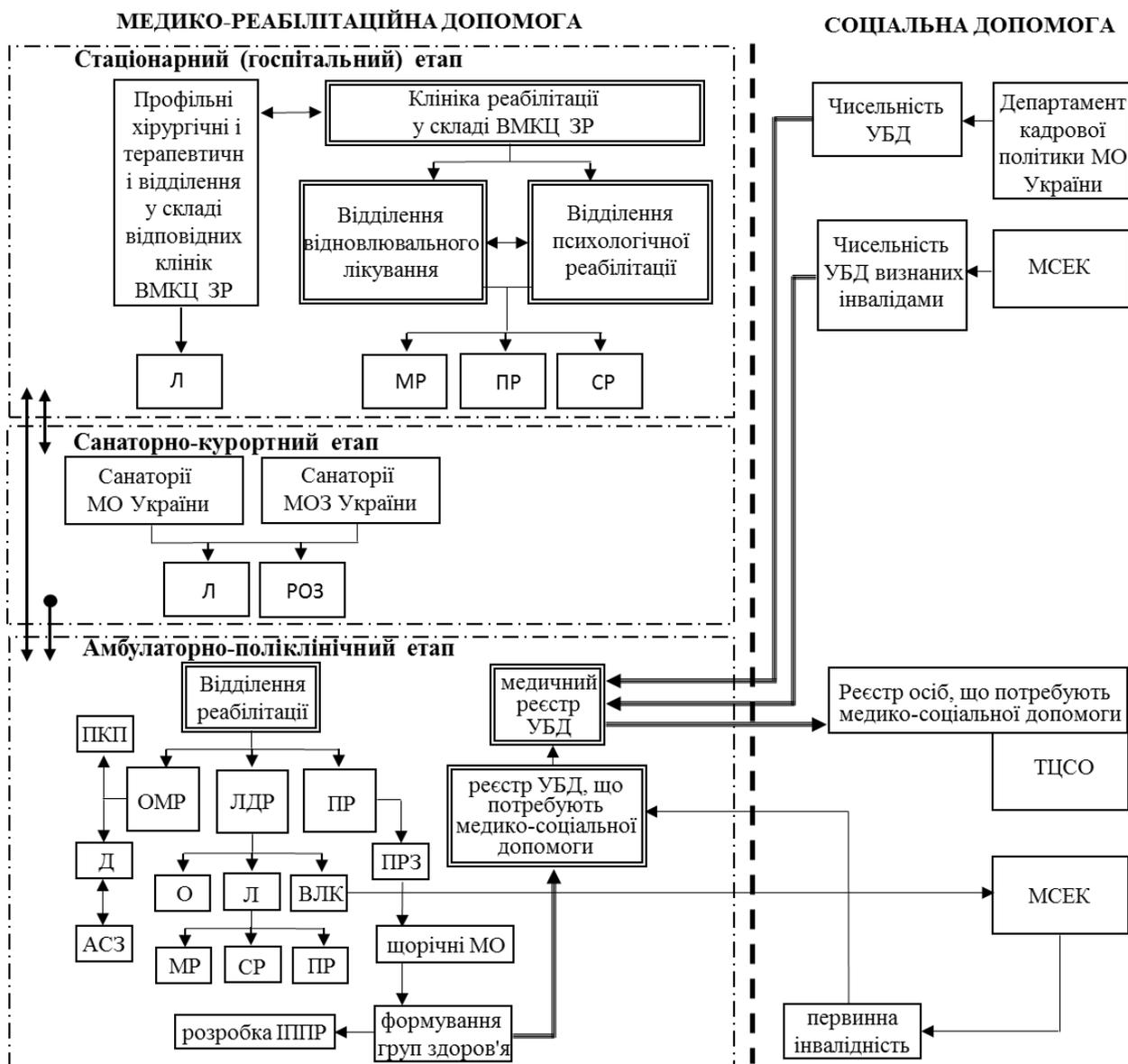


Рис. 4.1. Інтеграційно-координаційна модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні:

(*ПР – профілактична робота; ПРЗ – профілактично-реабілітаційні заходи; ІППР – індивідуальна програма профілактичної реабілітації; МО – медичні огляди; ЛДР – лікувально-діагностична робота; О – обстеження; Л – лікування; Д – диспансеризація; ОМР – організаційно-методична робота; АСЗ – аналіз стану здоров'я; ПКП – підвищення кваліфікації персоналу; УБД – учасник бойових дій; МР – медична реабілітація; ПР – психологічна реабілітація; СР – соціальна реабілітація; РОЗ – реабілітаційно-оздоровчі заходи; ВЛК – військово-лікарська комісія; ТЦСО – територіальні центри соціального обслуговування; ВМКЦ ЗР – Військово-медичний клінічний центр Західного регіону).*

4.2. Характеристика основних елементів інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні

Таким чином, виходячи з наведеного вище, інтеграційно-координаційна модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні функціонує впродовж трьох етапів:

I етап – стаціонарний (госпітальний) етап реабілітації;

II етап – санаторно-курортний етап реабілітації;

III етап – амбулаторний етап реабілітації.

Стаціонарний (госпітальний етап). Основними структурно-функціональними елементами стаціонарного етапу реабілітації є:

- профільні хірургічні (в залежності від локалізації поранення) чи терапевтичні (в залежності від характеру захворювання) відділення;

- клініка реабілітації.

Це дає можливість забезпечити проведення відновного лікування впродовж двох періодів:

I період – рання реабілітація проводиться у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації та хірургічних відділеннях згідно профілю поранення.

II період – спеціалізоване реабілітаційне лікування проводиться у відділенні відновлювального лікування.

Важливим моментом стаціонарного етапу реабілітації є те, що реабілітаційні заходи розпочинаються якомога раніше і проводяться паралельно з хірургічним лікуванням бойової травми (поранення).

Тобто починаючи із стаціонарного (госпітального) етапу реабілітації військовослужбовців необхідно застосовувати комплекс заходів з медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Таким чином реабілітаційні заходи стають складовою частиною лікувально-відновлювального процесу.

В літературі вже наведено достатньо доказів переваги ранньої медичної реабілітації. Застосування реабілітаційних засобів на ранній стадії травм або

захворювань дозволяє зменшити кількість ускладнень, фізичних дефектів внаслідок ушкодження нервової системи, сповільнити тугорухомість суглобів, підвищити шанси жити самотійно вдома і повернутися до роботи. Так, наприклад, рання медична реабілітація постраждалих з травмами голови і спинного мозку дає можливість прискорити покращення функціонального стану пацієнтів та попередити такі ускладнення, як спастичність, контрактури, пролежні та психологічні проблеми (депресію, неврози тощо) [3].

Крім цього, є вагомі докази, що кошти витрачені на реабілітацію в ранній період захворювання повертаються з оцінками економії до 17 разів. Це дозволяє визнати ранню медичну реабілітацію ефективною і рентабельною [4].

Отже, реабілітація поранених на даному етапі повинна здійснюватися одночасно з лікувальним процесом, сприяючи таким чином покращенню його результативності.

Наступним важливим завданням стаціонарного (госпітального) етапу реабілітації є розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР), що включає в себе необхідний для кожного конкретного пацієнта (пораненого) перелік (обсяг) реабілітаційних заходів. Зміст та обсяг ІПР розробляється з урахуванням результатів оцінки стану (характеру пошкодження) кожного конкретного пацієнта.

До розробки індивідуальної програми медичної реабілітації пацієнтів (поранених) повинні залучатись всі члени мультидисциплінарної команди, а також хворий та його родичі.

Основними напрямками реалізації індивідуальної програми реабілітації є наступні:

- розробка технології індивідуальної програми реабілітації та доведення її для виконання до всіх структурно-функціональних підрозділів;
- уточнення функціонального діагнозу під час проведення відновного лікування та прогнозування реабілітації;
- корекція (при необхідності) методів виконання ІПР;

- управління виконанням ІПР шляхів врегулювання взаємодії і послідовності в роботі реабілітаційних структурно-функціональних підрозділів;
- оцінка ефективності лікування: порівняння отриманих результатів лікування із запланованими;
- аналіз результатів реабілітаційного процесу, його якості, ефективності реабілітаційних програм та визначення напрямків з їх корекції.

Отже, при застосуванні ІПР необхідно здійснювати систематичний контроль її ефективності та доцільності застосування тих чи інших реабілітаційних заходів і при необхідності проводити їх корекцію. Така своєчасна корекція реабілітаційних заходів забезпечить необхідну гнучкість всієї індивідуальної програми реабілітації.

У відділенні відновного лікування пацієнт має можливість отримати заходи комплексного реабілітаційного лікування відповідно до отриманих результатів обстеження та згідно індивідуальної програми реабілітації.

Для здійснення перерахованого комплексу реабілітаційних заходів першого етапу реабілітації на регіональному рівні (Західний регіон України) доцільним є створення Клініки реабілітації (КР) у складі Військово-медичного клінічного центру Західного регіону.

Клініка реабілітації повинна містити у своєму складі два структурно-функціональних підрозділи: відділення відновлювального лікування та відділення психологічної реабілітації.

До штату відділення відновлювального лікування повинні бути включені наступні посади: лікар фізичної та реабілітаційної медицини; фізичний терапевт; ерготерапевт; афазіолог; психолог - соціальний працівник; помічник фізичного терапевта та ерготерапевта; гідротерапевт; медичні сестри.

До штату відділення психологічної реабілітації повинні бути включені наступні посади: психолог; психотерапевт (психіатр); медичні сестри.

Санаторно-курортний етап. Учасники антитерористичної операції (інваліди війни-АТО, учасники бойових дій-АТО) забезпечуються санаторно-курортним лікуванням відповідно до бюджетної програми КПКВ 2505150

„Заходи із психологічної реабілітації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції та забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням”, що затверджена на 2017 рік.

Забезпечення санаторно-курортними путівками осіб, постраждали під час проведення антитерористичної операції та яким встановлено статус учасника бойових дій чи інваліда війни здійснюється відповідно до пункту 19 частини першої статті 6 та пункту 1 частини другої статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»

Порядок забезпечення санаторно-курортним лікуванням учасників бойових дій та інвалідів війни з числа учасників антитерористичної операції, регулюється Постановою Кабінету Міністрів України від 01.03.2017 р. № 110 „Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням” [103], проект якої був розроблений Державною службою України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції з метою реалізації бюджетної програми “Заходи з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції”.

Відповідно до Постанови, суб’єктом з надання послуги забезпечення санаторно-курортними путівками осіб, постраждали під час проведення антитерористичної операції та яким встановлено статус учасника бойових дій чи інваліда війни є органи соціального захисту населення районних, міських та районних у містах державних адміністрацій, виконавчі органи міських рад.

Також цією Постановою визначені наступні терміни санаторно-курортного лікування:

- учасників бойових дій - щороку строком на 18-21 день;
- інвалідів війни - позачергово щороку строком на 18-21 день;
- інвалідів із захворюваннями нервової системи (з наслідками травм і захворюваннями хребта та спинного мозку) – відповідно до медичних рекомендацій, з них:

I та II груп - до санаторіїв (відділень) спінального профілю з лікуванням строком на 35 днів;

III групи - до санаторіїв неврологічного профілю з лікуванням строком на 18-21 день.

Для визначення потреби у санаторно-курортному лікуванні (відповідно до ПКМ №110 від 01.03.2017 р.) до Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції щокварталу до 5 числа місяця, наступного за звітним періодом надаються списки у розрізі адміністративно-територіальних одиниць, Міноборони, МВС, Національною гвардією, Службою безпеки України, Службою зовнішньої розвідки, Адміністрацією Держприкордонслужби, Адміністрацією Держспецтрансслужби, Управлінням державної охорони, Адміністрацією Держспецзв'язку, ДСНС, ДПтС, військовими формуваннями, у підпорядкуванні яких є підрозділи, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах проведення антитерористичної операції, а також підприємствами, установами та організаціями, працівники яких залучалися і брали безпосередню участь в антитерористичній операції в районах її проведення.

Служба щокварталу до 10 числа місяця, наступного за звітним періодом, надсилає узагальнені списки учасників АТО, які потребують санаторно-курортного лікування, відповідним органам соціального захисту населення.

Забезпечення санаторно-курортним лікуванням військовослужбовців осіб рядового і начальницького складу, в тому числі учасників антитерористичної операції, органів МО України, МВС України, СБ України, ДСНС України та інші регулюється наступними керівними документами:

- постановою Кабінету Міністрів України від 27.04.2011 № 446 „Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей” (зі змінами);

- інструкцією про організацію медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування в Міністерстві внутрішніх справ України, затвердженою наказом Міністерства внутрішніх справ України від 04.11.2003 № 1296 (зі змінами);

- інструкцією про організацію санаторно-курортного забезпечення у Службі безпеки України, затвердженою наказом Служби безпеки України від 26.12.2011 № 477 (зі змінами);

- інструкцією про порядок санаторно-курортного забезпечення в МНС України, затвердженою наказом Міністерством України з надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 17.07.2007 № 490 (зі змінами).

Забезпечення санаторно-курортним лікуванням, медичною та медико-психологічною реабілітацією осіб з числа військовослужбовців Збройних Сил України, ветеранів військової служби, ветеранів війни, членів їх сімей та інших пільгових категорій здійснюється відповідно до Наказу МОУ від 04.11.2016 № 591 «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у збройних силах України» [5].

Відповідно до «Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у збройних силах України» [5] санаторно-курортний етап лікування передбачає два види медичної реабілітації:

– етапна медична реабілітація в центрах (санаторіях) - курс медичної реабілітації, що проводиться між курсами стаціонарного лікування або між курсом лікування та контрольним оглядом військово-лікарською комісією. Вона передбачає повернення особи одержувача реабілітації до лікувально-профілактичного закладу, що направляє на реабілітацію;

– завершальна медична реабілітація в центрах (санаторіях) - медична реабілітація, що проводиться після завершення стаціонарного лікування та має на меті досягнення якнайшвидшої реконвалесценції організму

військовослужбовця перед поверненням його до професійної діяльності або звільненням з військової служби.

На санаторно-курортному етапі необхідно застосовувати комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення фізичного (ЛФК, масаж, голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, кліматотерапія, фізіотерапія) та психологічного (психотерапія) здоров'я; попередження прогресування або загострення захворювання шляхом застосування медикаментозної терапії на фоні санаторно-курортного лікування.

Перерахований комплекс реабілітаційних заходів санаторно-курортного етапу можна здійснювати як на базі санаторіїв МО України, так і на базі санаторно-курортних закладів МОЗ України, та інших міністерств та відомств. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 01/03/2017 р. № 110 [101] реабілітаційні установи, з якими укладаються договори щодо надання реабілітаційних заходів учасникам АТО, повинні мати відповідний кваліфікований штат працівників та матеріально-технічну базу.

Проведене нами комплексне дослідження щодо матеріально-технічних ресурсів санаторно-лікувальних закладів Західного регіону стало підґрунтям для встановлення переліку медичних закладів різних форм власності та підпорядкування на базі яких можна надавати реабілітаційні послуги учасникам АТО (Додаток Г).

Як свідчать дані, представлені в Додатку Г. у Західному регіоні України є 24 лікувально-оздоровчих закладів різних форм власності та підпорядкування, які мають у своєму складі підрозділи, що проводять або їх матеріально-технічне забезпечення дозволяє провести реабілітацію учасників бойових дій.

Амбулаторно-поліклінічний етап. Основним структурно-функціональним елементом амбулаторно-поліклінічного етапу реабілітації є відділення реабілітації. В його структуру входять:

- кабінет медико-соціальної реабілітації;
- кабінет психологічної реабілітації або кабінет соціальної адаптації та психологічної корекції;

- денний стаціонар.

У відділенні реабілітації застосовуються наступні форми діяльності: лікувально-діагностична робота (ЛДР); профілактична робота (ПР); організаційно-методична робота (ОМР).

Основними напрямками лікувально-діагностичної роботи амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації є: обстеження пацієнтів (О); лікування пацієнтів, що включає в себе заходи з медичної реабілітації (МР), соціальної реабілітації (СР), психологічної реабілітації (ПР); подання документів на ВЛК для визначення придатності військовослужбовця до військової служби, установлення причинного зв'язку захворювань, травм (поранень, контузій, каліцтв) та визначення необхідності і умови застосування медико-соціальної реабілітації та допомоги військовослужбовцям.

Одним із напрямків роботи амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації є забезпечення профілактичної роботи шляхом проведення щорічних медичних оглядів з метою формування груп здоров'я серед учасників бойових дій. Розподіл пацієнтів за групами здоров'я базується на оцінці стану здоров'я даної категорії пацієнтів та дає можливість визначити їх потребу в медико-соціальній допомозі.

За результатами інтегральної оцінки стану здоров'я та реабілітаційного потенціалу учасників бойових дій пропонується формування наступних груп здоров'я:

I група – пацієнти, у яких відсутні хронічні захворювання та порушення функцій окремих органів і систем або які мають незначні відхилення від визначених меж норми фізіологічних характеристик, що не впливають на функціональну діяльність організму. Потребують проходження щорічного медичного огляду та отримання відповідних рекомендацій.

II група – пацієнти, наслідки поранення (захворювання) у яких призвели до розвитку хронічних захворювань, що не призвели до порушень або викликали незначні порушення функцій органів та систем, перебіг яких характеризується відсутністю загострень протягом декількох років та не

знижують працездатність та здатність до самообслуговування. Потребують проходження щорічного медичного огляду та періодичного проведення профілактичних реабілітаційних заходів.

III група - пацієнти, наслідки поранення (захворювання) у яких призвели до розвитку хронічних захворювань, що викликають порушення функцій органів і систем та супроводжуються періодичними загостреннями, не знижують працездатність та здатність до самообслуговування. Потребують проходження щорічного медичного огляду та динамічного медичного спостереження. Потребують періодичного проведення медичної та психологічної реабілітації.

IV група – пацієнти, наслідки поранення (захворювання) у яких призвели до розвитку декомпенсованих хронічних захворювань, обмеження працездатності та здатності до самообслуговування. Потребують постійного медичного контролю. Потребують проведення медичної, психологічної, соціальної реабілітації.

Відповідно до сформованих груп здоров'я здійснюється розробка індивідуальних програм профілактичної реабілітації, контроль реалізації кожної конкретної програми та її корекція, оцінка результатів за соціальними і медичними критеріями.

Основними напрямками організаційно-методичної роботи амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації повинні бути наступні: виявлення учасників бойових дій; взаємодія з територіальними лікувально-реабілітаційними закладами різних форм власності та підпорядкування; взаємодія з територіальними службами соціального обслуговування, організація та проведення планових комплексних медичних оглядів з метою аналізу стану здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій; написання методичних листів та інструкцій; ведення медичної звітності; розробка аналітичних звітів; організація підвищення кваліфікації персоналу відділення.

На персонал амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації покладається здійснення наступних функцій: нагляд за станом здоров'я

пацієнтів відділення; призначення необхідних медичних процедур; забезпечення консультацій необхідних лікарів-спеціалістів; виконання необхідного об'єму та виду лікувально-реабілітаційних маніпуляцій; відновлення втрачених чи частково порушених внаслідок поранення (хвороби) навиків самообслуговування; проведення санітарно-освітньої роботи з родичами пацієнта, щодо організації та навчання реабілітаційних заходів в домашніх умовах; проведення групових або індивідуальних заняття з ЛФК; здійснення лікувального масажу; проведення психологічної реабілітації.

У запропонованій моделі передбачається створення медичного реєстру учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги. До медичного реєстру повинні надходити наступні дані стосовно учасників бойових дій:

1. Загальна чисельність учасників бойових дій у районі відповідальності лікувально-профілактичного закладу.
2. Чисельність учасників бойових дій, які були визнані інвалідами (загальна інвалідність). Інформацію надає відділ медико-соціальної експертизи МОЗ України .
3. Чисельність учасників бойових, які були вперше визнані інвалідами у даному році (первинна інвалідність). Інформацію надає відділ медико-соціальної експертизи МОЗ України.(ф.№14).
4. Дані про учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги. Дані про вищезазначених осіб пропонується передавати до ТЦСО.

Як підрозділи лікувально-профілактичних закладів на базі яких може проводитись амбулаторний етап реабілітації можуть бути призначені: клініка амбулаторно-поліклінічної допомоги ВМКЦ ЗР, поліклініки гарнізонних військових госпіталів, поліклініки за місцем проживання учасника бойових дій. Переваги інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні представлені в табл. 4.1.

Переваги удосконаленої системи медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні

Показники	Існуюча Система	Модель удосконаленої системи	Переваги удосконаленої системи
Створення клініки реабілітації у складі ВМКЦ ЗР	Відділення відновлювального лікування в складі клініки нейрохірургії ВМКЦ ЗР	Клініка реабілітації ВМКЦ ЗР у складі відділення відновлювального лікування та відділення психологічної реабілітації.	Дає можливість розпочинати реабілітаційні заходи раніше і проводити їх паралельно з лікуванням
Якість комплектування штату підрозділів для проведення медичної реабілітації	Існуючий штат відділення відновного лікування: лікар-невропатолог, лікар-травматолог, медичні сестри – 5, молодші медичні сестри – 5, медсестри з масажу – 2, інструктори ЛФК – 5.	Відділення відновного лікування: лікар фізичної та реабіліт. медицини; фізичний терапевт; ерготерапевт; афазіолог; психолог; соц. працівник; пом. фізичного терапевта та ерготерапевта; гідротерапевт; медсестри	Підвищуються функціональні можливості і якість лікувально-реабілітаційного процесу та ефективність відновлювального лікування
Комплектування штату відділення психологічної реабілітації	Відсутнє	Психолог; психотерапевт (психіатр); медичні сестри.	Висока ефективність ранньої психологічної реабілітації
Створення відділення реабілітації у складі клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги ВМКЦ ЗР	Відсутнє	Структура відділення: кабінет медико-соціальної реабілітації; кабінет психологічної реабілітації або кабінет соціальної адаптації та психологічної корекції; денний стаціонар.	Підвищення функціональних можливостей і якості лікувально-реабілітаційного процесу та ефективність лікування
Створення медичного реєстру осіб, які потребують медичної реабілітації	Не застосовується	Застосовується	Підвищення якості управління лікувально-реабілітаційним процесом та ефективністю лікування
Диспансерний нагляд за учасниками бойових дій	Не застосовується	Застосовується	Планування заходів і підвищення якості управління лікувально-реабілітаційним процесом

4.3. Медична і соціальна складові ефективності упровадження заходів удосконаленої системи медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні

Для визначення медичної та соціальної ефективності удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні було проведено анкетне опитування респондентів ($n=40$), які користувались послугами відділення відновлювального лікування ВМКЦ ЗР.

Результати соціологічного опитування пацієнтів дозволили розрахувати коефіцієнти медичної та соціальної ефективності (K_m та K_c відповідно) та визначити інтегральний коефіцієнт ефективності (K_i) [98].

Враховуючи, що K_m – це відношення кількості досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків розрахунок проводився наступним чином:

$$K_m = \frac{30}{40} = 0,75, \text{ де}$$

30 – це 74% від загальної кількості опитаних пацієнтів, що відмітили позитивний результат медико-соціальної реабілітації у відділенні відновлювального лікування ВМКЦ ЗР.

40 – загальна чисельність опитаних пацієнтів.

Коефіцієнт соціальної ефективності (відношення випадків задоволення до загальної кількості випадків, що оцінювали пацієнти) визначали наступним чином:

$$K_c = \frac{38}{40} = 0,95, \text{ де}$$

38 – це 95% від загальної кількості респондентів, що позитивно оцінили роботу відділення відновлювального лікування.

40 – загальна кількість опитаних пацієнтів.

Враховуючи вищенаведені коефіцієнти вираховували інтегральний коефіцієнт ефективності (K_i) за формулою $K_i = K_m \times K_c$

$$K_i = 0,95 \times 0,75 = 0,71$$

Таким чином, інтегральний коефіцієнт ефективності склав 0,71. В цілому, 95% ($n=38$) респондентів були задоволені якістю надання медичних послуг відділенням відновлювального лікування ВМКЦ ЗР. Основними позитивними відмітками були наступні: якість надання медичних послуг персоналом відділення, ставлення персоналу відділення до пацієнтів, покращення стану здоров'я.

Для оцінки ефективності та доцільності застосування запропонованої моделі медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні був використаний метод експертних оцінок. Способом проведення експертного оцінювання було обране анкетне опитування за розробленим опитувальником (Додаток А) в якому взяли участь 16 експертів.

У процесі експертної оцінки запропонованих заходів була витримана важлива умова проведення експертизи: підбір експертів, самооцінка рівня знань та досвіду експертів, інформаційне забезпечення експертів, що дало можливість проводити медико-статистичні розрахунки з врахуванням вагомості експертів.

Оскільки задані фактори були якісними, експертам пропонувалось оцінювати за порядковими (інтервальними) експертними оцінками, за умови, що: 0 – фактор не впливає; 1 – слабкий вплив; 2 – помірний вплив; 3 – значний вплив; 4 – сильний вплив; 5 – дуже сильний.

Із загальної кількості

Із загальної кількості 19% експертів мали стаж роботи до від 11 до 20 років, 25% – від 21 до 30 років, 37,5% – від 30 до 40 років та 18,5% більше 40 років. 25% експертів оцінили свої рівень знань та досвіду як високий, а 75% – як середній.

Як видно з наведених даних значний відсоток експертів мають тривалий стаж роботи, а також високий та середній рівень знань та досвіду, що дозволяє розраховувати на отримання об'єктивних, аргументованих і кваліфікованих відповідей на поставлені питання.

Для визначення ступеня впливу окремого фактору у порівнянні з іншими були обчислені вагові та нормовані вагові коефіцієнти застосування запропонованої функціонально-організаційно моделі для медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні. Для аналізу розбіжностей відповідей експертів ми застосовували спеціальні показники варіації: μ і Δ .

Шляхом системного та логічного аналізу експертам пропонувалось визначити, чи буде мати впровадження запропонованої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні (перший блок питань) позитивний вплив.

Як свідчать показники, представлені в табл. 4.2, на думку експертів, впровадження запропонованої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні буде мати значний позитивний вплив на стан здоров'я військовослужбовців.

Таблиця 4.2.

Розподіл вагових та нормованих коефіцієнтів щодо позитивного впливу впровадження функціонально-організаційно моделі медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні

№ п/п	фактори	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти	Характеристика розбросу оцінок експертів			Показники варіації відповідей експертів	
		Вага фактору, %	Місце за ознакою вагомості		Дисперсія	σ	Коефіцієнт варіації	μ	Δ
1.	1	8,32	-	0,91	0,47	0,68	3,31	0,85	0,75

Другий блок питань пропонує визначити, чи позначиться впровадження запропонованої моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні на наступних складових частинах лікувально-реабілітаційних заходів, зокрема дозволить:

- виявляти фактори, що призводять до розвитку ускладнень, обумовлених наслідками отриманої бойової травми (поранення)¹;

- зменшити рівень втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми (поранення)²;
- покращити якість надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям в госпітальних умовах³;
- розширити об'єм лікувально-реабілітаційних процедур до сучасного рівня⁴.

Для оцінки узгодженості відповідей експертів розраховано коефіцієнт конкордації, який склав 0,72, що свідчить про достатню узгодженість відповідей експертів. Отримані нами дані представлені в таблиці 4.3.

Як свідчать дані, представлені в таблиці, експертами визначено, що запропонована інтеграційно-координаційна модель системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні в першу чергу дозволить розширити об'єм лікувально-реабілітаційних процедур до сучасного рівня.

Таблиця 4.3.

Розподіл вагових та нормованих коефіцієнтів доцільності застосування функціонально-організаційно моделі для медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні

№ п/п	Складові частини лікувально-реабілітаційних заходів	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти	Характеристика розбросу оцінок експертів			Показники варіації відповідей експертів	
		Вага фактору, %	Місце за ознакою вагомості		Дисперсія	σ	Коефіцієнт варіації	μ	Δ
1.	1	25,35	2	0,97	0,26	0,51	2,43	0,98	0,52
2.	2	24,28	3	0,93	0,6	0,77	3,75	0,83	0,65
3.	3	24,28	3	0,93	0,6	0,77	3,75	0,82	0,65
4.	4	26,09	1	1,00	0,26	0,51	2,39	0,85	0,45

Другим важливим компонентом застосування запропонованої моделі, на думку експертів, є те, що її застосування дасть змогу виявляти фактори, що призводять до розвитку ускладнень, обумовлених наслідками отриманої бойової травми. Також, на думку експертів, застосування моделі буде мати

однаковий виражений ступінь впливу на зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми (поранення) та покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям в госпітальних умовах.

Середній коефіцієнт кореляції Спірмена для групи в даному блоці питань $-0,61$; середня інформаційна близькість думок експертів $- 0,48$.

Третій блок питань, заданих експертам, стосувався доцільності створення амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації, що дозволить:

- комплексно оцінювати стан здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій¹;
- своєчасно здійснювати профілактично-реабілітаційні заходи²;
- зменшити ризик розвитку ускладнень, обумовлених впливом бойової травми в тому числі і психологічних розладів³.

Отримані нами дані представлені в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4.

Розподіл вагових та нормованих коефіцієнтів доцільності створення амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації

№ п/п	Фактори	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти	Характеристика розбросу оцінок експертів			Показники варіації відповідей експертів	
		Вага фактору, %	Місце за ознакою вагомості		Дисперсія	σ	Коефіцієнт варіації	μ	Δ
1.	1	34,74	1	1,00	0,25	0,5	2,32	0,93	0,5
2.	2	33,33	2	0,95	0,26	0,51	2,43	0,98	0,52
3.	3	31,93	3	0,91	0,46	0,68	3,31	0,89	0,73

Створення відділення амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації, на думку більшості експертів, в першу чергу дозволить здійснювати комплексну оцінку стану здоров'я учасників бойових дій. Завдяки роботі амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації, як вважають

експерти, можливе своєчасне здійснене профілактично-реабілітаційних заходів. В меншій мірі робота амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації сприятиме зменшенню ризику розвитку ускладнень, обумовлених впливом бойової травми.

Для оцінки узгодженості відповідей експертів розраховано коефіцієнт конкордації, який склав 0,61, що свідчить про достатню узгодженість відповідей експертів.

Середній коефіцієнт кореляції Спірмена для групи в даному блоці питань –0,68; середня інформаційна близькість експертів - 0,58.

Четвертий блок включав в себе питання, що стосувались методичних рекомендацій «Медична реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України на регіональному рівні», впровадження яких дозволить:

- залучити учасників бойових дій та його рідних до участі у розробці індивідуальної програми медичної реабілітації пацієнтів (поранених)¹;
- спонукати учасників бойових дій до своєчасного звернення до лікувальних установ для проходження медичної реабілітації²;
- попередити розвиток соматичних та психологічних порушень, обумовлених впливом бойової травми (поранення)³.

Отримані нами дані представлені в табл. 4.5. Як свідчать представлені дані, експертами визначено, що впровадження методичних рекомендацій буде мати найбільш вагомий вплив на своєчасне звернення учасників бойових дій до лікувальних установ для проходження медичної реабілітації. Також експертами майже одностайно визначено, що це дасть змогу залучити учасників бойових дій та його рідних до участі у розробці індивідуальної програми медичної реабілітації пацієнтів (поранених). Найменший вплив це буде мати на можливість попередити розвиток соматичних та психологічних порушень, обумовлених впливом бойової травми (поранення).

Розподіл вагових та нормованих коефіцієнтів щодо впровадження інформаційного посібника «Медична реабілітація військовослужбовців на регіональному рівні»

№ п/п	Фактори	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти	Характеристика розбросу оцінок експертів			Показники варіації відповідей експертів	
		Вага фактору, %	Місце за ознакою вагомості		Дисперсія	σ	Коефіцієнт варіації	μ	Δ
1.	1	33,01	2	0,93	0,22	0,47	2,3	0,98	0,4
2.	2	35,42	1	1,00	0,25	0,5	2,32	0,98	0,4
3.	3	31,57	3	0,89	0,38	0,61	3,04	0,75	0,52

П'ятий блок питань до експертів стосувався економічної ефективності використання функціонально організаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових на регіональному рівні. Отримані дані представлені в таблиці 4.6.

Таблиця 4.6.

Розподіл вагових та нормованих коефіцієнтів щодо економічної ефективності впровадження інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні

№ п/п	фактори	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти	Характеристика розбросу оцінок експертів			Показники варіації відповідей експертів	
		Вага фактору, %	Місце за ознакою вагомості		Дисперсія	σ	Коефіцієнт варіації	μ	Δ
1.	1	8,49	-	0,95	0,39	0,62	2,98	0,98	0,52

Для оцінки узгодженості відповідей експертів розраховано коефіцієнт конкордації, який склав 0,8, що свідчить про достатню узгодженість відповідей експертів.

Середній коефіцієнт кореляції Спірмена для групи в даному блоці питань – 0,8; середня інформаційна близькість експертів - 0,4.

Як свідчать дані, представлені в таблиці 4.6, експерти висловили одностайну думку, що застосування інтеграційно-координаційної моделі системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному буде мати економічний ефект.

Висновки до розділу 4.

Обґрунтовано і розроблено інтеграційно-координаційну модель системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні, в основу якої покладено поєднання елементів діючої системи медичної реабілітації військовослужбовців зі створенням у складі ВМКЦ ЗР клініки реабілітації з відділенням відновлювального лікування і відділенням психологічної реабілітації на стаціонарному (госпітальному) етапі реабілітації; створення відділення реабілітації на амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації; планування і проведення щодо учасників бойових дій заходів диспансеризації, медичної реабілітації, психологічної реабілітації, соціальної реабілітації; створення медичного реєстру учасників бойових дій та реєстру військовослужбовців, які потребують надання медико-соціальної допомоги; організацію чіткої взаємодії лікувально-профілактичних закладів МО України з територіальними центрами соціального обслуговування; залучення регіональних лікувально-оздоровчих закладів різних форм власності та підпорядкування до системи медичної реабілітації учасників бойових дій.

Впровадження елементів інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні позначилось на показниках медичної та соціальної ефективності. Так інтегральний коефіцієнт ефективності (Кі) проведення медичної реабілітації у відділенні відновлювального лікування ВМКЦ ЗР склав 0,71.

За результатами експертного опитування встановлено, що запровадження інтеграційно-координаційної моделі сприятиме: зменшенню рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми (поранення); покращенню якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям в госпітальних умовах; розширенню об'єму лікувально-реабілітаційних процедур до сучасного рівня. Створення амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації дозволить: комплексно оцінювати стан здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій; своєчасно здійснювати профілактично-реабілітаційні заходи; зменшити ризик розвитку ускладнень, обумовлених впливом бойової травми в тому числі і психологічних розладів.

Основні наукові результати розділу опубліковані у наукових працях [21, 22].

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено неефективність заходів медичної реабілітації учасників бойових дій, що обумовило необхідність наукового обґрунтування інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців, упровадження якої на регіональному рівні довело її медичну та соціальну ефективність.

1. Виявлено відсутність єдиного підходу до організації проведення заходів медичної, психологічної та соціальної реабілітації учасників бойових дій, кількість яких сягає понад 350 тисяч, та необхідність у підвищенні якості їх медичного обслуговування, соціального захисту і медико-психологічної допомоги. Висвітлено, що на даний час тільки розпочалася цілеспрямована підготовка медичних фахівців для забезпечення системи медичної реабілітації, зокрема реабілітологів, ерготерапевтів тощо.

2. Встановлено, що у структурі поранень найбільшу частку складають поранення кінцівок – 52%. З них поранення нижніх кінцівок становлять 30,4%, поранення верхніх кінцівок – 21,4%. Сучасна бойова травма вимагає тривалого періоду лікування та реабілітації, що при тяжких пораненнях становить у середньому 36,6 діб. За результатами лікування, після проведеної військово-лікарської експертизи, до військових частин було повернено близько 63% пацієнтів без зміни категорії придатності до військової служби.

3. Виявлено, що у структурі госпіталізованої захворюваності військовослужбовців учасників АТО найбільш чисельною є група пацієнтів із захворюваннями нервової системи – до 45,6%, відтак – із захворюваннями органів дихання – 21,3% та хворобами органів травлення – 11,4%. Кількісні показники структури госпіталізованої захворюваності інших класів розподілились наступним чином: хвороби системи кровообігу – 11,2%; розлади психіки і поведінки – 4,4%; інфекційні та паразитарні хвороби – 4,0%; хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 2,1% тощо.

4. Доведено, що одним із негативних наслідків участі військовослужбовців у воєнному конфлікті є прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Встановлено, що частка військовослужбовців, учасників антитерористичної операції з ознаками ПТСР у поранених, які знаходяться на лікуванні, складає 39,1%. Серед психологічних ознак ПТСР, що переважають в учасників збройного конфлікту, слід виділити наступні: порушення сну (45%); емоційна нестійкість (34%); дратівливість, підвищена емоційність (31%); нездатність розслабитись (27%); погана концентрація уваги (27%); погіршення пам'яті (20%); замкнутість та байдужість (11%); пригнічений настрій (8%).

5. Виявлено показники потреби військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації за класами хвороб та окремими нозологічними формами. Найчисельніші групи складають поранені у ранньому післягоспітальному періоді лікування – 46,8%, учасники бойових дій із посттравматичним стресовим розладом – 38,3% та пацієнти із захворюваннями системи органів дихання – 10,4%. Показано, що потреба військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації після завершення стаціонарного лікування у ВМКЦ ЗР упродовж 2014-2017 років складала близько 72,3% від загальної кількості поранених і хворих та достовірно зростає за цей період на 48,8%.

6. Обґрунтовано і розроблено інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні, в основі котрої лежить поєднання елементів діючої системи з низкою нових (клініка реабілітації ВМКЦ ЗР, до складу якої входять відділення відновлювального лікування та відділення психологічної реабілітації, амбулаторно-поліклінічне відділення реабілітації ВМКЦ ЗР, амбулаторно-поліклінічні відділення реабілітації гарнізонних госпіталів та амбулаторно-поліклінічні відділення ЛПЗ МОЗ України за місцем проживання учасника бойових дій. Перевагою такої інтеграції є доступність медичної

реабілітації, гнучкість та адаптація потреб реабілітації військовослужбовців до реальних можливостей системи охорони здоров'я.

7. Доведено ефективність запропонованої інтеграційно-координаційної моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні, що підтверджено думкою 100,0 % експертів, які оцінили її актуальність (5,0 балів), відповідність поставленій меті – покращення якості медичної реабілітації військовослужбовців ($4,87 \pm 0,32$) та узгодженість її компонентів ($4,87 \pm 0,32$). На думку експертів, запропонована модель має достовірний сильний позитивний вплив на удосконалення організації медичного забезпечення ЗС України (93,3%) та більш ефективне і раціональне використання ресурсів (фінансових, матеріально-технічних, кадрових тощо) (60%); більш високу ефективність медичної допомоги (53,3% складає сильний вплив фактору).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати:

I. Міністерству оборони України:

1. Розробити і затвердити у вигляді наказу Міністерства оборони України „Положення про порядок проведення комплексної медичної реабілітації учасників бойових дій“.

II. Головному військово-медичному управлінню Збройних Сил України:

1. Розпочати впровадження клініки реабілітації у складі Військово-медичних клінічних центрів регіонів.

2. Розпочати впровадження амбулаторно-поліклінічних відділень реабілітації у складі клінік амбулаторно-поліклінічної допомоги Військово-медичних клінічних центрів регіонів, поліклінік гарнізонних військових госпіталів, поліклінік за місцем проживання учасника бойових дій.

3. Забезпечити формування медичного реєстру учасників бойових дій та реєстру військовослужбовців, які потребують надання медико-соціальної допомоги.

4. Забезпечити функціональні зв'язки з органами соціального захисту населення з можливістю направленням учасників бойових дій, які потребують соціальної допомоги до Територіальних центрів соціального обслуговування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаев Н.А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко [та ін.]. – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
2. Актуальные проблемы неврологии и нейрореабилитации: Сборник научных работ: под общ. ред. проф. В.А. Малахова. – Х.: Апостроф, 2012. – 166 с.
3. Алещенко В. І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: Навчальний посібник / В.І. Алещенко, О.Ф. Хміляр. – Харків, ХУПС. – 2005. – 84 с.
4. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида / О.С. Андреева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – №4. – С.20-26.
5. Андрієнко О.І. Досвід оздоровлення учасників АТО в умовах ДП «Санаторій «Новомосковський» ПрАТ «Укрпрофздоровниця» / О.І. Андрієнко, Л.Є. Прокопович, В.В. Калюжна // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 10-11 вересня 2015 р., Тернопіль. Т.: 2015. – С. 16 – 17.
6. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антомонов. – Київ, 2006. – 558 с.
7. Бадюк М. І. Медична реабілітація учасників бойових дій на регіональному рівні / М. І. Бадюк, І. М. Гайда // Екстрена медицина: від науки до практики № 1 (27) 2018. – С. 21-30.
8. Бадюк М.І. /Оптимізація медичної допомоги і військових підрозділах і частинах тактичного рівня Збройних Сил України у сучасних умовах // Бадюк М.І., Серєда І.К., Микита О.О. // Україна. Здоров'я нації. –2016. – №4/1(41). – С.13–18.
9. Бадюк М. І. Організація медико-соціального обслуговування пенсіонерів Міністерства оборони України з використанням інтеграційно-

координаційної моделі: метод. рекомендації / Романюк Ю. А., Егорова Л. В., Серебряков О. М., Трінька І. С. – К.: РВВ УВМА, 2009. – 33 с.

10. Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных / О.С. Балабуха // Международный медицинский журнал. – 2010. – №4. – С. 11-13.

11. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / Белова А.Н. – М.: Антидор, 2002. – 736 с.

12. Белякин, С. А. Система восстановительного лечения на позднем госпитальном этапе / С. А. Белякин // Совершенствование системы медико-социальной реабилитации лиц, пострадавших при выполнении воинского долга (служебных обязанностей) в процессе изменения социальной сферы в Российской Федерации: материалы науч. - практ. конф., 18 мая, 2002 г., Москва. – М., 2002. – С. 112 – 114.

13. Бешелев С. Д. Математико-статистические методы экспертных оценок: 2-е изд., перераб. и доп. / С. Д. Бешелев, Ф. Г. Гуревич. – М.: Статистика, 1980. – 263 с.

14. Білий В. Я. Еволюція поглядів та розвиток системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ – уроки для Збройних Сил України // В.Я. Білий, А. В. Верба, В. О. Жаховський / Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти: зб. наук. праць. – К.: ДП «НВЦ» Пріоритети», 2016. – С. 60–76.

15. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям / О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць. – К. : НУОУ, 2014. – Вип. 4 (41). – С. 168-173.

16. Василевский В.Г. Формирование взглядов на проблему боевого психотравматического стрессового расстройства / В.Г. Василевский, Г.А. Фастовцов // Рос. психиатр. журн. – 2005. – №2. – С.7–10.

17. Вдовина И.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих и их реабилитация / И.В. Вдовина // Психологическая газета. – 2010. - № 5. – С. 13.

18. Волкова В. Н. Основы теории систем и системного анализа / В. Н. Волкова. – СПб: Изд-во СПбГТУ, 1999. – 346 с.

19. Волоха В.Г. Стан санаторної реабілітації прикордонників, які постраждали під час антитерористичної операції в Україні / В.Г. Волоха, О.В. Футрук, І.К. Бабова [та ін. // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 10-11 вересня 2015 р., Тернопіль. – С. 38–39.

20. Волянський О. М. Коли починається медична реабілітація на госпітальному етапі надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, які приймали участь в антитерористичній операції? / О. М. Волянський, А. Ю. Кіх // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2015. – №.1. – С. 72 – 77.

21. Гайда І. М. Медична реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України на регіональному рівні: метод. рекомендації / І. М. Гайда., М. І. Бадюк, Ю. І. Сушко. – Київ: УВМА, 2018. – 32 с.

22. Гайда І. М. Обґрунтування інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні / І. М. Гайда // Військова медицина України. – 2017. – Т. 17. – № 3-4. – С.23–29.

23. Гайда І. М. Реабілітація учасників бойових дій у сучасних умовах / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – К., 2016. – Т. 16. – №1. – С.107–112.

24. Гайда І. М. Роль ранньої діагностики психологічного стану учасників АТО у виборі необхідних реабілітаційних заходів / І. М. Гайда, М. І. Бадюк // Військова медицина України. – 2018. – Т. 18. – № 1. – С. 128–132.

25. Гайда І. М. Структура сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – 2016. – Т.16. – № 3. – С.111–115.

26. Гайда І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. Гайда, М. Бадюк, І. Сушко // Патологія. – Запоріжжя., 2018. – Т. 15. – № 1(42). – С. 73–76.

27. Гембицкий Е. В. Патология внутренних органов при травме: рук. для врачей. / Е. В. Гембицкий, Л. М. Клячкин, М. М. Кириллов. – М.: Медицина, 1994. – 254 с.

28. Гзирян В. С. Психологическая реабилитация бывших военнослужащих - участников боевых действий в Оренбургской области / В. С. Гзирян, В. В. Куликов, В. Н. Красников // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 49–51.

29. Гиткина, Л. С. Основные положения концепции медицинской реабилитации и ее развитие в республике Беларусь / Л. С. Гиткина, В. Б. Смычек, Т. Д. Рябцева // Проблемы реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 24–28.

30. Гольдблат Ю. В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю. В. Гольдблат. – СПб: Политехника, 2006. – 607 с.

31. Гречко А.Т. «Минная война», взрывные поражения, медицинские и социальные аспекты реабилитации раненых / А. Т. Гречко // Проблемы реабилитации. – 2001. – №2. – С. 24–31.

32. Гришина Л. П. Анализ контингента инвалидов из числа военнослужащих, состоящих на учете в органах социальной защиты в Российской Федерации и ее субъектах за 1993-2000 гг. / Л. П. Гришина, В. В. Кудрявцев, И. Г. Галь // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 4. – С. 27–30.

33. Гуманенко Е.К., Козлова В. С. Политравма: травматическая болезнь, современная стратегия лечения / Е. К. Гуманенко. – ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 608 с.

34. Гур'єв С. О. Аналіз медико-санітарних наслідків військових дій під час проведення сучасних контртерористичних операцій / С. О. Гур'єв, П. В. Танасієнко, Н. В. Гуселетова, О. О. Мостипан. // Екстренна медицина від науки до практики. – 2014. – №4. – С. 3–8.

35. Гусева Н. К. Организация на муниципальном уровне медико-социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста – ветеранов боевых действий / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, И. А. Соколова // Воен-мед. журн. – 2006. – № 7. – С. 11–15.

36. Денисенко М.М. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів, / М. М. Денисенко, Р. В. Лакинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25, випуск 2 (91). – С.40– 44.

37. Денисов А. А. Социальная реабилитация российских военнослужащих - участников вооруженных конфликтов : Дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Андрей Александрович Денисов; Южно-Российский. Гос. Тех. Унив. – Новочеркасск, 2006. – 168 с.

38. Джавадян Г.Н. Состояние здоровья воинов-интернационалистов по материалам обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения Москвы / Г.Н. Джавадян // Проблемы реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 91–92.

39. Дмитренко Г. М. Психологічна реабілітація учасників АТО: види діяльності практичного психолога / Г. М. Дмитренко // Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: зб. наук. праць. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С. 248–252.

40. Евланов Л. Г. Экспертные оценки в управлении / Л. Г. Евланов, В. А. Кутузов. – Л М.: Экономика, 1978. – 133 с.

41. Епифанов В.А. Реабилитация в неврологии / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 416 с.

42. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.

43. Зайцев В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов / В.П. Зайцев // Терапевтический архив. – 2013. – №10. – С. 105 – 110.

44. Заковряшин А.С. Прогнозирование отдаленных последствий боевой психической травмы с использованием логико-статистических методов / А С.

Заковряшин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С.Корсакова. – 2006. – №3. – С. 31–38.

45. Заруцький Я. Л. Вказівки з військово-польової хірургії; за ред. Я.Л.Заруцького, О.О.Шудрака. – К.: СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 396 с.

46. Захаров А.В. Проблемы управления социальной реабилитацией / А.В. Захаров // Проблемы реабилитации. – 2000. – №1. – С. 127–132.

47. Иванов, П. П. Психологические условия реадaptации участников боевых действий / П. П. Иванов // Совершенствование системы медико-социальной реабилитации лиц, пострадавших при выполнении воинского долга (служебных обязанностей) в процессе изменения социальной сферы в Российской Федерации: материалы науч. - практ. конф., 18 мая, 2002 г., Москва. – М., 2002. – С. 87 – 88.

48. Ильина И.В. Медицинская реабилитация. Учебник для вузов / И.В.Ильина. М.: Издательство Юрайт, 2018. – 276 с.

49. Іпатов А. В. Обґрунтування системних заходів з профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Г. І. Тітов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4.– С. 75–80.

50. Іпатов А.В. Комплексна технологія реабілітації інвалідів в Україні / А. В. Іпатов //Медична реабілітація, курортологія, кінезотерапія.–2004. – №3(39).–С. 44– 45.

51. Кассирский Г.И. Реабилитация в медицине (определение, задачи, проблемы) / Г.И. Кассирский, Р.Н. Воробьев // Сов. здравоохранение. – 1988. – №4. – С. 22 – 26.

52. Квасов С. Е. Функционально-структурная модель системы медико-социальной помощи ветеранам локальных войн и вооруженных конфликтов. / С Е Квасов, А. М. Самарин // Объединение международных усилий по реабилитации участников контртеррористических операций, лиц, пострадавших при исполнении обязанностей военной службы: проблемы и

перспективы: материалы науч. - практ. конф., 4 декабря, 2001 г., Москва. – М., 2001. – С. 80–82.

53. Кекелидзе З. И. Клинико-динамические особенности психических расстройств у заложников в зоне боевых действий: сравнительный аспект / З. И. Кекелидзе, Ф. С. Насруллаев, В. С. Гребенников, Ю. Р. Красковский, С. Д. Малиновская // Психиатрия чрезвычайных ситуаций: сб. научных работ под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003. – С. 27–44.

54. Кіх А. Ю. Проблеми організації і проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців / А. Ю. Кіх, О. М. Волянський, О. А. Блінов // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції, 3 червня, 2015 р., Київ / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – К.: НУОУ, 2015. – С. 169–171.

55. Кіх А.Ю. Форма та порядок складання індивідуальної програми медичної реабілітації військовослужбовців / А.Ю. Кіх, О.М. Волянський // Наука і практика – 2015. – №1/2. – С. 49-54.

56. Ковшиков М. Ф. Научное обоснование создание Государственной системы комплексной реабилитации / М. Ф. Ковшиков // Совершенствование системы медико-социальной реабилитации лиц, пострадавших при выполнении воинского долга (служебных обязанностей) в процессе изменения социальной сферы в Российской Федерации: материалы науч.- практ. конф., 18 мая, 2002 р., М., 2002. – С. 119-120.

57. Козачок М.М., Коваль М.М. Питання реабілітації хворих у Збройних Силах України / М.М. Козачок, М.М. Коваль // Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наукових праць УВМА. – Київ, 2007. – Вип.19. – С.355 – 365.

58. Кондрюкова В.В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник / В.В. Кондрюкова, І.М. Слюсар. – К.: Гнозіс, 2013. – 116 с.

59. Коробов М. В. Организация профессиональной подготовки специалистов по реабилитации в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы / М. В. Коробов, Т. Н. Шеломанова // Проблемы реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 21 – 24.

60. Король С.О. Організаційні, діагностичні та лікувальні аспекти надання допомоги при вогнепальних пораненнях стопи / С.О. Король //Травма. – 2015. – Том.16, №5. – С.11-14.

61. Легенчук Е.А.. Основы реабилитации лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие / Е.А. Легенчук, Д.В. Легенчук– Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2009. – 248 с.

62. Литвинцев С. В. Анализ агрессивных и аутоагрессивных действий военнослужащих с позиции оценки состояния самосознания / С. В. Литвинцев, А. А. Яворский, В. В. Нечипоренко, В. М. Лыткин. // Проблемы реабилитации. – 2000. – №2. – С. 54–59.

63. Литвинцев С.В. Посттравматические стрессовые расстройства / В.М. Лыткин, В.К. Шамрей // Проблемы реабилитации. – 2000. – № 2. – С. 46–54.

64. Литвинцев С.В. Психологическая характеристика ветеранов локальных войн (социально-психологические, медико-психологические и реабилитационные аспекты) / Литвинцев С.В., Лыткин В.М.; Нечипоренко В.В. [и др.] // Проблемы реабилитации. – 2000. – №1. – С. 43–53.

65. Магруппова И.Р. Клинико-организационная модель медико-психологической и психиатрической помощи участникам локальных войн: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Инна Ринатовна Магруппова; ГОУВПО «Башкирский государственный медицинский университет». – Москва, 2005. – 148 с.

66. Майданюк В.П. Аналіз ефективності функціонування мобільних лікарсько-сестринських бригад ВМКЦ Південного регіону в АТО/ В.П.Майданюк // Науково-практична конференція «Проблемні питання надання хірургічної допомоги пораненим в АТО: Тези доп. – К:ГВКГ, 2015. – С.10.

67. Матяш М.М Реабілітація інвалідів — учасників бойових дій в Київській області // Матяш М.М., Дикун О.П., Матяш О.М., Гриненко Ю.А.// «Міжнародний неврологічний журнал». – 2017 – № 4 (90). – С.23–34.

68. Матяш М.М. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому // Український часопис. – 2016. – № 3(113). – С. 118–121.

69. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // Український медичний часопис. – 2014. – № 6(104). – С. 124–127.

70. Медична реабілітація військовослужбовців з ушкодженням опорно-рухового апарата та їхніми наслідками: Методичні рекомендації / за редакцією В.Б. Андронатія, В.І. Рудя. – Київ: УВМА. – 2014. – 26 с.

71. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.

72. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья: МКФ: краткая версия. – [Електронний ресурс]. — Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445_rus.pdf?ua=1. – Назва з екрану.

73. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: "Адис", 1994. – 304 с.

74. Михайлов Б.В. Комплексна санаторно-курортна реабілітація осіб, постраждалих внаслідок участі в АТО / Б.В. Михайлов, Т.А. Алієва, О.О. Галаченко // XV науково-практична конференція «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування» 10-11 вересня 2015 р: тези доп. – Тернопіль, 2015 – С. 102-103.

75. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд; переклад Пономаренко В. М., Нагорна А. М. Панасенко Г. І. – Київ, «Здоров'я», 2001. – Т.3. – 817 с.

76. Місяк С.А. Організація реабілітаційної і медико-соціальної допомоги хворим онкологічного профілю в Україні / С.А. Місяк // Онкологія. – 2014. – Т. 16, №2. – С. 154-159.

77. Молодецких В. А. Психологическая защита при экстремальных стрессовых ситуациях / В.А. Молодецких // Психиатрия чрезвычайных ситуаций: сборник научных работ / под ред. Т. Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. Сербского, 2003. – С. 74–77.

78. Назаров В.А. Сравнительный анализ факторов, влияющих на состояние психического и социального здоровья инвалидов – участников боевых действий в Чеченской республике и в республике Афганистан / В. А. Назаров, А.В. Захаров // Проблемы реабилитации. – 2000. – № 2. – С. 122–126.

79. Напрееенко О.К. Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах. Метод. реком. / О.К. Напрееенко, О.Г. Сиропятов, О.В. Друзь та ін. – Київ, 2014. – 34 с.

80. Нечаев Э.А.,. Особенности огнестрельных ранений живота в Афганистане / Э.А. Нечаев, П.Г. Алисов, Г.Н. Цыбуляк // Актуальные проблемы военно-полевой хирургии и хирургии катастроф: Труды ВМедА. – СПб., 1994. – Т. 239. – С. 124–131.

81. Нечипоренко В. В. Психические расстройства и особенности медико-психологической реабилитации ветеранов локальных войн с боевыми ранениями / В. В. Нечипоренко, В. М. Лыткин, Е. А. Лисицына // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 1. – С. 52–54.

82. Нечипоренко В.В. О проблеме диагностики и профилактики пограничных психических расстройств в современных условиях / В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей, В. М. Лыткин, Ю. К. Малахов // Проблемы реабилитации. – 2001. – № 2 (5). – С. 71–79.

83. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

84. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко / А. А. Новик, Т.И. Ионова // . М.: ЗАО «Олма Медиа Групп, 2007. – 320 с.

85. Новоженев В. Г. Санитарные потери терапевтического профиля 40-й армии / В. Г Новоженев, И. В. Синопальников // Военно-медицинский журнал – 2002. – №6. – С.18–24.

86. Огороднов, Л. Синдром посттравматического стресса./ Л. Огороднов. – М., 2001. – 151 с. 9. Афанасьев В. Г. Системность и общество / В. Г. Афанасьев. – М.: Политиздат, 1980. – 368 с.

87. Острейковский В.А. Теория систем / В.А. Острейковский. – М.:«Высшая школа», 1977. – 167 с.

88. Патент № 121625 України, МПК: (2017.01) А61М 39/00, А61М 1/00. Спосіб лікування вогнепальних ран кінцівок системою промивної вакуумної аспірації /Бур'янов О.А., Гайда І.М. та ін.; заявник і патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – № у 201706321; заявл. 21.06.2017; опубл. 11.12.2017, Бюл.23, - 2 с.

89. Пономаренко О.І. Системні методи в економіці, менеджменті та бізнесі: Навч. Посіб / О.І. Пономаренко, В.О. Пономаренко. – К.: Либідь, 1995. – 240 с.

90. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я // Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, С М, Зоріна, Л.О. Прус [та ін.]; за ред. Ю.В.Вороненка. – К.: Здоров'я, 2002. – С.359.

91. Про внесення змін до Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" щодо посилення соціального захисту учасників антитерористичної операції, учасників Революції Гідності та членів сімей загиблих таких осіб: Закон України від 14.11.2017 № 2203-VIII // Відомості Верховної Ради України. – 2017. – № 47. – Ст. 419.

92. Про встановлення граничної вартості путівки (ліжко-дня) у 2017 році: Наказ Мінсоцполітики від 06.04.2017 № 575 // Офіційний вісник України. – 2017 р. – № 35. – Ст. 1110. – С. 25.

93. Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції : Указ Президента України від 18.03.2015 № 150/2015 // Офіційний вісник Президента України. – 2015. – №9 – Ст.527. – С. 28.

94. Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів: Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 №1686 // Офіційний вісник України. – 2006. – №50. – Ст. 3311. – С. 44.

95. Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 05.09.2011 №561. / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>. – Назва з екрану.

96. Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення» (зі змінами): Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.02.2008 № 56. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.uazakon.com/documents/date_ci/pg_gbnroe/index.htm. – Назва з екрану.

97. Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах ЗСУ: Наказ Міністерства оборони України від 09.12. 2015 р. №703 // Офіційний вісник України. – 2016. – №5. – Ст. 287. – С.351.

98. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти: Постанова Кабінету міністрів України від 29.04.2015р. №266 // Офіційний вісник України. – 2015. – №38. – Ст.1147. – С.194.

99. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інвалідів: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 №757 // Офіційний вісник України. – 2007. – №39. – Ст.1547. – С.27.

100. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інвалідів: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 №757 // Офіційний вісник України. – 2007. – № 39. – Ст. 1547. – С. 27.

101. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів): Наказ Міністерства Оборони України від 09.12.2015 № 702 / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16/card2#Card>. – Назва з екрану.

102. Про публічні закупівлі: Закон України від 25.12.2015 № 922-VII / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/922-19/card2#Card>.

103. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів): Наказ МО України від 19.12.2015 р. №702 / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16>.

104. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення деяких категорій інвалідів санаторно-курортним лікуванням, та внесення змін до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187 і від 31 березня 2015 р. № 200: Постанова Кабінету Міністрів України від 01.03.2017 № 110 // Офіційний вісник України. – 2017. – № 22. – Ст. 616. – С. 130.

105. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей” (зі змінами): Постанова Кабінету Міністрів України від 27.04.2011 № 446 // Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/446-2011-п/card2#Card>. – Назва з екрану.

106. Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 05.09.2011 №561. / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>. – Назва з екрану.

107. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі: Наказ МОЗ України від 23.02.2016 №121. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/view/moz25625>.

108. Про затвердження форм документів щодо забезпечення структурними підрозділами з питань соціального захисту населення санаторно-курортним лікуванням осіб пільгових категорій: Наказ Мінсоцполітики від 22.01.2018 № 73 // Офіційний вісник України. – 2018 р. – № 20. – Ст. 672. – С. 108.

109. Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання: Наказ МОЗ України від 08.10.2007 №623 / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1197-07>.

110. Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. № 110 / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12/card2#Card>.

111. Про курорти: Закон України від 05.10.2000 №2026-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – №50. – Ст.43.

112. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2006 – № 2/ 2-3 /. – Ст. 36. – С. 44.

113. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – №15. – Ст.190.

114. Прокопенко О. Крок у мирне життя / О. Прокопенко // Урядовий кур'єр. – 2015. – №207 (5581). – С. 1–5.

115. Пулик О.Р. Якість життя пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту / О.Р. Пулик, В.М. Різак, Б.В. Дикий [та ін.] // Клінічна та експериментальна патологія. – 2012. – Т.11, №4. – С. 128–133.

116. Пушкарев А.Л. Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий: методические рекомендации / А.Л. Пушкарев [и др.]. – Минск, 2000. – 45 с.

117. Пушкаръ Д.Ю., Дьяков В.В., Берников А.Н. Качество жизни – новая парадигма медицины / Д.Ю. Пушкаръ, В.В. Дьяков, А.Н. Берников // Фарматека – 2005 – №11. – С.15–16.

118. Радиш Я.Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел) / Я.Ф. Радиш, О.М. Соколова // Економіка та держава. – 2012. – №3. – С. 103–106.

119. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад / Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. – Київ, 2016. – 52 С.

120. Романюк Ю.А. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів Міністерства оборони України: автореф. дис.... канд. мед. наук: спец. 14.02.03 / Романюк Юлія Анатоліївна; НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2010. – 22 с.

121. Савицький В.Л. Методичні рекомендації з удосконалення фінансово-господарської діяльності військово-медичних закладів Міністерства Оборони України: метод. рекомендації / В.Л. Савицький, В.П. Філіпішин, І.М. Гайда. – Київ: УВМА, 2013. – 64 с.

122. Садовский В.Н. Основания общей теории систем. Логико-методологический анализ / В.Н. Садовский – М., 1974. – 248 с.

123. Седнев В.В. Оценка качества жизни и эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий / В.В. Седнев // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, №1. – С. 52–55.

124. Сидельников Ю.В. Теория и организация экспертного прогнозирования / Ю.В. Сидельников. – М.: ИМЭМО АН СССР, 1990. – 196 с.

125. Синопальников И.В. Санитарные потери советских войск во время войны в Афганистане / И.В. Синопальников // Военно-медицинский журнал. – 1999. – № 11. – С.4–10.

126. Скрыпник, Е. И. Реализация социальных гарантий, инвалидам военной службы и членам семей погибших военнослужащих / Е. И.Скрыпник // Совершенствование системы медико-социальной реабилитации лиц, пострадавших при выполнении воинского долга (служебных обязанностей) в процессе изменения социальной сферы в Российской Федерации: материалы науч.- практ. конф., 18 мая, 2002 г., Москва. – М., 2002. – С. 176 – 81.

127. Славин М.Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях / М. Б. Славин. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.

128. Сокрут В.Н. Медицинская реабилитация: Учебник для студентов и врачей; под общ.ред. В.Н.Сокрута, Н.И.Яблчанского. – Славянск: «Ваш имидж», 2015. — 576 с., 28 илл.

129. Сокрут. В.Н. Медицинская реабилитация в спорте: Руководство для врачей и студентов; под общей редакцией В.Н.Сокрута, В.Н.Казакова. –Донецк: «Каштан», 2011. – 620 с., 36 илл.

130. Соловьева Е.В. Психофизиологическая реабилитация военнослужащих пограничных войск использованием методов биоадаптивного управления / Е. В. Соловьева, С. В. Чегодарь // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 1998. – №3. – С. 32–34.

131. Стеблюк В. В. 3 поля зору випадають військові, які звільнилися із ЗСУ / В. В. Стеблюк// Урядовий кур'єр. – 2015. – №207 (5581). – С. 5.

132. Столяров Г.С. Статистика охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. для самостійного вивчення дисципліни / Столяров Г.С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. – К.: КНЕУ. – 2000. – 187с.

133. Стрекалов В. Е. Организация восстановительного лечения участников военных конфликтов в госпитале для ветеранов войн / В.Е. Стрекалов // Совершенствование системы медико-социальной реабилитации лиц, пострадавших при выполнении воинского долга (служебных обязанностей) в процессе изменения социальной сферы в Российской Федерации: материалы науч.-практ. конф., 18 мая 2002 р., Москва. – М., 2002. – С. 83–86.

134. Сурмин Ю.П. Теория систем и системный анализ: Учеб. Пособие. / Ю.П. Сурмин. – К.: МАУП, 2003. – 368 с.

135. Сурмин Ю.П.,. Методология и методы социологических исследований: Учеб. Пособие / Ю. П. Сурмин, Н. В. Туленков. – К.: МАУП, 2000. – 213 с.

136. Табачков, Н. И. Законодательное обеспечение государственной системы реабилитации лиц, пострадавших при исполнении обязанностей военной службы / Н. И. Табачков // Совершенствование системы медико-социальной реабилитации лиц, пострадавших при выполнении воинского долга (служебных обязанностей) в процессе изменения социальной сферы в Российской Федерации: материалы науч.- практ. конф., 18 мая, 2002 р., Москва. – М., 2002. – С. 10 – 13.

137. Трихліб В. І. Актуальність інфекційних захворювань органів системи дихання серед мобілізованих / В.І.Трихліб, С. І. Ткачук, І. М. Гайда та ін.// Науково-практична конференція «Фармакотерапія інфекційних захворювань»: Тези доп. – К., 2015. – С. 89–90.

138. Трихліб В. І. Гострі респіраторні захворювання серед мобілізованих військовослужбовців / В. І. Трихліб , І. М. Гайда, С. І. Ткачук та ін. //IX з'їзд інфекціоністів України: Тези доп. – Терн., 2015. – С. 200–202.

139. Трутяк І. Особливості сучасної бойової хірургічної травми / І. Трутяк, І. Гайда, І. Богдан [та ін.] // Праці НТШ. Медичні науки. – 2015. – Т. ХLI. – С. 109–116.

140. Трутяк І.Р. Лікування бойової хірургічної травми на III і IV рівні медичної допомоги / І. Р.Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін.// XXIII З'їзд хірургів України: Тези доп. – К.,2015. – С. 30–31.

141. Трутяк І.Р. Лікування ускладнень бойової травми опорно-рухового апарату у Військово-медичному Клінічному Центрі / І. Р.Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін.// XVII З'їзд ортопедів-травматологів України: Тези доп. – К.,2016. – С. 33–34.

142. Трутяк І.Р. Особливості ускладнень сучасної бойової хірургічної травми живота / І. Р. Трутяк ., І.М. Гайда, Г.А. Прохоренко та ін. // Галицький лікарський вісник. – 2016. – №3. С. 67–69.

143. Урманцев Ю.О. Общая теория систем: состояния, приложения и перспективы / Ю.О.Урманцев // Система, симметрия, гармония. – М.: Мысль, 1998. – С.23.

144. Фаттахов В.В., Каратай Ш.С. Технологии медико-психологической реабилитации пострадавших в чрезвычайных ситуациях / В. В. Фаттахов, Ш. С. Каратай // Лечебная физическая культура и массаж. – 2005. – № 5. – С. 40 – 41.

145. Хобзей М. К. Аналіз сучасного стану реабілітації інвалідів в Україні / М.К. Хобзей, А.В. Іпатов, Ю.І. Коробкін // Медичні перспективи. – 2010. – №4. – С. 131-136.

146. Хохлов, Л. К. К диагностике посттравматического стрессового расстройства / Л. К. Хохлов, Е. А. Григорьева // Психиатрия чрезвычайных ситуаций: сборник научных работ / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им. Сербского, 2003. – С. 88 – 91.

147. Царик, Г. Н. Организация и экономическое обоснование многоэтапной дифференцированной стационарной медицинской помощи населению в рамках Программы госгарантий / Г. Н.Царик, К. В. Щипачев, Д. Г.Данцигер, Л. П. Харитоновна//Здравоохранение. – 2003. – № 8. – С. 53 – 61.

148. Цуркан, А. В. Госпитальный этап реабилитации военнослужащих, участников боевых действий / А. В. Цуркан // Проблемы медико-социальной реабилитации участников локальных войн: материалы науч.- практ. конф., 11 июня, 2002 г., Омск. – Омск, 2002. – С. 24–25.

149. Шанин В.Ю., Захаров В.М., Стрельников А.Л. Психосоматические соотношения в проблеме реабилитации ветеранов войны в Афганистане // Общая патология и медицинская реабилитация. – СПб., 1994. – С. 131 – 137.

150. Шевченко В.В. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті / В.В. Шевченко, А.А. Руденко // Психологічні науки. – 2014. – Вип. 2.12 (103). – С. 239–243.

151. Шиган Е.Н. Системный подход в управлении здравоохранением / Рук-во по соц. гигиене и организации здравоохранения: в 2-х томах / Е.А. Логинова, В.Л. Дерябина, Н.Я. Копыт и др.; под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987. – Т.2 – С. 41–65.

152. Шикин Е.В. Математические методы и модели в управлении: учеб. пособие / Шикин Е.В., Чхартишвили А.Г. – М.: Дело, 2000. – 440 с.

153. Юдин В.Е. Современная система медицинской реабилитации в вооруженных силах российской федерации / Юдин В.Е., Щегольков А.М. //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов; под ред. д.м.н. Юдина В.Е. – М.: 2014. – С. 14–16.

154. Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягенський, І.М.Січкарук // Журн.внутр.мед.–2007.–№3.– С.27–32.

155. Andresen E.M., Meyers A.R. Health-related quality of life outcomes measures // Arch. Phys. Med. Rehabil. Med. –2000. – №81, Suppl. 2. – P.30-45.

156. Arya S. Coping strategies used by traumatic spinal cord injury patients in Sri Lanka: a focus group study / S. Arya, S. Xue, A. Embuldeniya [et al.] // Disabil Rehabil.– 2016. – Vol. 5. – P. 1–8.

157. Beaulieu C.L. Occupational, Physical, and Speech Therapy Treatment Activities During Inpatient Rehabilitation for Traumatic Brain Injury / Beaulieu C.L.,

Dijkers M.P., . Barrett R.S [et al.] // Arch Phys Med Rehabil. – 2015. – Vol. 96 (8 Suppl). – P. 222–234.

158. Brooks J. S. Long-term survival after traumatic brain injury part I: external validity of prognostic models / J.C. Brooks, R.M. Shavelle, D.J. Strauss [et al.] // Arch Phys Med Rehabil.– 2015. – Vol. 96 (6). – P. 994–999.

159. Buck D. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke / D.Buck, A.Jacoby, A.Massey, G.Ford // Stroke.–2000.–Vol.31.– P.2004–2010.

160. Chiavaroli F. / Epidemiology and clinical outcomes in a multicentre regional cohort of patients with severe acquired brain injury / F. Chiavaroli, J.G. Derraik, G. Zani [et al.] // Disabil Rehabil.– 2016. – Vol. 5. – P. 1–9.

161. Corrigan J. D. Effects of Patient Preinjury and Injury Characteristics on Acute Rehabilitation Outcomes for Traumatic Brain Injury / J.D. Corrigan, S.D. Horn, R.S. Barrett [et al.] // Arch Phys Med Rehabil. – 2015. – Vol. 96 (8 Suppl). – P. 209–221.

162. De Vivo MJ. Costs of care following spinal cord injury / MJ De Vivo, Y. Chen, S.T. Menemeyer, A. Deutsch // Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. – 2011. – V.16. – P. 1–9.

163. Gutenbrunner C. Describing and developing the field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe – preface to a series of papers published by the Professional Practice Committee of the PRM section of the Union of European Medical Specialists (UEMS) / C. Gutenbrunner, V. Neumann, F. Lemoine, A. Delarque // Ann. Phys. Rehabil. Med. – 2010. – V.53. – P. 593–597.

164. Gutenbrunner C. The White Book on Physical & Rehabilitation Medicine / C. Gutenbrunner, A.B. Ward, M.A. Chamberlain // Europa Physico Medica 2006. – V. 40. – P. 287–333.

165. Hammond F. M. Rehospitalization During 9 Months After Inpatient Rehabilitation for Traumatic Brain Injury / F.M. Hammond, S.D. Horn, R.J. Smout [et al.] // Arch Phys Med Rehabil. – 2015. – Vol. 96 (8 Suppl). – P.330–339.

166. Hammond F.M. Readmission to an Acute Care Hospital During Inpatient Rehabilitation for Traumatic Brain Injury / F.M. Hammond, S.D. Horn, R.J. Smout [et al.] // Arch Phys Med Rehabil. – 2015. – Vol.96(8 Suppl). – P. 293–303.

167. Iribarren J. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium / J. Iribarren, P. Prolo, N. Neagos, F. Chiappelli // Evid Based Complement Alternat Med. – 2005. – Vol.2(4). – P. 503 – 512.

168. McElligott J. European models of multidisciplinary rehabilitation services for traumatic brain injury / McElligott J., Carroll A., Morgan J. [et al.] // Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 2011. – Vol. 90. – P. 74–78.

169. McNally R.J. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam Combat veterans / R.J. McNally, L.M. Shin // Am. J. Psychiatry. – 1995. – №152. – P.936 – 938.

170. Meyers L.L. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder / L.L. Meyers, T.Q. Strom, J. Leskela [et al.] // Military Medicine. – 2013. – Vol. 178 (1). – P. 95 – 99.

171. Neumann V, Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine / V. Neumann, C. Gutenbrunner, V. Fialka-Moser, N.Christodoulou, E. Varela, A. Giustini // J. Rehab. Med. – 2010. – V. 42. – P. 4–8.

172. Odgaard L. Surviving severe traumatic brain injury in Denmark: incidence and predictors of highly specialized rehabilitation / L. Odgaard, I. Poulsen, L.P. Kammersgaard [et al.] // Clin. Epidemiol.– 2015. – Vol. 20 (7). – P. 225 – 234.

173. Pezzin L.E. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputation / L.E.Pezzin, T.R.Dillingham, E.J. MacKenzie // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2000. – N81. – P.292 – 300.

174. Ritenour A.E. / Incidence of primary blast injury in US military overseas contingency operations: a retrospective study / A.E. Ritenour, L.H. Blackburne, J.F.Kelly // Ann Surg. – 2010. – Vol.251. – P. 1140–1144.

175. Southwick S.M. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder / S.M. Southwick, R. Yehuda, E.L. Jr. Giller // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol.150. – N7. – P.1020–1023.

176. Stineman M.G. A method for measuring quality of life through subjective weighting of functional status / M.G Stineman, B.Wechsler, R.Ross et al.// *Arch. Phys. Med. Rechbil.* – 2003. – Vol. 84, N4. – P. 15–23.

177. Stretch R. H. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans // *Military Medicine.* – 1996. – N161. – P. 407 – 410.

178. Stucki G, ISPRM discussion paper. Chapter 6: the policy agenda of ISPRM / G Stucki, P von Groote, J.A. DeLisa, M. Imamura, J. Melvin,A.J. Haig, L.S.W. Li, J.D.Reinhardt // *J. Rehabil. Med.* – 2009. – V. 41. – P.843–852.

179. Stucki G. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine / G. Stucki, J. Melvin // *J. Rehab. Med.* – 2007. – V. 39. – P. 286–292.

180. Tazopoulou E. Rehabilitation following cerebral anoxia: An assessment of 27 patients. / E. Tazopoulou, R. Miljkovitch, J.L. Truelle [et al.] // *Brain Inj.* – 2016. – Vol.30 (1). – P.95 – 103.

181. Tulsy D.S. Measurement of quality life in rehabilitation medicine: Emerging issues / D.S. Tulsy, M. Rosenthal // *Arch. Phys. Med. Rechabil.* – 2003. – Vol. 84, N4. – P.1–3.

182. Ward A.B. A position paper on physical and rehabilitation medicine programmes in post-acute settings / A.B. Ward , C. Gutenbrunner, A. Giustini [et al.] // *J. Rehabil. Med.* – 2012. – V.44. – P. 289–298.

183. Ward A.B. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings / A.B. Ward, C. Gutenbrunner, H. Damjan, A. Giustini, A. Delarque // *J. Rehabil. Med.* – 2010. – V. 42. – P. 417–424.

184. Ware J.E. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials / J.E.Ware, B. Gandek, S.D. Keller // Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. – 1995. – P. 681–692.

185. Weaver F.M. Provider perspectives on soldiers with new spinal cord injuries returning from Iraq and Afghanistan / Weaver F.M., . Burns S.P, Evans C.T. [et al.] // Arch. Phys. Med. Rehabil.— 2009. — Vol. 90 (3). — P. 517–521.

ДОДАТКИ

Додаток А

Картка експертного опитування

З метою удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців запропоновано функціонально-організаційну модель системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні. Просимо Вас взяти участь у експертному опитуванні, метою якого є оцінка ефективності запропонованої моделі.

Інформаційне забезпечення експерта: функціонально-організаційна модель системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні, Інформаційний посібник «Медична реабілітація військовослужбовців на регіональному рівні»

Інформована згода експерта Експерт №_____

П.І.Б. _____

Посада _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

Стаж роботи _____

Я (не) згоден прийняти участь в експертній оцінці запропонованих підходів.

Я поінформований, мені зрозумілі мета і завдання даного дослідження, яке підтримую та підтверджую своїм особистим підписом: _____

Дата _____

Питання до експерта:

Поставте відмітку (обведіть) варіант відповідей з позиції:

0 – фактор не впливає

1 – слабкий вплив

2 – помірний вплив

3 – значний вплив

4 – сильний вплив

5 – дуже сильний вплив

1. На Вашу думку, впровадження системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні буде мати позитивний вплив?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

2. Запропонована функціонально-організаційна модель функціонально-організаційну модель системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні на Вашу думку, дасть змогу:

А. Виявляти фактори, що призводять до розвитку ускладнень, обумовлених наслідками отриманої бойової травми (поранення)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Б. Зменшити рівень втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми (поранення)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

В. Покращити якість надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям в госпітальних умовах

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Г. Розширити об'єм лікувально-реабілітаційних процедур відповідно до сучасного рівня

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Д. Інше _____

3. На Вашу думку, створення амбулаторно-поліклінічного відділення реабілітації відділення реабілітації дозволить:

А. Комплексно оцінювати стан здоров'я військовослужбовців учасників бойових

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Б. Своєчасно здійснювати профілактично-реабілітаційні заходи

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

В. Зменшити ризик розвитку ускладнень, обумовлених впливом бойової травми в тому числі і психологічних розладів

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4. На Вашу думку, впровадження Інформаційного посібника «Медична реабілітація військовослужбовців на регіональному рівні» дозволить:

А. Залучити учасників бойових дій та його рідних до участі у розробці індивідуальної програми медичної реабілітації пацієнтів (поранених)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Б. Спонукати учасників бойових дій до своєчасного звернення до лікувальних установ для проходження медичної реабілітації

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

В. Попередити розвиток соматичних та психологічних порушень, обумовлених впливом бойової травми (поранення)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

5. На Вашу думку, використання функціонально-організаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій, буде мати економічний ефект?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Дякуємо за співучасть у роботі!

Додаток Б

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____
 Вік _____ Стать _____ Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж зазвичай, наступні стани? Оберіть тільки один варіант відповіді (“так” або “ні”) та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка».

	Так	Ні
1. Нездатність «розслабитися» (напруженість).		
2. Роздратування та поганий настрій.		
3. Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент.		
4. Неуважність, погане зосередження уваги.		
5. Сильний смуток, печаль.		
6. Сильна втома, нестача енергії.		
7. Потрясіння або паніка.		
8. Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.		
9. Труднощі із засипанням, погіршення сну.		
10. Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, у тому числі – професійної.		

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР.

«Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей “так”.

Додаток В

Анкета оцінки ефективності запропонованих заходів щодо удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців

Прізвище, ініціали _____ Вік _____ років

Місце проживання (район) _____

Відповідаючи на наступні запитання *обведіть* варіант відповіді найбільш притаманний для Вас.

1. Чи задоволені Ви якістю надання медичних послуг у відділенні відновлювального лікування?	1. 2. 3.	Дуже задоволений Задоволений Ні. Якщо Ні, то чому? _____ _____
2. Яким на Вашу думку є рівень професіоналізму персоналу відділення відновлювального лікування?	1. 2. 3. 4.	Низьким Середнім Достатнім Високим
3. Які обставини, на Вашу думку, покращують якість надання медичних послуг?	1. 2.	Кваліфікація персоналу відділення. Рівень матеріально-технічного забезпечення відділення.
4. Чи задоволені Ви ставленням персоналу відділення до пацієнтів	1. 2.	Так Ні
5. Чи є достатнім обсяг медичних послуг, що були надані Вам у відділенні відновлювального лікування?	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	Так Ні. Якщо ні, то що на Вашу думку необхідно додати? _____ _____ _____ _____
6. Чи покращився стан Вашого здоров'я після проведеного лікування?	1. 2.	Так. В деякій мірі Ні

Дякуємо за співучасть у роботі!

Додаток Г

Загальна характеристика лікувально-профілактичних закладів західного регіону України для надання медичної реабілітації учасникам бойових дій

Заклад	Форма власності та підпорядкування: (МО,МОЗ, Інші військові формув., приватний)	Підрозділ реабілітації; напрямки його роботи; можливості; короткий опис
Волинська область		
Волинський обласний госпіталь для інвалідів війни	МОЗ України	50 ліжок - психо-неврологічна реабілітація та лікування остеохондрозів; - фізіотерапевтичне лікування
«Луцький центр первинної медико-санітарної допомоги №1»	МОЗ України	без ліжок - психологічна реабілітація - фізіотерапевтичне лікування
КП санаторій матері і дитини "Пролісок"	Спільна власність територіальних громадських сіл, селищ, міст області.	109 номерів та 13 котеджів - психологічна реабілітація - лікування хвороб опорно-рухового апарату, ендокринної та нервової системи, захворювання органів травлення та органів дихання. -Водолікування
Волинський обласний санаторій «Лісова пісня»	Спільна власність територіальних громад та приватна власність	До 420 чоловік одночасно Чотири реабілітаційні відділення: кардіологічне, церебро-васкулярне, з пошкодженням опорно-рухового апарату, медико-психологічна реабілітація для учасників АТО. Фітотерапія.

Закарпатська область		
ДП Клінічний санаторій "Карпати"	МОЗ	Санаторій на 470 ліжок. Виділено 40 ліжок для мед. реабілітації АТО (серцево-судинна система, шлунково-кишковий тракт, периферична нервова система, кістково-м'язева та ендокринна системи, органи сечовиділення)
ДП "Санаторій Поляна"	МОЗ	Санаторій на 350 ліжок. Виділено 30 ліжок для мед. реабілітації АТО (захворювання органів травлення, ендокринної системи, порушення обміну речовин та хворих після оперативного втручання на органи травлення та жовчно-видільних шляхах)
Санаторій "Верховина"	МОЗ	Санаторій на 100 ліжок. Виділено 10 ліжок для мед. реабілітації АТО (хвороби органів травлення)
Санаторій "Сонячне Закарпаття"	МОЗ	Санаторій на 400 ліжок. Виділено 30 ліжок для мед. реабілітації АТО (захворювання органів травлення та порушення обміну речовин)
ДП санаторій "Шаян"	МОЗ	Санаторій на 198 ліжок. Виділено 10 ліжок для мед. реабілітації АТО (Захворювання шлунку, печінки, підшлункової залози, кишечника, сечостатевої системи та цукрового діабету)
Обласний госпіталь ветеранів війни	МОЗ	Госпіталь на 75 ліжок. Виділено 10 ліжок для мед. реабілітації АТО.

Продовження Додатку Г.

Львівська область		
РЦ «Еліта» (центр Казявкіна)	ТзОВ	Нейрофізіологічна реабілітація, корекція вертеброгенної патології.
Інститут вертебродології та реабілітації		Лікування захворювань опорно- рухового апарату, комплексна ортопедична реабілітація посттравматичних і після хірургічних станів.
Центр фізичної реабілітації «Формула руху»		призначення відновлювальних засобів, підбір ортопедичних виробів, масаж, індивідуальні заняття.
РЦ «Твоє здоров'я»	приватний	Реабілітація після травм опорно- рухового апарату, операцій, інсульту, інфаркту тощо.
РЦ «Модричі»	приватний	Повний спектр реабілітаційних та санаторно-курортних послуг, включаючи навчання соціально- побутовим навичкам
Медичний центр «Легкий Рух»		Вертебродологія, Травматологія, Неврологія, Ортопедія, Ревматологія.
ІННОВО, медичний центр фізичної терапії та медицини болю		фізична терапія, травматологія та ортопедія, ультразвукова діагностика, дитяча неврологія та педіатрія.
Рівненська область		
Комунальний заклад «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради	Комунальна	відділення лікування та реабілітації учасників АТО на 50 ліжок. Пацієнти госпіталю проходять курс медичної, психологічної і психосоматичної реабілітації за сучасними стандартами.
Комунальний заклад “Рівненський обласний центр психічного здоров'я населення” Рівненської обласної ради	Комунальна	розгорнуто 8 ліжок для лікування та реабілітації учасників АТО

Івано-Франківська область		
Санаторій «Черче»	ПАТ лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпроф-здоровниця»	Лікування травм, захворювань опорно-рухового апарату, цереброваскулярних захворювань
Державний заклад «Спеціалізований санаторій «Гірське повітря»	Державна: МОЗ України	Лікування туберкульозу органів дихання та неспецифічних захворювань легень.
Медичний реабілітаційний центр «Кремінці»	Державна: МВС України	Захворювання органів дихання; ІХС з нечастими нападами і компенсованою серцевою недостатністю; ВСД; НЦД; невротичні стани.
ТОВ Центр Відновлювального лікування	Приватна	Фізична (травматологічна, терапевтична) та психологічна реабілітація
Чернівецька область		
ОКУ Чернівецький обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни	МОЗ	В госпіталі розгорнуто 200 ліжок, з них: терапевтичних - 50, кардіологічних - 55, неврологічних - 55, хірургічних – 40. Щороку більше 4-х тисяч ветеранів оздоровлюються у стаціонарі госпіталю. Відкрито на базі госпіталю регіональний Центр медико-психологічної допомоги учасникам АТО.
КУ «Чернівецька обласна психіатрична лікарня»	МОЗ	<u>Центр психологічної реабілітації учасників АТО.</u> Це відділення кризових станів із ліжками психологічної реабілітації осіб, які перенесли бойову психологічну травму, розраховане на 15 ліжко-місць.

Додаток Д
Акти впровадження

ЗАТВЕРДЖУЮ
Начальник Головного військово-медичного управління – начальник медичної служби Збройних Сил України
полковник медичної служби

“19” квітня 2018 року.

І.П.Хоменко

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: Головне військово-медичне управління, 2018 р.

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при впровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об'єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на усі Військово-медичні клінічні центри регіонів та використана іншими зацікавленими відомствами України.

Відповідальний за впровадження:

ТВО Першого заступника начальника
Головного військово-медичного управління
полковник медичної служби

А.М.Галушка



ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
Одеського національного медичного
університету
“03” травня 2018 року

В.Г.МАРІЧЕРЕДА

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: Головне військово-медичне управління, 2018 р.

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при упровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об'єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на усі Військово-медичні клінічні центри регіонів та використана іншими зацікавленими відомствами України.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри медицини катастроф
та військової медицини Одеського національного
медичного університету доцент

В.П. Майданюк

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Начальник Військово-медичного клінічного
 центру Південного регіону
 полковник медичної служби
 “04” травня 2018 року

Р.Д.КАЛЬЧУК

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І., Майданюк В.П.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: Головне військово-медичне управління, 2018 р.

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при упровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об'єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на усі Військово-медичні клінічні центри регіонів та використана іншими зацікавленими відомствами України.

Відповідальний за впровадження:

Заступник начальника Військово-медичного клінічного центру
 Південного регіону з медичної частини -
 начальник частини полковник

Ю.В. Маланіч

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник комунального закладу
«Рівненський обласний госпіталь ветеранів
війни» Рівненської обласної ради



А.І. Бурачик

"07" 2018 року.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: КЗ «Рівненський обласний госпіталь ВВ», 2018 р.

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при впровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об'єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на госпіталі ветеранів війни.

Відповідальний за впровадження:

Заступник начальника госпіталю
з медичної частини

О.В. Киричук

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Начальник Військово-медичного
 клінічного центру Центрального регіону
 полковник медичної служби
 О.І.ЗАВРОЦЬКИЙ
 «14» вересня 2018 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.
3. Джерело інформації: методичні рекомендації «Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні», К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36с.
4. Де і коли впроваджено: Головне військово-медичне управління, 2018р.
5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при упровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.
6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об'єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на усі Військово-медичні клінічні центри регіонів та використана іншими зацікавленими відомствами України.

Відповідальний за впровадження:

Заступник начальника центру з медичної частини –
 начальник частини Військово-медичного клінічного центру
 Центрального регіону
 полковник медичної служби



І.П.МЕЛЬНИК



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор департаменту охорони здоров'я
Львівської обласної державної адміністрації

І.В.Микичак

15 травня 2018 року.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: Департамент охорони здоров'я Львівської ОДА, КЗ ЛОР "Львівський обласний госпіталь ветеранів війн та репресованих ім. Ю. Липи", КЗ ЛОР "Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня", 2018 р.

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при упровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об'єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на заклади охорони здоров'я Львівської області.

Відповідальний за впровадження:

Т.в.о. заступника директора департаменту
начальник управління медичної допомоги
населенню департаменту охорони здоров'я
обласної державної адміністрації



А.Р.Васько

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Військово-медичного клінічного центру м. Львів Державної прикордонної служби України

полковник медичної служби А.А.Івашенко

“ 18 ” травня 2018 року

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: Військово-медичний клінічний центр м. Львів, Державної прикордонної служби України 2018 р.

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при упровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об'єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на усі Військово-медичні клінічні центри регіонів та використана іншими зацікавленими відомствами України.

Відповідальний за впровадження:

Перший заступник начальника ВМКЦ ДПСУ, м. Львів –
начальник медичної частини
підполковник медичної служби

Р.П.Іванців

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з науково-навчальної роботи
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
член - кореспондент НАМН України
д.м.н., професор ГЖЕГОЦЬКИЙ М.Р.
„ 21 ” *ГЖЕГОЦЬКИЙ* 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** Функціонально-організаційна модель комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом.
2. **Установа-розробник:** Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1).
3. **Автор:** Гайда І.М.
4. **Джерело інформації:**
 - Гайда І.М. Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні: методичні рекомендації МО України // І.М. Гайда ., М.І. Бадюк, Ю.І. Сушко / – Київ: УВМА, 2018. – 32 с.К.: , 2018. – 36 с.;
 - Гайда І.М. Обґрунтування інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні / І.М. Гайда // Військова медицина України. – К., 2017. – Т.17. - № 3-4. – С. 23-29;
 - Гайда І.М. Реабілітація учасників бойових дій у сучасних умовах / І.М. Гайда, Б.Б. Жупан // Військова медицина України. – К., 2016. – Т.16. - № 1. – С. 107-112.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
6. **Термін впровадження:** 2017-2018 навчальний рік.
7. **Форма впровадження:** впроваджено до навчального процесу студентам V курсу медичних факультетів № 1 та № 2 у та факультету чужоземних студентів згідно тематики лекції «Загальні основи реабілітації» навчальної дисципліни «Соціальна медицина, організація охорони здоров'я».
8. **Кількість студентів,** котрі прослухали лекційний матеріал - 469 студентів V курсу.
9. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки майбутніх лікарів з актуальних питань організації медичної реабілітації, в т.ч. реабілітація учасників бойових дій у сучасних умовах.
9. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини,
економіки та організації охорони здоров'я
доктор медичних наук, професор

„ 8 ” *Грудень* 2018 року

В. В. Рудень
В. В. Рудень

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Директор ТзОВ «Центр Реабілітації
 «Модричі»

О.О.Масний

“22” _____ 2018 року.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: ТзОВ «Центр Реабілітації «Модричі».

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при упровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об’єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на усі медично реабілітаційні центри регіонів та використана іншими зацікавленими відомствами України.

Відповідальний за впровадження:

Директор ТзОВ «Центр Реабілітації «Модричі»



ЗАТВЕРДЖУЮ
 Директор ТзОВ «ВОК «Вернигора»
 Н.О.Жук

“23” *Мравець* 2018 року.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: ТзОВ «ВОК «Вернигора»

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при упровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об’єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на усі медично реабілітаційні центри регіонів та використана іншими зацікавленими відомствами України.

Відповідальний за впровадження:

Головний лікар ТзОВ «ВОК «Вернигора» *О.Б. Камінецький*



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ТзОВ «ВОК «Вернигора»
Н.О. Жук

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ТзОВ «Центр Реабілітації
«Модричі»» О.О. Масний

“23” 2018 року

“23” 2018 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва запропонованого для впровадження – удосконалення організації та здійснення медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці – Українська військово-медична академія (м. Київ, вул. Московська 45/1). Автори: Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.

3. Джерело інформації: методичні рекомендації „ Медична реабілітація військовослужбовців ЗС України на регіональному рівні“, К.: СПД Чалчинська Н.В., 2018. – 36 с.

4. Де і коли впроваджено: ТзОВ «ВОК «Вернигора» і ТзОВ «Центр Реабілітації «Модричі»».

5. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при упровадженні інтеграційно-координаційної моделі системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом; при удосконаленні організаційно-штатної структури відділення відновлювального лікування на госпітальному етапі реабілітації учасників бойових дій.

6. Ефективність впровадження: зменшення рівня втрати професійної працездатності військовослужбовців з приводу бойової травми, покращення якості надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям у стаціонарних умовах, розширення об'єму лікувально-реабілітаційних процедур, зменшення ризику розвитку ускладнень та психологічних розладів.

7. Зауваження, пропозиції: інтеграційно-координаційна модель системи комплексної реабілітації учасників бойових дій за територіальним принципом може бути поширена на усі медично реабілітаційні центри регіонів та використана іншими зацікавленими відомствами України.

Відповідальні за впровадження:

Головний лікар ТзОВ «ВОК «Вернигора»

О.Б. Камінецький

Директор ТзОВ «Центр Реабілітації «Модричі»»

О.О. Масний



СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Гайда І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. Гайда, М. Бадюк, І. Сушко // Патологія. – Запоріжжя., 2018. – Т. 15. – № 1(42). – С. 73-76. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 4 с.)*.

2. Бадюк М. І. Медична реабілітація учасників бойових дій на регіональному рівні / М. І. Бадюк, І. М. Гайда // Екстрена медицина: від науки до практики № 1 (27) 2018. – С. 21-30. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 7 с.)*.

3. Гайда І. М. Реабілітація учасників бойових дій у сучасних умовах / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – К., 2016. – Т. 16. - № 1. – С. 107-112. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 3 с.)*.

4. Гайда І. М. Структура сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – К., 2016. – Т.16. - № 3. – С.111-115. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 3 с.)*.

5. Гайда І. М. Обґрунтування інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні / І. М. Гайда // Військова медицина України. – К., 2017. – Т. 17. – № 3-4. – С. 23-29.

6. Гайда І. М. Роль ранньої діагностики психологічного стану учасників АТО у виборі необхідних реабілітаційних заходів / І. М. Гайда, М. І. Бадюк // Військова медицина України. – К., 2018. – Т. 18. – № 1. – С. 128-132. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 3 с.)*.

7. Трутяк І. Р. Особливості сучасної бойової хірургічної травми / І. Р. Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін. // Праці НТШ. Медичні науки. Оригінальні дослідження. Клінічні науки – 2015. – Т. ХLI. – С. 109–116. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 4 с.)*.

8. Трутяк І. Р. Особливості ускладнень сучасної бойової хірургічної травми живота / І. Р. Трутяк, І. М. Гайда, Г. А. Прохоренко та ін. // Галицький лікарський вісник. – 2016. – № 3. С. 67-69. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу, формування висновків. Авторських 2 с.)*.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

9. Гайда І. М. Аналіз психологічного стану поранених військовослужбовців / І. М. Гайда, М. І. Бадюк // Міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації: Тези доп. – К., 2017. – С. 32–34.

10. Трутяк І. Р. Лікування ускладнень бойової травми опорно-рухового апарату у Військово-медичному клінічному центрі / І. Р. Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін. // XVII З'їзд ортопедів-травматологів України: Тези доп. – К., 2016. – С. 33–34.

11. Трутяк І. Р. Лікування бойової хірургічної травми на III і IV рівні медичної допомоги / І. Р. Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін. // XXIII З'їзд хірургів України: Тези доп. – К., 2015. – С. 30–31.

12. Трихліб В. І. Актуальність інфекційних захворювань органів системи дихання серед мобілізованих / В. І. Трихліб, С. І. Ткачук, І. М. Гайда та ін. // Науково-практична конференція «Фармакотерапія інфекційних захворювань»: Тези доп. – К., 2015. – С. 89-90.

13. Трихліб В. І. Гострі респіраторні захворювання серед мобілізованих військовослужбовців / В. І. Трихліб, І. М. Гайда, С. І. Ткачук та ін. // IX з'їзд інфекціоністів України: Тези доп. – Терн., 2015. – С. 200-202.

**Наукові праці, які додатково відображають наукові
результати дослідження**

14. Медична реабілітація військовослужбовців збройних сил України на регіональному рівні: метод. рекомендації / уклад.: І. М. Гайда., М. І. Бадюк, Ю. І. Сушко// Київ, 2018. – 32 с. *(Дисертантом розроблена інтеграційно-координаційна модель реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні, обґрунтовані загальні принципи її впровадження, підготовлені та узагальненні матеріали для написання методичних рекомендацій).*

15. Патент № 121625 України, МПК: (2017.01) А61М 39/00, А61М 1/00. Спосіб лікування вогнепальних ран кінцівок системою промивної вакуумної аспірації / Бур'янов О. А., Гайда І. М. та ін.; заявник і патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – № и 201706321; заявл. 21.06.2017; опубл. 11.12.2017, Бюл. 23, – 2 с.