

Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів



**ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ  
ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ  
ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ  
АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

Методичні рекомендації

Вінниця 2016

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова**  
**Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів**



**ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ  
ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ  
ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ  
АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

**Методичні рекомендації**

**Вінниця 2016**

**УДК 616-036.86:355.292**

**Установа-розробник:** Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

**Укладачі:**

д.м.н., професор Шевчук В.І.

к.м.н. Кравченко В.В.

к.м.н. Беляєва Н.М.

Яворовенко О.Б.

**Рецензент:** акад. НАМН України, професор **Коваленко В.М.**

з.д.н. і т. України, професор **Зозуля І.С.**

**Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Терапія», д.м.н., професор Нетяженко В.З.**

У методичних рекомендаціях представлені правові, організаційні та методичні питання реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО, особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях нервової системи, опорно-рухового апарату, органу зору, патології внутрішніх органів, а також шляхи удосконалення системи медичної реабілітації даного контингенту хворих та інвалідів.

Призначені для фахівців Центрів медико-соціальної експертизи, лікарів ЛКК лікувально-профілактичних установ, лікарів госпіталів ветеранів війни, фахівців-учасників реабілітаційного процесу, фахівців в галузі організації охорони здоров'я.

## ЗМІСТ

	Стор.
<b>Перелік умовних скорочень</b> .....	4
<b>Вступ</b> .....	6
<b>Правові, організаційні та методичні питання реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО</b> .....	7
<b>Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО</b> .....	13
1. Медична реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО в госпіталях для ветеранів війн та інших закладах .....	13
2. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при деяких захворюваннях.....	21
2.1. Особливості МСЕ та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях нервової системи.....	22
2.2. Особливості МСЕ та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях опорно-рухового апарату.....	27
2.3. Особливості МСЕ та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО з травмами органу зору.....	30
2.4. Особливості МСЕ інвалідів військової служби та учасників АТО з патологією внутрішніх органів.....	32
<b>Невирішені питання та шляхи удосконалення системи медичної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО</b> .....	37
<b>Література та джерела</b> .....	41

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ:**

АГ – артеріальна гіпертензія  
АТ – артеріальний тиск  
АТО – антитерористична операція  
АТЦ – антитерористичний центр  
БД – бойові дії  
БТ – бойова травма  
ВВ – ветерани воєн  
ВЛК – військово-лікарська комісія  
ВМКЦ – військово-медичний клінічний центр  
ВМС – військово-морські сили  
ВНЗ – вищий навчальний заклад  
ВНМУ – Вінницький національний медичний університет  
ВОІ – Всеукраїнська Організація Інвалідів  
ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я  
ВПС – військово-повітряні сили  
ВРУ – Верховна Рада України  
ВХ – виразкова хвороба  
ГМ – головний мозок  
ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу  
ГХ – гіпертонічна хвороба  
ДЕП – дисциркуляторна енцефалопатія  
ДЗ – державний заклад  
ДН – дихальна недостатність  
ДОА – деформуючий остеоартроз  
ДП – державне підприємство  
ДПтС – державна пенітенціарна служба  
ДСНС – державна служба з надзвичайних ситуацій  
ЖВ – жовчовивідні  
ЖЕО – житлово-експлуатаційне об'єднання  
ЗНО – зовнішнє незалежне оцінювання  
ЗС – Збройні Сили  
ЗУ – Закон України  
ІПР – індивідуальна програма реабілітації  
ІХС – ішемічна хвороба серця  
КЗ – комунальний заклад  
КМДА – Київська міська державна адміністрація  
КМУ – Кабінет Міністрів України  
ЛВК – локальні військові конфлікти  
ЛКК – лікарсько-консультативна комісія  
ЛНА на ЧАЕС – ліквідація наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції  
ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад  
ЛСН – легенево-серцева недостатність  
ЛФК – лікувальна фізична культура  
МВТ – мінно-вибухова травма  
МВС – Міністерство внутрішніх справ

МКХ-10 – Міжнародна Кваліфікація Хвороб 10-го перегляду

МО – Міністерство оборони

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МРЦ – медичний реабілітаційний центр

МСЕ – медико-соціальна експертиза

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

НВП – національний валовий продукт

НГУ – Національна гвардія України

НДІ – науково-дослідний інститут

НПЦ – науково-практичний центр

НС – нервова система

ОДА – обласна державна адміністрація

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ОРА – опорно-руховий апарат

ПТСР – післятравматичний стресовий розлад

СБУ – Служба безпеки України

СЕС – санітарно-епідеміологічна станція

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ССС – серцево-судинна система

ТВД – театр військових дій

ТЗР – технічні засоби реабілітації

УБД – учасник бойових дій

УП та СЗН – управління праці та соціального захисту населення

ФЗД – функція зовнішнього дихання

ФК – функціональний клас

ХНН – хронічна ниркова недостатність

ЦД – цукровий діабет

ЦНС – центральна нервова система

ЦПТО – центри професійно-технічної освіти

ЧМТ – черепно-мозкова травма

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

## ВСТУП

За останній час – час проведення антитерористичної операції (АТО) на Сході України – наша держава зіштовхнулася з проблемою необхідності надання соціальної допомоги особам, які постраждали від військових дій, в т.ч. пенсіонування у зв'язку з інвалідністю та проведення медико-соціальної реабілітації.

Сучасні військові технології призводять до вкрай важких травм та вкрай важких медичних та соціальних наслідків, подолати або пом'якшити які можливо тільки комплексними зусиллями. Госпіталі по всій країні щоденно приймають на лікування поранених військових із зони АТО. В окремих випадках учасники бойових дій можуть перебувати на лікуванні до півроку, але, незалежно від періоду лікування, всі вони зіштовхуються із проблемою необхідності ефективної реабілітації.

Різні країни мають свій досвід реабілітаційних програм, реалізованих з урахуванням національних медичних шкіл та традицій. В сучасних умовах цей досвід потребує узагальнення для консолідації зусиль щодо забезпечення захисту прав інвалідів бойових дій та антитерористичних операцій.

Аналіз існуючого теоретичного і практичного досвіду реабілітації в нашій державі дозволяє виділити 3 основні групи військовослужбовців-інвалідів: інваліди бойових дій (БД); військовослужбовці-інваліди внаслідок захворювань, отриманих у період проходження служби; військовослужбовці-інваліди внаслідок катастрофи на ЧАЕС.

В умовах війни реабілітація військовослужбовців має загальнодержавне значення, є важливою складовою ефективності системи охорони здоров'я та обороноздатності країни. Для вирішення цієї задачі необхідно об'єднати зусилля держави і суспільства, а також спиратися на передовий зарубіжний досвід. Успішне відновлення пораненого бійця на 80% залежить саме від ефективності процесу реабілітації.

Комплексна реабілітація інвалідів військової служби та учасників бойових дій (учасників АТО) повинна передбачати законодавчо закріплені гарантії та аспекти реабілітації й адаптації, що включають: медичну, психологічну, соціальну, професійно-трудова реабілітацію, протезування та ортезування, забезпечення технічними засобами реабілітації.

Саме питанням медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО присвячено дані методичні рекомендації, в яких узагальнений існуючий в українському законодавстві масив нормативно-законодавчих документів по медико-соціальній допомозі військовослужбовцям – учасникам та інвалідам бойових дій, досвід, який накопичився на даний момент в закладах та організаціях різного відомчого спрямування щодо надання послуг з медичної реабілітації військовослужбовцям, які втратили здоров'я внаслідок проведення АТО на Сході нашої країни, а також досвід зарубіжних країн з питань реабілітації військовослужбовців, що стали інвалідами внаслідок локальних військових конфліктів.

## ПРАВОВІ, ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ АТО

Під комплексною реабілітацією інвалідів війни та військової служби слід розуміти сукупність медичних, психологічних, професійно-трудових, соціальних та інших заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та боєздатності (працездатності), порушених або втрачених військовослужбовцями у зв'язку з хворобою або травмою, та їх успішну інтеграцію в суспільство.

В нашій державі статус інваліда війни визначається статтею 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Пільги інвалідам війни визначаються Законами України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про основи соціальної захищеності інвалідів», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», «Про боротьбу з тероризмом». Інвалідам війни видаються посвідчення з написом «Посвідчення інваліда війни – інвалід».

Згідно з Законом «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», до інвалідів війни належать особи, які стали інвалідами внаслідок поранення, контузії або каліцтва, одержаних під час безпосередньої участі в АТО, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах АТО, з числа:

- військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних) та працівників Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовців військових прокуратур;

- осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовців, працівників Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, ДСНС, ДПтС, інших утворених відповідно до законів України військових формувань;

- працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися до забезпечення проведення АТО;

- осіб у складі добровольчих формувань, за умови, що в подальшому такі добровольчі формування були включені до складу ЗС України, МВС України, НГ України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів або не були включені, але виконували завдання АТО у взаємодії зі ЗС України, МВС України, НГ України та іншими утвореними відповідно до законів України військовими формуваннями та правоохоронними органами;

- осіб, які добровільно забезпечували проведення АТО (у т.ч. здійснювали волонтерську діяльність).

Інваліди військової служби та учасники АТО обслуговуються Державною службою медико-соціальної експертизи (МСЕ), де розробляються індивідуальні програми реабілітації (ІПР). Контроль за виконанням ІПР здійснюють центри та бюро МСЕ, органи соціального захисту населення.

Комплексна реабілітація інвалідів з числа учасників АТО, їх вчасне, якісне протезування та створення належних умов для інтеграції в суспільство сьогодні є пріоритетним завданням служби МСЕ.



При огляді учасників АТО на медико-соціальних експертних комісіях (МСЕК), окрім суто фізичних наслідків ушкодження здоров'я, обов'язково враховується психологічний стан військовослужбовця, можливості соціальної адаптації, навчання, перекваліфікації тощо. Створені всі умови для оформлення документів та огляду на МСЕК зазначеного контингенту без бюрократичних перепон та тяганини.

Інвалідам війни, у яких групу інвалідності встановлено без терміну перегляду, видаються безтермінові посвідчення, іншим – на період встановлення групи інвалідності.

У разі поранення (контузії, травми, каліцтва) під час БД (під час проходження служби) отримати довідку про обставини цієї події слід у медичній частині, яка знаходиться безпосередньо в районі дислокації частини, де проходив військову службу військовослужбовець. Довідка повинна містити детальне зазначення обставин отримання поранення і складається не пізніше 30 діб після отримання поранення. Довідка оформлюється у 2-х примірниках, перший подається у госпітальну (гарнізонну) військово-лікарську комісію (ВЛК), а другий зберігається постійно в особовій справі військовослужбовця.

Військовий госпіталь, інший заклад охорони здоров'я, що проводить лікування військовослужбовця від поранення (контузії, травми, каліцтва) або захворювання, видає військовослужбовцю «Виписний епікриз» (підписується головним лікарем ЛПЗ) та направляє до ВЛК для прийняття відповідного рішення. Військова частина або військовий комісаріат допомагають в оформленні документів для проходження ВЛК. ВЛК встановлює причинний зв'язок травми (поранення, контузії, каліцтва) відповідно до висновку, зазначеного в довідці про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва), та видає постанову ВЛК про причинний зв'язок поранення (травми, контузії, каліцтва). Військова частина або військовий комісаріат направляють військовослужбовця до МСЕК МОЗ України. Алгоритм направлення на МСЕК учасників АТО представлений на *Рис. 1*.

У відповідності до ст. 26 «Звільнення з військової служби» Закону України від 25.03.1992 № 2232-ХІІ «Про військовий обов'язок і військову службу» (із змінами та доповненнями), експертиза непрацездатності у осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ, військовослужбовців, колишніх осіб рядового і начальницького складу та колишніх військовослужбовців, військовозобов'язаних, резервістів, які призвані на збори, у осіб, які звільнені від військової служби, починається на ВЛК, які встановлюють зв'язок поранення, контузії, каліцтва з виконанням службових обов'язків, згідно діючого законодавства (наказ Міноборони України від 14.08.2008 р № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в збройних силах України», наказ МВС України від 6 лютого 2001 р. № 85 «Порядок проведення військово-лікарської експертизи і медичного огляду військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу в системі МВС України»).

## Алгоритм направлення на МСЕК учасників АТО

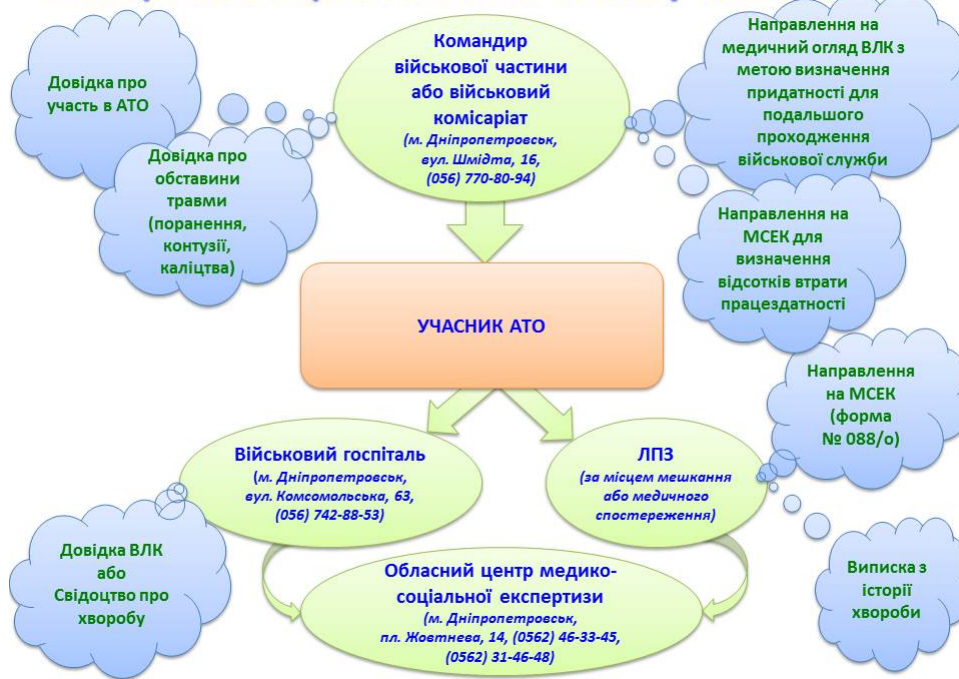


Рис. 1. Алгоритм направлення на МСЕК учасників АТО

(із сайту Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської ОДА: [http://dozoda.dp.ua/site/index.php?do=cat&category=dorogna\\_karta](http://dozoda.dp.ua/site/index.php?do=cat&category=dorogna_karta))

Порядок встановлення відсотків втрати працездатності, групи інвалідності учасникам (демобілізованим) АТО створений по аналогії з порядком огляду учасників Другої світової війни та учасників БД на території інших держав.

Направлення учасників АТО на МСЕК військово-лікарськими комісіями здійснюється при встановленні відсотку втрати працездатності (при наявності довідки ВЛК) та встановленні групи інвалідності (при наявності свідоцтва про хворобу). Ступінь втрати працездатності застрахованого (військовослужбовця) встановлює МСЕК після закінчення його лікування.

Необхідні документи для проходження МСЕК надаються в день виписки учасника АТО та не потребують повторних консультацій в госпіталі, а направлення на МСЕК оформлюється за місцем проживання військовослужбовця або демобілізованого.

Встановлення групи інвалідності військовослужбовцям, демобілізованим учасникам АТО проводиться у МСЕК відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи».

В обох випадках (при встановленні групи інвалідності або відсотка втрати працездатності) на МСЕК надаються *наступні документи*: 1) направлення на МСЕК про визначення відсотків втрати працездатності особам, яка не звільнені з військової служби, наданого командиром військової частини, а демобілізованим особам – військовим комісаріатом за місцем проживання; 2) довідка ВЛК, свідоцтво про хворобу або Постанова ЦВЛК (м. Київ) (додаток 4 до Положення про військово-лікарську комісію у Збройних силах, затверджений постановою Міністерства оборони України від 14.08.2008 № 402) – надається окружною ВЛК в день виписки хворого; 3) довідка про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва) (додаток 5 Положення про військово-лікарську комісію у ЗСУ, затверджений постановою Міноборони

України від 14.08.2008 № 402) надається командиром військової частини; 4) акт (довідка) розслідування факту поранення (травми, контузії), наданий командиром військової частини.

*Документи, які оформлює ЛКК ЛПЗ за місцем проживання або лікування:* 1) направлення на медико-соціальну експертну комісію за ф.088/о; 2) виписки з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого; 3) копії інших документів: паспорту, військового квитка, диплому про освіту, трудової книжки (завіреної нотаріально).

МСЕ осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, які за станом здоров'я не можуть з'явитися на засідання комісії, проводиться за місцем їх проживання або в стаціонарі, де така особа перебуває на лікуванні. При виникненні питань щодо медичного забезпечення учасників АТО необхідно звертатись до обласних координаційних центрів з медичної допомоги учасникам АТО, які створені на базі *обласних клінічних госпіталів ветеранів війни* в усіх областях України.

У липні 2014 р. *Верховною Радою України* були внесені зміни до ЗУ «Про реабілітацію інвалідів в Україні», що дозволили військовим, які постраждали в АТО, отримувати реабілітацію (в т.ч. медичну, психологічну, протезування) ще до надання офіційного статусу інваліда. Перераховані в Законі категорії громадян будуть забезпечені виробами медичного призначення, технічними та іншими засобами реабілітації, послугами медичної реабілітації, санаторно-курортним оздоровленням на підставі медичних висновків ЛКК ЛПЗ чи медичних рішень ВЛК незалежно від встановлення їм інвалідності. Кошти на медичну реабілітацію учасників АТО передбачені в українському бюджеті.

В грудні 2014 р. уряд полегшив порядок отримання протезів для поранених учасників АТО бійців. Тепер для цього не треба проходити МСЕК, досить лише довідки лікаря з госпіталю, де перебуває поранений.

З приводу встановлення груп інвалідності потерпілим у АТО з ампутованими кінцівками МОЗ України дало роз'яснення, звернувшись з відповідним листом до керівників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я ОДА, КМДА.

МОЗ України ініціює те, щоб при проведенні МСЕ осіб з ампутованими кінцівками (яким, відповідно до Критеріїв встановлення інвалідності, затверджених постановою КМУ від 21 січня 2015 № 10 «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду», III група інвалідності повинна бути встановлена безстроково) враховувати професію, соціальний фактор, обсяг реабілітаційних заходів, у т.ч. необхідний час для виготовлення протеза, і при наявності показань на певний строк встановлювати II групу інвалідності.

МСЕК встановлює групу інвалідності, причинний зв'язок інвалідності колишніх військовослужбовців з перебуванням на фронті або з виконанням ними інших обов'язків військової служби на підставі документів, виданих військово-лікувальними закладами, а також інших документів, що підтверджують факт отримання поранення (захворювання).

У разі встановлення інвалідності військовослужбовець (військовозобов'язаний та резервіст), працівник міліції має право на отримання одноразової грошової допомоги.

Після освідчення на МСЕК військовослужбовець звертається до органу соціального захисту за місцем реєстрації місця проживання для отримання «Посвідчення інваліда війни» із такими документами: заява; копія паспорта; копія довідки МСЕК про групу та причину інвалідності; фотокартка. Положення про порядок видачі посвідчень і нагрудних знаків ветеранів війни затверджено постановою КМУ від 12.05.1994 р. № 302. Посвідчення інваліда війни видається в день звернення особи після визначення відповідного статусу.

Для осіб у складі *добровольчих формувань*, які не були включені до складу ЗС України, МВС України, НГ України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів, але виконували завдання АТО у взаємодії зі ЗС України, МВС України, НГ України, додаткові документи визначені ст. 7 Закону України «Про статус ветеранів...», а саме: 1) клопотання про надання статусу інваліда війни керівника добровольчого формування, до складу якого входила така особа; до клопотання додаються документи, що підтверджують участь особи в АТО, або письмові свідчення не менш як двох свідків з числа осіб, які спільно з такою особою брали участь в АТО та отримали статус УБД, або інваліда війни, або учасника війни; 2) довідка керівника Антитерористичного центру при СБУ, Генштабу ЗС України про виконання добровольчими формуваннями завдань АТО у взаємодії зі ЗС України, МВС України, НГ України та іншими утвореними відповідно до законів України військовими формуваннями та правоохоронними органами.

Розробкою програм реабілітації учасників АТО займається безпосередньо *Кабінет Міністрів України*.

Постановою Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 416 була створена *Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції*. Для виконання завдань, покладених на неї, за рахунок держбюджету передбачено фінансування низки програм, зокрема, протезування за кордоном, забезпечення житлом учасників БД, пластичні операції, психологічна реабілітація, соціально-професійна адаптація, санаторно-курортне лікування. Розроблено маршрутні листи на кожного учасника АТО, які дозволяють здійснювати персональний супровід під час лікування, протезування, надання інших видів соціальної підтримки.

У Міністерстві охорони здоров'я України створений *відділ медичної реабілітації та паліативної допомоги*, який, серед інших питань, курирує роботу цього напрямку. З метою дообладнання реабілітаційних центрів для учасників АТО у МОЗ України була створена відповідна міжвідомча робоча група, що складається з представників Міноборони, МВС, Мінсоцполітики, МОЗ України, Держслужби у справах ветеранів війни та учасників АТО, а також волонтерів. Центри функціонуватимуть на базі *госпіталів ветеранів війни*, які діють у кожній області України, мають певну матеріальну базу та персонал. Було розроблено відповідний табель дооснащення відділень, на підставі якого будуть визначені фінансові видатки на наступний рік на обладнання та додаткові посади психологів.

При *Міністерстві оборони* функціонує міжвідомчий координаційний штаб, до якого входять представники центральних органів виконавчої влади, силових структур, волонтери. Серед його повноважень – координація процесу реабілітації всіх військових, які повертаються із зони АТО.

Згідно з Наказом *Міністерства соціальної політики* від 23.06.2015 № 650 «Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань організації психологічної

реабілітації постраждалих учасників АТО» була створена робоча група Координаційної Ради з питань реабілітації цього контингенту осіб.

Активно займається питаннями реабілітації учасників АТО Комітет Верховної Ради України у справах ветеранів, учасників бойових дій, учасників АТО та людей з інвалідністю, тісно співпрацюючи з військовими частинами, медичними працівниками, соціальними службами, міжнародними партнерами.

При Комітеті *Верховної Ради України* з питань охорони здоров'я створено робочу групу, яка займається питаннями законодавчого забезпечення реабілітації (медичної, соціальної тощо) осіб, що постраждали під час проведення АТО. До складу групи входять народні депутати, представники органів виконавчої влади, волонтери. Результатом її діяльності має стати розроблення проекту Закону України «Про реабілітацію».

*Таким чином*, в українському законодавстві на сьогодні сформований масив нормативно-законодавчих документів по медико-соціальній допомозі інвалідам військової служби та учасникам АТО. Органи державної влади, місцевого самоврядування, громадського сектору приділяють значну увагу цій проблемі, проте деякі правові, організаційні та методичні питання реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО, а також механізм їх реалізації потребують удосконалення.

## **ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ АТО**

### **1. Медична реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО в госпіталях для ветеранів війн та інших закладах**

Реабілітація учасників АТО на виконання Указу Президента України від 14 листопада 2014 року № 880/2014 «Про Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року», доручення Секретаріату Кабінету Міністрів України від 24.11.2014 р. № 42513/1/1-14 щодо виконання п. 9 Протокольного рішення Адміністрації Президента України стосовно соціальної реабілітації учасників АТО на Сході України та протезування осіб, постраждалих під час АТО, проводиться в *госпіталях ветеранів воєн (ВВ)*. В усіх регіонах України таку назву отримали після перейменування колишні госпіталі ветеранів та інвалідів Великої Вітчизняної війни. Діяльність госпіталів визначена Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Частина 1 ст. 6 зазначеного Закону доповнено новим п. 19, згідно з яким статус УБД надається особам, які брали участь в АТО, а, отже, вони відносяться до категорії осіб, які мають право отримувати медичну допомогу в госпіталях ветеранів війни.

В Україні сьогодні функціонує 29 госпіталів ветеранів воєн (загальна кількість ліжок – 6542) та 20 госпітальних відділень (загальна кількість ліжок – 1070). Госпіталі є практично в усіх областях України, крім Київської та Івано-Франківської. Таким чином, лікувальна база в госпіталях загалом налічує 7,6 тис. ліжок в усіх регіонах України. Госпіталі повністю укомплектовані кваліфікованими кадрами, що мають достатній досвід роботи по реабілітації учасників БД, і визначені головними координаторами роботи по організації надання медичної допомоги, проведення відновного лікування та реабілітаційних заходів учасників АТО, в т.ч. демобілізованих.

Координаційним центром з організаційно-методичного забезпечення усіх госпіталів ветеранів війни визначено Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни (Київська обл., с. Циблі). Цей заклад, а також Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів «Лісова поляна» (Київська обл., смт. Пуща-Водиця) проводять реабілітацію учасників АТО за направленнями відомчих госпіталів та обласних госпіталів ВВ.

В госпіталях ВВ проводиться фізична, медична, психолого-психіатрична, елементи соціально-побутової реабілітації, підготовка до протезування.

#### **I. Медична реабілітація містить послуги з:**

**1. Відновної терапії:** 1) фізіотерапії; 2) механотерапії; 3) рефлексотерапії; 4) бальнеотерапії; 5) медикаментозного лікування; 6) нетрадиційних методів лікування; 7) інше.

**2. Відновної хірургії:** 1) реконструктивної хірургії; 2) пластичної хірургії; 3) інше.

**3. Стоматологічного протезування.**

**4. Підготовки до протезування, ортезування.**

**II. Фізична реабілітація містить послуги з:** 1) ерготерапії (терапії працею); 2) кінезотерапії (терапії рухом); 3) ЛФК; 4) масажу.

**III. Психолого-психіатрична реабілітація** містить послуги з: 1) консультування; 2) психологічної діагностики; 3) психологічної корекції; 4) психотерапії; 5) психіатричної допомоги (у т.ч. медикаментозної).

**IV. Соціально-побутова реабілітація:** проводиться в межах можливостей лікувального закладу з елементами: розвитку навичок самообслуговування, пересування, орієнтування, спілкування, користування інформацією. У разі необхідності проводиться із залученням фахівців із соціальної реабілітації Міністерства соціальної політики України.

**Проведення зазначених заходів спрямоване на:** 1) розвиток медико-соціальної реабілітації постраждалих від БД в сучасних умовах; 2) виконання індивідуальних програм реабілітації для учасників АТО; 3) покращення контролю за здійсненням реабілітації учасниками АТО; 4) раціональне використання кадрових і матеріальних ресурсів госпіталів ветеранів війни, їх спеціалізації та розширення відповідно до потреб часу; 5) залучення до реабілітаційного процесу спеціалістів інших закладів різного підпорядкування у разі необхідності; 6) створення сучасної інформаційно-аналітичної бази по контингенту пацієнтів-учасників АТО, їх потреб в реабілітації та її результатів.

**Порядок направлення (переведення) учасників АТО на реабілітацію в госпіталях ветеранів війни**

В госпіталь для ветеранів війни можуть бути скеровані:

1. Учасники АТО – пацієнти відомчих госпіталів за рішенням *військово-лікарської комісії (ВЛК)* відповідно до стану здоров'я з обов'язковим оформленням таких документів: 1) направлення за підписом начальника госпіталю; 2) виписний (перевідний) епікриз; 3) довідки військово-лікарської комісії; 4) посвідчення особи військовослужбовця.

2. Учасники АТО, що продовжують службу в армії, МВС, СБУ, тощо, можуть бути спрямовані на лікування та реабілітацію в госпіталь ВВ виключно за направленням відомчого госпіталю при наявності вищезазначених документів.

3. Учасники АТО – військовослужбовці, виписані з відомчого госпіталю і визнані непридатними до військової служби до отримання статусу учасника БД, мають право бути госпіталізованими у госпіталі ВВ за направленням військового комісара за місцем призову на підставі виписного епікризу із військового госпіталю, довідки ВЛК, посвідчення особи військовослужбовця, довідки, що підтверджує участь в АТО.

4. Учасники АТО – військовослужбовці у період відпустки в разі погіршення стану здоров'я звертаються в територіальний відомчий госпіталь (підстава – довідка про стан здоров'я з медичного закладу загальної мережі та направлення військового комісара за місцем призову), в якому вирішується подальший маршрут лікування і реабілітації.

5. Учасники АТО, що отримали посвідчення УБД в порядку, визначеному постановою КМУ від 20 серпня 2014 р. № 413 (а також члени їх родин), мають право самостійно звернутися в госпіталі ВВ з метою проходження лікування і реабілітації. При цьому направлення відомчого госпіталю або направлення військового комісара не оформляється.

Термін реабілітації у госпіталі ВВ визначається ВЛК відомчого госпіталю чи лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) госпіталю ВВ. Після його закінчення

пацієнт – учасник АТО – військовослужбовець знову направляється у відомчий госпіталь, де ВЛК приймає рішення щодо подальшого лікування і реабілітації.

В багатьох областях України між гарнізонними військовими госпіталями, управліннями охорони здоров'я ОДА та обласними госпіталями ВВ укладені *меморандуми*, які мають допомогти направленню пацієнтів з військових госпіталів на реабілітацію до госпіталів ВВ.

Відповідно до постанови КМУ № 680 від 2007 р., держава виділяє госпіталям ветеранів війни на добу 40 грн. на ліки та 35 грн. на харчування у розрахунку на 1 хворого на день. Ці нормативи планується в недалекому майбутньому збільшити. Розроблений проект Постанови КМУ «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в лікувально-профілактичних установах ветеранів війни», згідно з якою середній показник грошових витрат на обслуговування ветеранів війни, в т.ч. і учасників АТО, складатиме: на харчування – 55 грн. на добу на 1 пацієнта, на медикаменти – 65 грн. відповідно.

Зараз гостро стає питання реабілітації тих, хто пройшов лікування у військових госпіталях. За характером поранень, які на сьогодні є, перше місце посідають хворі з ураженнями кінцівок, на другому – спинальні хворі, на третьому – хворі з ураженням органів зору. Унікальність наявної системи госпіталів полягає в тому, що із 29 госпіталів 18 мають хірургічні відділення. Це потужна база, яка без додаткових вкладень зможе надавати відповідну допомогу. Крім того, оперативні офтальмологічні втручання проводяться в Одеському очному (110 ліжок), Вінницькому обласному (10 ліжок) та Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. В усіх госпіталях України широко застосовуються фізіотерапевтичні методи лікування та лікувальна фізкультура. Крім того, вводяться додаткові посади психологів.

З метою врегулювання категорії осіб, яким надається медична допомога у госпіталі ветеранів війни, та для удосконалення реабілітаційних послуг департаментом медичної допомоги МОЗ розроблено проект *Типового положення про госпіталь ветеранів війни*, який має бути доопрацьований та поданий до Кабінету Міністрів України для затвердження.

*Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни* є одним з найкращих у системі госпіталів, тому саме тут створюється організаційно-методична база для розробки та вдосконалення загальнодержавної системи реабілітації для учасників АТО. На базі закладу передбачено створення реабілітаційного центру для учасників АТО.

В багатьох госпіталях ВВ відкриті *реабілітаційні центри для учасників АТО*, які надають фахову медичну, психологічну та інші види реабілітації для бійців, які попередньо пройшли лікування у військових госпіталях. Як правило, центри складаються з декількох палат на 20-50 ліжок, мають кабінети ЛФК з залами для занять механотерапією, фізіотерапевтичні відділення, зали для проведення індивідуальної та групової реабілітації. Тут працюють інструктори з ЛФК, масажисти; також введені посади психологів. Терміни перебування бійців АТО в центрах – 24 дні. До плану реабілітації входять лабораторні та інструментальні обстеження, консультації вузькопрофільних спеціалістів. Результати обстежень та план лікування пацієнта лікуючим лікарем відображаються у карті стаціонарного хворого.



Відповідними наказами визначений порядок спрямування на лікування у стаціонарні відділення госпіталю учасників АТО для проведення їх лікування та реабілітації, деталізовано обов'язки кожного структурного відділення госпіталю в роботі з учасниками АТО. В закладах розроблені Пам'ятки для учасників АТО та членів їх сімей, які видаються кожному учаснику АТО при зверненні в госпіталь.

Особливу увагу МОЗ України планує приділити створенню у госпіталях медико-психологічних відділень, адже попри наявність у штатному розкладі посад психологів, ця служба має бути суттєво підсилена. Так, на базі Кіровоградського обласного госпіталю ВВ успішно функціонує Центр медико-психологічної реабілітації «КОМ-ПАС». В деяких госпіталях планується створити спеціальні психосоматичні відділення (в Чернівецькому госпіталі ВВ для цього передбачається використання можливостей місцевого санаторію «Брусниця»).

Крім реабілітаційної допомоги, Центри виконують функцію центрів по збору інформації про лікування бійців АТО в інших медичних закладах регіону, зокрема, щодо діагнозу та місця їх подальшого перебування. За допомогою військкоматів в госпіталях створюються електронні Реєстри військовослужбовців, які брали участь в АТО. Вони матимуть змогу після повернення додому пройти розширений медогляд, результати якого внесуть до закритої бази даних, а потім за необхідності – реабілітацію.

Для забезпечення реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців, демобілізованих з військової служби (у т.ч. інвалідів військової служби), та членів їх сімей, в усіх регіонах України створюється система надання медичної, психологічної, соціальної допомоги демобілізованим учасникам АТО, приймаються спеціальні нормативні акти, розробляються так звані *«Дорожні карти надання медичної допомоги, відновного лікування та реабілітаційних заходів для учасників АТО»* для тих, хто повертається із зони військових дій. На базі госпіталів ветеранів війни створено *«Єдине вікно»* для звернень учасників АТО, функціонують *Обласні координаційні центри* з медичної допомоги учасникам АТО, налагоджується система їх обстеження, лікування та реабілітації. Подібні програми реабілітації уже успішно функціонують у ряді областей України (Рис. 2).

Відповідно до Дорожньої карти, медична допомога учасникам АТО (в т.ч. демобілізованих) надається не лише в госпіталях ВВ, а й в закладах охорони здоров'я загальної мережі та спеціалізованих медичних закладах областей. Також запроваджується обов'язкове медичне обстеження та диспансерне спостереження за цією категорією громадян.

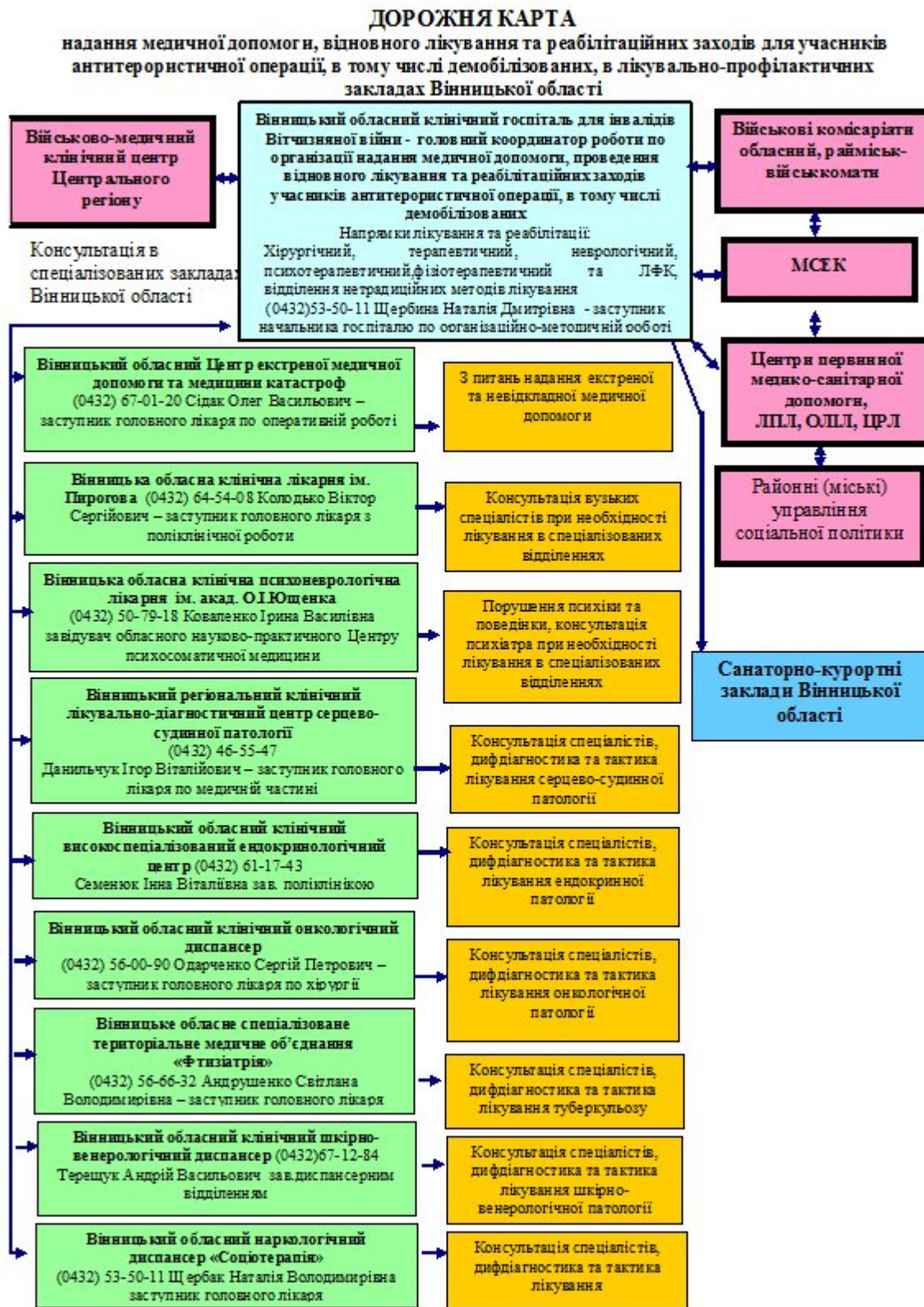


Рис. 2. Схема надання медичної допомоги, відновного лікування та реабілітаційних заходів для учасників АТО, в т.ч. демобілізованих, в лікувально-профілактичних закладах Вінницької області (із сайту Департаменту охорони здоров'я та курортів Вінницької ОДА [http://www.vin.gov.ua/web/upravlinnya/web\\_upr\\_zdor.nsf/web\\_alldocs/DocVDJYA](http://www.vin.gov.ua/web/upravlinnya/web_upr_zdor.nsf/web_alldocs/DocVDJYA))

Щоб пройти обстеження, отримати необхідну медичну допомогу, відновне лікування та реабілітаційні заходи, учаснику АТО необхідно звернутися в лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання до свого сімейного лікаря, який повинен забезпечити пацієнта необхідними медичними документами для подальших консультацій, додаткових обстежень, першочергової безвідмовної госпіталізації до

ЛПЗ вторинного або третинного рівня надання медичної допомоги. Наприклад, в Житомирській області до проведення медичної реабілітації на вторинному рівні медичної допомоги залучено 26 ЛПЗ області, на третинному – 5 обласних лікувальних закладів (клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського, психіатрична лікарня № 1 та наркологічний диспансер, лікувальний центр вертебрології і реабілітації, лікувально-санаторний центр радіаційного захисту для дитячого та дорослого населення «Дениші»). У цих закладах визначений чіткий розподіл бійців відповідно категорії та профілю (хірургічний, терапевтичний, психологічний) за відповідними медичними закладами; розроблений перелік документів, які необхідно подати учаснику АТО; налагоджено інформаційну складову процесу – розповсюдження інформ-листків з переліками адрес та контактних даних, трансляція в обласних ЗМІ, телефони «гарячої лінії» для бійців АТО тощо. Укладаються угоди і з приватними підприємствами щодо відшкодування вартості для учасників АТО дороговартісних діагностичних послуг, стоматологічними клініками щодо безкоштовного зубопротезування тощо.

Отже, згідно з Дорожньою картою, учасників АТО (в т.ч. демобілізованих) при потребі у реабілітації та відновному лікуванні направляють до обласних госпіталів ветеранів війни, а також до обласних закладів третинного рівня надання медичної допомоги.

Крім обласних госпіталів ветеранів війни, клінічну базу реабілітації учасників АТО становлять 11 лікарень відновного лікування (усього 1 тис. 888 ліжок), 7 фізіотерапевтичних лікарень, понад 12 тис. ліжок ЗАТ «Укрпрофоздоровниці» та відомчих санаторно-курортних закладів, 200 ліжок клінічної лікарні «Феофанія» (Державного управління справами) – для лікування та реабілітації важкопоранених учасників АТО.

У структурі реабілітаційного фонду Міністерства оборони України є 1400 ліжок. До санаторіїв Міністерства оборони України належать: Центральний військовий клінічний санаторій «Хмільник»; Центр медичної реабілітації та санаторного лікування МО України «Пуща-Водиця»; Трускавецький Центральний військовий клінічний санаторій; санаторне відділення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону (м. Вінниця); санаторне відділення Військово-медичного клінічного центру професійної патології військовослужбовців ЗСУ (м. Ірпінь). Значна частина санаторіїв Міноборони України стала недоступною в зв'язку із анексією РФ у 2014 р. АР Крим.

В структурі військово-медичних клінічних центрів та госпіталів Міноборони України також є або формуються ресурси для медичної реабілітації військовослужбовців (в т.ч. учасників АТО).

Реабілітаційна база Міністерства внутрішніх справ України складається з МРЦ «Південний Буг» (м. Хмільник, Вінницька обл.), МРЦ «Перлина Прикарпаття» (с. Синяк, Мукачевський р-н, Закарпатська обл.), МРЦ «Перлина Прикарпаття» (м. Трускавець, Львівська обл.), лікарні відновного лікування (м. Київ). У підпорядкуванні СБУ є реабілітаційний центр «Ворзель» (сmt. Ворзель, Ірпінський р-н, Київська обл.).

Проходять реабілітацію учасники АТО і в санаторно-курортних закладах іншого відомчого підпорядкування.

Мережа рекомендованих закладів для реабілітації учасників АТО в Київській області складається з Київської обласної лікарні відновного лікування (м. Миронівка), санаторію «Україна», «Перемога» та «Ворзель» (сmt. Ворзель), санаторію «Дубки» (м. Ірпінь), санаторію «Жовтень» (Конча-Заспа).

За сприяння Івано-Франківської обласної ради на базі санаторію «Черче» (Рогатинський р-н Івано-Франківської обл.), планується відкрити лікувально-реабілітаційний центр для поранених бійців АТО. Лікувально-реабілітаційна база закладу включатиме відділення для допомоги хворим з патологією ОРА, грязелікарню, кабінети ЛФК, фізіотерапії, підводного витягування тощо.

Розробкою наукових програм, протоколів реабілітації, методичним забезпеченням реабілітаційних закладів займаються 9 науково-дослідних установ, 11 профільних кафедр у вищих навчальних закладах та 3 кафедри в закладах післядипломної освіти.

Потрібно об'єднати зусилля санаторно-курортних закладів, незалежно від їх відомчого підпорядкування і форми власності, науково-дослідних установ та кафедр у розробці та впровадженні заходів з реабілітації на санаторно-курортному етапі. На думку експертів, таке лікування повинні забезпечити держава, фонди соціального страхування (у повному обсязі). Необхідно проводити закупівлю реабілітаційних путівок до санаторіїв за максимально спрощеною процедурою, адже це – вимога воєнного часу.

В рамках комплексної реабілітації військовослужбовців АТО, які отримали інвалідність, здійснюється медичний супровід цього контингенту в центрах професійної реабілітації. Так, у Вінницькому міжрегіональному центрі професійної реабілітації інвалідів «Поділля» учасники АТО можуть безкоштовно отримати повний спектр медичних послуг: регулярні медичні огляди кваліфікованих лікарів, заняття у тренажерній залі, масажні кабінети, сеанси мануальної терапії, фізіотерапевтичного лікування та ЛФК тощо.

Таким чином, державні органи приділяють значну увагу проблемі реабілітації учасників АТО, але, на жаль, фінансові можливості державного бюджету недостатні.

Міжнародна спільнота й громадські організації також допомагають українській владі в лікуванні військових, які отримали поранення або стали інвалідами в ході АТО на Сході України. Досвідом з питань лікування та реабілітації військових діляться з українськими колегами кваліфіковані фахівці (психологи, реабілітологи) із США та інших країн-членів НАТО. В рамках гуманітарної ініціативи Світового конгресу українців «Захист патріотів» українська діаспора збрала на потреби лікування та реабілітації поранених військовослужбовців понад 1,3 млн. дол. США.

У Дніпропетровській області в рамках допомоги військовослужбовцям, що отримали поранення в зоні АТО, Благодійний фонд Бориса Філатова, за сприянням ізраїльських фахівців, розробив для бійців комплексну програму, де за процесом реабілітації стежать від лікарняного ліжка до повного одужання. В основу реабілітації покладена модульна система, індивідуальний підхід до кожного пацієнта, з яким працюють лікарі, психологи, масажисти, інструктори, тренери, волонтери. Реабілітаційна програма складається з 3 етапів: 1) післяопераційна реабілітація (до бійців приходять фахівці, які допомагають розробляти кінцівки); 2) ЛФК та масаж; 3) басейн та різні фізичні вправи (на базі лікувально-оздоровчого комплексу Дніпропетровської медичної академії 3 рази на тиждень). Всього в програмі одночасно беруть участь понад 100 військовослужбовців та близько 20 фахівців.

Цей проект реабілітації військових АТО, як і багато інших аналогічних, проходить за активної підтримки волонтерів. Вони допомагають державі втілювати в життя реабілітаційні програми, працюють безпосередньо з бійцями, а також збирають кошти на придбання протезів для тих, кого війна зробила інвалідами. Волонтери з Німеччини, Франції, Австрії, Словаччини, Литви, США та багатьох інших країн спільними зусиллями збирають кошти для українських вояків не тільки в Україні, а й за кордоном. Представники благодійних фондів готують усі необхідні для цього

документи. Крім того, вони оперативно допомагають військовим лікарями та медичним обладнанням, причому бійці мають змогу проходити спеціальне лікування. У законодавстві не прописано, як саме має вестись благодійна діяльність, що значно ускладнює процес. Крім того, досі немає системи електронного документообігу, і документи часто губляться.

Завдяки зусиллям волонтерів – групі київських фізіотерапевтів і психологів – у м. Києві відкрився Центр післятравматичної реабілітації воїнів АТО, де застосовуються методи фізичної й психологічної реабілітації бійців, поранених під час БД. Фахівці центру намагаються комплексно реабілітувати поранених, відновлювати психіку, привчають звикнути до нової кінцівки чи до її відсутності. Приміщення для центру надав Київський міський автомотоклуб.

Товариство ветеранів АТО та його відокремлений підрозділ «Інваліди Антитерористичної Операції» (м. Київ), куди входять волонтери з медичною освітою, психологи та реабілітологи, супроводжує учасників АТО на всіх етапах реабілітації, співпрацює із медичними установами, реабілітаційними центрами, приватними закладами та психологами, які надають допомогу бійцям АТО. Тут здійснюється психологічна реабілітація учасників АТО та медичний супровід лікування фізичних хвороб (відновлення після оперативних втручань, травм, закріплення ефекту після лікування хронічних захворювань і профілактика їх загострень). Форма обслуговування – денний стаціонар, проживання – в хостелі. Наразі вирішуються організаційні питання щодо створення власного реабілітаційного центру.

Допомагають і деякі приватні медичні заклади, які безкоштовно обслуговують бійців АТО. Так, у м. Львові Центр фізичної реабілітації «Innovo» проводить реабілітацію після хірургічних втручань і травм, допомагає вирішувати проблеми ОРА. У випадках пошкоджень нервової тканини, коли необхідно відновлення анатомічної цілісності пошкодженої структури, центр шукає кошти і скеровує на лікування, де виконується хірургічне втручання.

Розв'язати всі проблеми лікування та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО на Сході України, що постраждали внаслідок воєнних дій, є можливим лише при повній мобілізації зусиль державних органів, медиків, волонтерів, за підтримки зарубіжних партнерів.

## 2. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при деяких захворюваннях

За матеріалами 18 обласних центрів медико-соціальної експертизи за 2014 рік нами визначена структура наслідків військових травм, захворювань, які отримали учасники бойових дій, проведена оцінка соціальних наслідків у вигляді інвалідності (Табл. 1).

Таблиця 1

Структура наслідків військових травм, захворювань, які отримали учасники бойових дій під час проведення антитерористичної операції

№ п/п	Патологія	Кількість, %	Група інвалідності				Інвалідом не визнаний, визначені відсотки	Всього, %
			I		II	III		
			IA	IB				
I	Наслідки військової травми нервової системи:	38,1	3,3	3,3	11,6	33,7	48,1	100,0
	1. ЧМТ	24,8	1,3	3,4	11,4	27,5	56,4	100,0
	2. Травма спинного мозку	1,8	36,4	9,1	18,2	27,2	9,1	100,0
	3. Травматичне ураження периферійних нервів	3,5	-	-	9,5	81,0	9,5	100,0
II	Наслідки військової травми опорно-рухового апарату:	41,1	0,4	2,0	15,8	27,9	53,9	100,0
	1. Травматичне ураження верхніх кінцівок	8,1	-	-	12,2	73,5	14,3	100,0
	2. Травматичне ураження нижніх кінцівок	13,2	-	2,5	17,7	22,8	57,0	100,0
	3. Травматичне ураження кінцівок без уточнення локалізації	13,0	1,2	2,5	6,5	6,5	83,3	100,0
	4. Ампутація кінцівок	3,3	-	5,0	70,0	20,0	5,0	100,0
	5. Переломи кісток з неврологічними ушкодженнями	0,7	-	-	-	75,0	25,0	100,0
	6. Травми хребта	2,8	-	-	-	17,6	82,4	100,0
III	Наслідки вогнепальних поранень (без локалізації)	2,5	-	13,3	-	20,0	66,7	100,0
IV	Післятравматичний стресовий розлад	2,8	-	-	-	17,6	82,3	100,0
V	Політравма	4,3	7,7	3,8	19,2	30,8	38,5	100,0
VI	Травматичне ураження грудної клітини	3,8	-	-	-	30,4	69,6	100,0
VII	Травматичне ураження черевної порожнини	3,5	-	-	38,1	38,1	23,8	100,0
VIII	Термічні опіки	2,8	-	-	9,9	9,9	88,2	100,0
IX	Травми ока	2,7	6,2	6,2	18,7	37,6	31,3	100,0
X	Травми вуха	0,7	-	-	-	-	100,0	100,0
XI	Захворювання:	5,5	3,0	-	3,0	81,9	12,1	100,0
	1. Остеохондроз	1,8	-	-	-	100,0	-	100,0
	2. Хвороби нервової системи	0,7	-	-	-	75,0	25,0	100,0
	3. Хвороби органів травлення	1,0	-	-	-	83,3	16,7	100,0
	4. Хвороби органів дихання	0,3	-	-	-	100,0	-	100,0
	5. Гіпертонічна хвороба	1,2	-	-	14,3	57,2	28,5	100,0
	6. Онкологічні захворювання	0,5	33,3	-	-	66,7	-	100,0
<b>У С Ъ О Г О :</b>		<b>100,0</b>	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>	<b>13,0</b>	<b>32,2</b>	<b>50,5</b>	<b>100,0</b>



Отримані дані свідчать про те, що в структурі військових уражень у учасників АТО наслідки військової травми складають 94,5%, захворювання – 5,5%. З числа наслідків військової травми найбільша питома вага спостерігається при травматичних ураженнях опорно-рухового апарату (ОРА) – 41,2% та при травматичних ураженнях нервової системи (НС) – 30,2%; післятравматичний стресовий розлад (ПТСР) складає 2,8%, політравма 4,3%, травми ока – 2,7% тощо. При накопиченні матеріалу структура військових ушкоджень може змінюватись, але основними виявляються травми ОРА, нервової системи, що потрібно враховувати при плануванні заходів реабілітації.

При вирішенні експертних питань 49,5% осіб визнані інвалідами, в т.ч. ІА групи – 1,8%, ІБ – 2,5%, ІІ – 13,0%, ІІІ – 32,2%, більше ніж ½ на даний час інвалідність не встановлена, визначені відсотки.

Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації при окремих травматичних ураженнях представлено далі.

### **2.1. Особливості МСЕ та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях нервової системи**

Основними ураженнями нервової системи (НС) внаслідок поранень, травм, отриманих при БД, є черепно-мозкова травма (ЧМТ) – 69,5% (переважно – закрита), травматичне ураження периферійних нервів – 20%, травматичне ураження спинного мозку – 10,5%. Провідними клінічними формами травматичного пошкодження головного мозку (ГМ) є його забій, струс та стиснення. За даними ООН, в Україні внаслідок проведення АТО вже налічується більше 12 тис. поранених, 33% з яких мають ураження голови.

Характерною особливістю гострого періоду мінно-вибухових травм (МВТ) є наявність у більшості хворих стану помірного «оглушення» зі струсом мозку (сонливість, незначні помилки при орієнтуванні в часі, уповільнене виконання завдань) і феномена бойової екзальтації і відстрочених клінічних проявів. При забитті ГМ середньої тяжкості після відновлення свідомості хворі, зазвичай, не пред'являють скарг, гіперактивні, відмовляються від евакуації, продовжують вести БД, і лише через кілька годин після травми (5-6 годин) розвивається загальнономозкова і вогнищева неврологічна симптоматика.

Морфологічною основою патології ЦНС при МВТ є судинні порушення у формі множинних мікрогеморагій з подальшою атрофією мозкової речовини, рідше – дрібноконтузійних вогнищ в корі великих півкуль, гіпоксичних змін, представлених перівентрикулярним розм'якшенням, перівенозними інфільтратами, сірим розм'якшенням мозолистого тіла, вентрікулітом, набряком мозкових оболонок.

Основними клінічними проявами ураження НС при МВТ в гострому періоді травматичної хвороби є: порушення функції черепно-мозкових нервів, пірамідні, координаторні розлади, вегетативна дисфункція, порушення шкірної чутливості, мови, астеничний синдром. У третини всіх хворих з проникаючими пораненнями черепа мають місце різні ускладнення гнійно-запального характеру: менінгіт, енцефаліт, абсцес ГМ, остеомієліт кісток черепа, пролабування речовини ГМ в рану, нагноєння шкірних покривів.

У перший рік після перенесеної ЧМТ виявляється залежність між ступенем її важкості і часом настання інвалідності. Інвалідами стають, як правило, хворі, які

перенесли важку ЧМТ. Експертна тактика щодо них в основному спрямована на визначення інвалідності з урахуванням характеру та вираженості осередкового ураження ГМ (розлади мовлення, рухових функцій кінцівок, епілептиформний синдром) і змін психіки.

У віддаленому післятравматичному періоді можливі 3 типи перебігу захворювання: 1) *регредієнтний* – із стабілізацією травматичного процесу та клінічної симптоматики; 2) *ремітуючий* – з періодами декомпенсації і ремісіями; 3) *прогресивний* – з наростанням клінічної симптоматики. В цей період відсутня пряма залежність між характером, ступенем тяжкості перенесеної мінно-вибухової ЧМТ і часом суб- або декомпенсації травматичного процесу. Нерідко легка ЧМТ може супроводжуватися вираженим порушенням функцій у віддаленому посттравматичному періоді і призводити до інвалідності. Декомпенсація травматичного процесу може виникати через багато років після травми, особливо під впливом несприятливих умов праці (значне фізичне навантаження, нервово-психічне напруження, робота на висоті, біля рухомих механізмів, у запропонованому темпі, в контакт з токсичними речовинами, в умовах шуму, вібрації, високої температури повітря тощо).

Прогресуючий перебіг травматичного процесу у багатьох хворих обумовлений розвитком венозної церебральної недостатності з гіпертензійно-лікворним (псевдотуморозним) синдромом, беталепсією (напади втрати свідомості під час кашлю), з наростаючою астенізацією, психоорганічним синдромом та іншими неврологічними проявами.

Несприятливий перебіг захворювання може бути викликаний раннім атеросклерозом судин ГМ у віці 25-35 років на тлі клінічних проявів перенесеної мінно-вибухової ЧМТ. Церебральний атеросклероз ускладнює перебіг ЧМТ, призводить до розвитку хронічної недостатності кровообігу ГМ в системі внутрішньої сонної або вертебро-базилярної артерій, іноді з важкими ускладненнями (мозковий інсульт, мінущі порушення мозкового кровообігу).

Клінічні синдроми посттравматичного періоду, що впливають на обмеження життєдіяльності: вегетативно-судинний, вестибулярний, гіпертензійно-лікворний, пірамідний, в т.ч. розлади рухових функцій кінцівки, корковий вогнищевий, синдром хронічної венозної церебральної недостатності, епілептиформний, психопатологічний.

Пошкодження периферичних нервів за етіологічним фактором підрозділяються на вогнепальні (кульові, осколкові, вторинні – снарядами, що ранять), невогнепальні (різані, колоті, компресійні, тракційні, компресійно-ішемічні, компресійно-тракційні). За ступенем і характером пошкодження нервового стовбура (сплетіння) можуть бути з порушенням цілісності (повна або часткова перерва) і без порушення анатомічної цілісності. Клінічна картина травматичного пошкодження нервів і сплетень характеризується наявністю поєднаної патології, що включає рухові, чутливі і вегетативно-трофічні розлади. Порушення рухової функції проявляються периферичним паралічем або парезом кінцівки, або окремих її сегментів з типовими клінічними проявами (атрофія м'язів, обмеження активних рухів у суглобах кінцівки, зниження м'язової сили, порушення основної функції верхньої або нижньої кінцівки).

Травматичні пошкодження спинного мозку клінічно проявляються руховими розладами різного ступеня вираженості і поширеності (тетрапарез, трипарез,



парапарез, монопарез, параліч кінцівок), порушеннями чутливості і тазових функцій (нетримання сечі, калу та ін.).

Травми хребта, спинного і головного мозку, та викликані ними захворювання ЦНС та кістково-м'язової системи призводять до порушення сприйняття положення тіла в просторі і синтезу довільної рухової відповіді, що призводить до порушення або втрати рухової функції і, відповідно, соціально-побутової дезадаптації пацієнта.

На сучасному етапі медико-соціальна експертиза хворих з травматичними ушкодженнями НС здійснюється, виходячи з комплексної оцінки стану здоров'я і ступеня обмеження життєдіяльності.

Підставою для встановлення інвалідності є поєднання наступних 3 факторів: 1) порушення здоров'я зі стійким розладом функцій НС, обумовлені наслідками травм військової служби; 2) обмеження життєдіяльності (повна або часткова втрата хворим здатності чи можливості здійснювати самообслуговування, пересування, орієнтацію, спілкування, навчання, трудову діяльність, контролювати свою поведінку); 3) необхідність здійснення заходів соціального захисту.

Необхідно враховувати наступні *види порушення функцій*, що обмежують життєдіяльність хворих з наслідками травм НС, отриманих при БД:

- порушення психічних функцій: сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, емоцій, свідомості (епілептиформні пароксизми, мнестико-інтелектуальне зниження, астеничний синдром, емоційно-вольова нестійкість та ін.);

- порушення статодинамічної функції (парези, паралічі кінцівок, вестибулярно-мозочкові, аміостатичні, гіперкінетичні порушення та ін.);

- порушення сенсорних функцій: зору, слуху, нюху та ін. (зниження зору, слуху, геміанопсія, концентричне звуження поля зору, нейросенсорна туговухість, больовий синдром та ін.);

- порушення функцій кровообігу, виділення, обміну речовин тощо. (вегетативно-судинні, обмінно-ендокринні, гіпертензійно-лікворні, нейроциркуляторні порушення та ін.).

*Обмеження самообслуговування* відзначається у хворих з різним ступенем вираженості статодинамічних порушень, обумовлених руховими розладами (тетрапарез, парапарез, геміплегія, геміпарез, акінетико-ригідний синдром та ін.). Характеризується зниженням або відсутністю здатності здійснювати основні фізіологічні потреби (прийом їжі, особиста гігієна, одягання, фізіологічні відправлення), виконувати повсякденні побутові завдання (приготування їжі, прибирання приміщення, купівля продуктів та ін.), користуватися звичайними житлово-побутовими предметами.

*Обмеження пересування* проявляється зниженням або відсутністю здатності до самостійного переміщення поза домом, в межах житла, здатності пересуватися по сходах, управляти положенням тіла, зберігати рівновагу при виконанні побутової, професійної, суспільної діяльності, і виникає у хворих з помірними, вираженими або значно вираженими порушеннями статодинамічної функції (вестибулярно-мозочкові, аміостатичні розлади, геміпарез, нижній парапарез та ін.). Обмеження до навчання характеризується зниженням або втратою здатності до сприйняття і відтворення знань, оволодіння навичками і вміннями у хворих з розладами вищих кіркових функцій (читання, письмо, рахунок тощо), гностичними, сенсорними порушеннями (нейросенсорна туговухість) та ін.

*Обмеження трудової діяльності* спостерігається у хворих з наслідками травм нервової системи, що супроводжуються різними порушеннями зорових, статодинамічних, психічних та інших функцій, що призводять до зниження або втрати здатності здійснювати трудову діяльність.

*Обмеження здатності до орієнтації* має місце у хворих з порушеннями зорових, психічних функцій, що призводять до зниження або відсутності здатності самостійно орієнтуватися у навколишньому середовищі.

*Обмеження спілкування* виявляється у хворих з мовними, слуховими, психопатологічними порушеннями, що призводять до зниження здатності до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації.

*Обмеження здатності контролювати свою поведінку* може бути обумовлено вираженими або значно вираженими порушеннями вищих коркових функцій (мислення, пам'ять, інтелект ін.), а також епілептиформними, синкопальними пароксизмами з короткочасним виключенням свідомості.

Сучасна нейрохірургія дозволяє забезпечити виживання хворих, що отримали важкі травми нервової системи, але цього замало. Треба дбати про якість життя вцілілих бійців. Усе вищеперераховане свідчить про те, що однією з найважливіших проблем на сучасному етапі ведення локальних військових дій та антитерористичних операцій є медико-соціальна реабілітація інвалідів внаслідок травматичних ушкоджень нервової системи.

*Нейрореабілітація* – складний, тривалий і багатоступінчастий технологічний процес, який не обмежується лише питаннями медикаментозного забезпечення та фізіотерапії, а включає також і процес розвитку особистості. Її складовими є: 1) *реституція* – відновлення пошкоджених нервових структур; 2) *регенерація* – відновлення структурно-функціональної цілісності пошкоджених тканин; 3) *компенсація* – функціональне заміщення втрачених або недостатніх функцій. Стандарти та клінічні протоколи з цього питання вже розроблені в західних країнах, і наша держава може використати їх досвід.

*Програма медичної реабілітації* спрямована на відновлення або компенсацію порушених або втрачених функцій інваліда, складається з відновлювальної терапії, що включає два аспекти: медикаментозне лікування і терапія фізичними факторами. Лікування має бути комплексним з призначенням медикаментозних засобів патогенетичної терапії. При рухових порушеннях призначається ЛФК, масаж, електростимуляція, кінезотерапія, рефлексотерапія. При атактичних порушеннях в реабілітаційному комплексі використовуються спеціальні прийоми ЛФК для тренування рівноваги, координації рухів з тренуванням окорухового апарату, з перемиканням зору.

Для медичної реабілітації зазначеного контингенту інвалідів у комплексі з іншими засобами відновного лікування використовуються різні технічні засоби, механотерапевтичні апарати, що представляють собою тренажери, сконструйовані з урахуванням біомеханічних характеристик руху в суглобах, дозволяють впливати на рухові функції паретичних кінцівок з дозованим навантаженням і концентрацією зусиль, спрямованих на відновлення активних рухів, сили і функції кінцівок. У міру збільшення рухової активності хворих використовуються й інші механотерапевтичні пристрої: спеціальні пристосування з пружинною тягою для полегшених рухів паретичної руки з предметом, що коливається, столик для розробки рухів в

променево-зап'ястковому суглобі, пружинний мікроеспандер для тренувань пальців, набір куль, циліндрів, предметів різної форми для розробки функції кисті, блочні пристосування для виділення рухів в окремих суглобах, поліфункціональні тренажери для плечових, ліктьових суглобів, біомеханічні апарати для розробки рухів у всіх суглобах; тренажери-гойдалки, валики, маятникові апарати для механотерапії та ін. По мірі відновлення елементарних рухових функцій тренуються більш складні рухові акти шляхом оволодіння трудовими діями, які вимагають виконання тонких кистьових, пальцевих операцій за допомогою спеціальних апаратів.

При ураженні верхніх кінцівок досягти незалежного життя можна з використанням Альтернативної системи управління комп'ютером без допомоги рук (ACCS). Впровадження ACCS в системи управління комп'ютерів, побутової електроніки і засобів самостійного пересування дає людині єдиний свого роду контур управління за допомогою щелепно-лицьових м'язів і мови. ACCS являє собою мініатюрний пристрій, що повністю розташовується в ротовій порожнині людини. Пристрій містить модуль управління курсором за допомогою рухів язика і додатковий модуль на 19 довільних команд. Не вдаючись до сторонньої допомоги, повністю нерухома людина може повноцінно управляти комп'ютером, побутовою електронікою, своїм засобом пересування, самостійно робити дзвінки по телефону і відповідати на них, за допомогою системи двостороннього домашнього відеоспостереження віртуально перебувати в будь-якій частині будинку і активно брати участь в житті сім'ї, повною мірою використовувати можливості Internet.

У програмі реабілітації інвалідів з наслідками травматичних ушкоджень нервової системи передбачаються різні види *психологічної корекції* (відновлення мовлення, апрактичних розладів та інших порушень вищих кіркових функцій), психотерапії (індивідуальна, колективна бесіди з хворими, аутогенні тренування, прийоми самонавіювання на тлі психологічної релаксації), рішення міжособистісних проблем, формування адекватного ставлення до свого захворювання, до статусу інваліда, активізація установки хворого на працю.

*Таким чином*, особливістю посттравматичного періоду у хворих, які перенесли ЧМТ під час БД, є поліморфізм клінічних проявів, різних як за характером, так і за ступенем вираженості порушень функцій головного мозку, обумовлений наявністю прямих наслідків ЧМТ, їх ускладнень та захворювань, що заново виникли, патогенетично пов'язаних з травматичним пошкодженням ГМ, що необхідно враховувати при вирішенні питань МСЕ та реабілітації.

Для проведення реконструктивних, відновних нейрохірургічних втручань з подальшою реабілітацією, фізичною реабілітацією та рекреацією як напрямів відновлення здоров'я, санаторно-курортного лікування тощо необхідна сучасна клінічна база. Основні проблеми, з якими наразі стикається держава в цьому напрямку – фінансові, кадрові, ресурсні.

## **2.2. Особливості МСЕ та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях опорно-рухового апарату**

На сучасному етапі розвитку суспільства проблеми інвалідності та реабілітації інвалідів, учасників АТО з ураженням опорно-рухового апарату (ОРА) є дуже актуальними і значущими. За даними літератури, найбільш вивчені медичні аспекти цієї проблеми: особливості клініки, діагностики та лікування різних травм і поранень,

отриманих в ході БД. Разом з тим, питання МСЕ та реабілітації інвалідів-учасників БД з ураженнями ОРА висвітлені менше і стосуються переважно статистики інвалідності.

Мінно-вибухові травми (МВТ) ОРА, що належать до «поліфокальної травми», характеризуються розповсюдженістю пошкодження навколишніх тканин (м'язів, зв'язок, кровоносних судин, нервів) на тлі множинних переломів кісток. Нерідко МВТ ОРА поєднуються з травмами черепа (26%), забоями та струсами органів черевної та грудної порожнини (24%).

Найбільш частим видом травми у поранених в ході проведення АТО на Сході України (за даними *Головного військового клінічного госпіталю*) були осколкові ураження (50,5% випадків), майже однаково частоту мали кульові поранення та закриті травми (відповідно 25 і 20% випадків); переважали ізольовані ураження (51,3% випадків); у третини хворих мали місце множинні ураження, у 17,8% – комбіновані. Залежно від важкості ураження розподіл легких травм та травм середньої тяжкості був практично рівним (37-38%) при дещо меншій частоті важких поранень (25,4%).

До прямих стійких наслідків переломів кісток і травм суглобів кінцівок відносяться ампутаційні кукси, деформація і укорочення кінцівки, контрактури і анкілози суглобів, дефекти кісток, хибні суглоби. При цьому ступінь порушення функції кінцівки залежить від величини вкорочення кінцівки, вираженості викривлення її осі (вигідне чи ні у функціональному відношенні), довжини кукси (стосовно принципів протезування). При пошкодженні кісток і суглобів клінічна картина визначається характером перелому, його локалізацією, наявністю ускладнень.

При діафізарних переломах, що супроводжуються значним зміщенням кісткових уламків, магістральні судини і нервові стовбури пошкоджуються відносно рідко. При переломах у нижній третині і надкісточкових переломах стегна найбільш часто зустрічаються поєднані пошкодження сідничного нерва, артерій і вен нижніх кінцівок. При травмах кісток гомілки визначається формування хибних суглобів, одночасне пошкодження нервових стовбурів і венозних судин. Пошкодження гомілковостопного суглоба нерідко призводять до розвитку деформуючого артрозу і контрактур. При ізольованих і сполучених переломах кісток стопи спостерігається порушення функції ходьби і стояння, особливо виражене при значних фізичних навантаженнях.

При бойових травмах ОРА в 45,2% випадків відзначається пошкодження артерій у вигляді синдрому «перев'язаної судини», післятравматичного тромбозу, артеріальної недостатності. Всі наслідки пошкоджень артерій нижніх кінцівок призводять до розвитку хронічної артеріальної недостатності різного ступеня вираженості. Більш ніж у половини обстежених спостерігаються пошкодження вен, розвивається післятромбофлебітична хвороба. Ступінь хронічної венозної недостатності залежить від локалізації, протяжності тромботичного процесу, стану шляхів обхідного венозного кровотоку.

МВТ кісток і судин у 25% випадків поєднуються з ураженнями нервових стовбурів і клінічно проявляються порушеннями рухової функції, чутливості і вазомоторно-трофічними розладами.

У інвалідів з наслідками поєднаних ушкоджень кісток, судин і нервів нижніх кінцівок залежно від вираженості змін можна виділити 3 ступеня *порушень функцій кінцівки*: значно виражені, виражені та помірні.

При проведенні МСЕ колишніх учасників ЛВК та АТО з наслідками травм ОРА враховуються порушення, що обмежують ті чи інші категорії життєдіяльності: здатність до пересування, до самообслуговування, до навчання та трудової діяльності. Ці обмеження життєдіяльності диференціюються на 3 ступеня.

Переважаючо до *обмеження пересування* призводять травми ОРА з помірними, вираженими і значно вираженими порушеннями функцій.

*Перша ступінь обмеження* має місце у хворих з помірно вираженими порушеннями функцій (кукса стегна чи гомілки; відсутність першого та другого пальців стопи з відповідними плюснівими кістками).

*Друга ступінь обмеження* спостерігається у хворих з вираженими руховими порушеннями, пересування при яких можливо тільки з використанням допоміжних засобів або з частковою допомогою інших осіб (хибна кукса нижньої кінцівки або обох стоп на рівні суглоба Шопара у разі неможливості реабілітації і протезування; анкілоз або різко виражена контрактура кульшового суглоба з порушенням функції суглоба III ст.; анкілоз колінного суглоба; ампутаційна кукса ступні на рівні суглоба Лісфранка та вище за неефективності та безперспективності реабілітаційних заходів та ін.).

*Третя ступінь обмеження* характеризується труднощами в самостійному пересуванні і відзначається у хворих зі значно вираженими руховими порушеннями і нездатністю до самостійного пересування і повною залежністю від інших осіб (кукси обох нижніх кінцівок – на рівні гомілки та вище у поєднанні з куксою однієї верхньої кінцівки – група інвалідності ІА; кукси обох нижніх кінцівок на рівні нижньої третини стегон і вище).

Порушення *здатності до самообслуговування* проявляється у хворих та інвалідів військової служби внаслідок ураження ОРА обмеженням здатності справлятися з основними фізіологічними потребами, виконувати повсякденні побутові завдання, користуватися звичними житлово-побутовими предметами.

*Перша ступінь обмеження* спостерігається у хворих з помірно вираженими порушеннями статодинамічних функцій, які призводять до утруднення самообслуговування, більш тривалої витрати часу і використання допоміжних засобів. *Наприклад*: відсутність чотирьох пальців кисті (за винятком першого); відсутність першого та другого пальців з відповідними п'ястковими кістками; хибний суглоб плеча або обох кісток передпліччя; різко виражена контрактура та анкілоз кульшового або колінного суглобу.

*Друга ступінь обмеження* обумовлена вираженими порушеннями статодинамічних функцій, при яких самообслуговування можливо тільки за допомогою допоміжних засобів та (або) частково за допомогою інших осіб. *Наприклад*: кукса стегна за помірного порушення рухових чи статичних функцій іншої нижньої кінцівки.

*Третя ступінь обмеження* проявляється нездатністю до самообслуговування і повною залежністю від інших осіб (наприклад, кукси обох верхніх кінцівок на рівні плеча – ІА гр.; кукси верхніх кінцівок на рівні передпліччя у різних поєднаннях – ІБ) або втратою можливості самостійного самообслуговування за допомогою технічних

засобів та за умови відповідного облаштування житла пристосуваннями для здійснення більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

*Обмеження трудової діяльності* характеризуються зниженням або втратою здатності здійснювати повноцінну трудову діяльність.

*Перша ступінь обмеження* виникає у хворих з помірними порушеннями і утрудненнями виконання трудової діяльності в повному обсязі, що визначає необхідність зменшення обсягу виробничої діяльності або зниження кваліфікації, неможливість виконання роботи за своєю професією (наприклад, відсутність перших пальців обох кистей; двобічна кукса стопи з резекцією голівок плюсневих кісток за Шопаром).

*Друга ступінь обмеження* має місце при виражених рухових порушеннях, коли трудова діяльність можлива в спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (або) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою сторонніх осіб (наприклад, кукса стегна чи гомілки в поєднанні з іншою незворотною патологією у разі неможливості реабілітації, що призводить у сукупності до обмеження життєдіяльності II ступеня).

*Третя ступінь обмеження* спостерігається у хворих зі значно вираженими руховими порушеннями, при яких трудова діяльність неможлива та значно утруднена, вони можуть здійснювати різні види трудової діяльності за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у т.ч. вдома.

*Обмеження здатності до навчання* у даного контингенту хворих поділяються залежно від вираженості на 3 ступеня.

*Перша ступінь обмеження* відзначається у хворих з помірними порушеннями статодинамічних функцій, що дозволяють їм навчатися в навчальних закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу та (або) використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім навчального персоналу).

*Друга ступінь обмеження* спостерігається у хворих з вираженими порушеннями статодинамічних функцій, при яких навчання можливе в спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в загальних закладах або в домашніх умовах із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму.

*Третя ступінь обмеження* має місце у хворих зі значно вираженими порушеннями статодинамічних функцій, при яких вони можуть навчатись за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення необхідних спеціальних умов.

Зазначені методичні прийоми визначення обмежень тієї чи іншої категорії життєдіяльності в учасників локальних військових конфліктів (в т.ч. АТО) з наслідками травм ОРА можуть бути покладені в основу визначення інвалідності.

Для науково обґрунтованого планування та проведення адекватних реабілітаційних заходів для інвалідів з ураженням ОРА необхідно вивчення їх потреб в основних видах медико-соціальної допомоги.

Серед різних заходів *медичної реабілітації* слід зазначити високу потребу в динамічному медичному спостереженні, амбулаторному та стаціонарному

відновному лікуванні, санаторно-курортному лікуванні, фізичній реабілітації, психотерапевтичних заходах. Сучасна ортопедія у своєму розпорядженні має досить великий арсенал хірургічних втручань, до яких щорічно додаються сучасні технології. При виборі оперативного способу необхідно враховувати етіологію і стадію захворювання, вік пацієнта, його соматичний статус, рід діяльності, вираженість больового синдрому, наявність або відсутність хибного положення кінцівки, стан інших ланок ОРА.

*Таким чином*, до особливостей ураження ОРА при сучасних військових конфліктах належать: розповсюдженість пошкодження навколишніх тканин на тлі множинних переломів кісток, пошкоджень судин і нервів, нерідке їх поєднання з травмами черепа і травмами органів грудної та черевної порожнини, що визначає необхідність проведення адекватних заходів щодо їх медико-соціальної реабілітації.

### **2.3. Особливості МСЕ та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО з травмами органу зору**

До числа найбільш важких травм, що призводять до інвалідності осіб, які беруть участь у БД, належать травми органу зору. Контузії, поранення, опіки загрожують пораненому сліпотою або значними порушеннями функцій органу зору внаслідок стійких анатомічних і функціональних розладів. Офтальмологічні втрати при ЛВК становлять 4,5-8,6% в структурі всіх санітарних втрат (з них 93% складають тяжкі та особливо тяжкі травми).

Основними причинами травм ока під час БД є: наслідки вибухів різних боєприпасів, поранення вторинними осколками, удари по оку або в область обличчя, інші. Залежно від провідного травмуючого фактору пошкодження очей умовно розділяються на поранення (осколкові – 68%, кульові – 1,6%), контузії (16%), опіки (16%), інші (9%).

Характерними рисами сучасної бойової травми ока є: 1) високий (від 57 до 90%) відсоток проникаючої травми очного яблука; 2) наскрізний (майже у 1/4 випадків) та двобічний (більш ніж у 1/5 випадків) характер поранень; 3) одночасне пошкодження двох або більше структур ока (60% випадків), майже у 9% випадків – повне руйнування очного яблука; 4) комбіноване ураження очей та інших органів (15-22% випадків), синдром взаємного обтяження; 5) осколковий і множинний характер поранень (близько 94% випадків); 6) багатofакторність впливу пошкоджуючого агента: механічний (рановий і контузійний), термічний і хімічний, великі і важкі термічні опіки обох очей, внутрішньочні чужорідні тіла – переважно немагнітні, що збільшує тяжкість хірургічної травми; 7) висока питома вага інфекційних ускладнень; 8) важкий психічний вплив травми, обумовлений її раптовістю; 9) багатоетапність надання медичної допомоги, значне погіршення прогнозу при повторних хірургічних втручаннях.

Інвалідизуючими наслідками травм органу зору є більшою з множинними рубцями рогівки (42%), відшарування сітківки (16%), анофтальм (14%), субатрофія очного яблука (9%), атрофія зорового нерва (8,5%), ускладнена афакія (7%), вторинна катаракта (2,1%), ретинопатії і хореоретиніти (1,8%).

Важкі травми органу зору з несприятливими наслідками значною мірою призводять до обмеження майже усіх категорій життєдіяльності у тій чи іншій мірі, тобто до інвалідизації, та до необхідності визначення заходів соціального захисту, в яких вони мають потребу. Визначення цих заходів починається при МСЕ, де

встановлюється наявність ступеню соціальної недостатності та визначаються заходи соціального захисту, серед яких основою є реабілітація.

В числі *клініко-функціональних характеристик*, які необхідно враховувати при МСЕ даного контингенту осіб, основними є наступні: 1) клінічна форма захворювань (у відповідності з МКХ-10); 2) характер структурних порушень; 3) ступінь і характер функціональних розладів; 4) перебіг патологічного процесу; 5) важкість захворювання; 6) стадія захворювання; 7) клінічний прогноз; 8) синдромальність та сполученість порушень органа зору з патологією інших систем організму; 9) ступінь адаптивності до зорового дефекту та можливість активізації інших аналізаторних систем, що беруть участь в компенсації зорового дефекту (в основному слухового та шкірного аналізаторів).

Обстеження при медико-соціальній експертизі потребує поглибленої діагностики, тому що в більшості випадків є сполучення патології очей та інших фізіологічних систем організму.

Офтальмологічна МСЕ та підходи до реабілітації інвалідів військової служби – учасників БД побудовані на загальних принципах, які передбачають комплексну оцінку стану здоров'я та ступеню обмеження життєдіяльності на основі аналізу клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова, психологічних даних. Особливу увагу слід звернути на аналіз структурно-функціональних порушень травмованого ока, клінічний прогноз, перебіг процесів, можливості відновного лікування (переважно, реконструктивної хірургії), а на пізніх етапах при завершенні процесів репарації – можливості використання різноманітних коригуючих засобів, допоміжних тифлозасобів тощо. Тобто, на першому етапі МСЕ одним з найважливіших елементів є визначення медичного фактору реабілітаційного прогнозу. Усі міри медичної реабілітації повинні бути здійснені у відповідних медичних закладах, при цьому при МСЕ слід враховувати багатоетапність надання різних лікувальних заходів.

В залежності від клінічного результату на відносно ранніх етапах реабілітації слід визначити потребу в оптичних та інших засобах корекції, а також тифлотехнічних засобах, адаптація до яких потребує часу та спеціального навчання. Таке ж важливе значення для зменшення соціальної недостатності, соціальної інтеграції інвалідів військової служби – учасників БД із зоровими розладами мають заходи наступного етапу реабілітації – *соціальної реабілітації*, що включає первинну (елементарну) реабілітацію, соціально-середовищну та соціально-побутову адаптацію, професійну реабілітацію та працевлаштування. Для реалізації цих заходів необхідно забезпечення незрячих допоміжними тифлотехнічними засобами, найважливішими з яких для зменшення обмежень життєдіяльності є засоби індивідуального користування: для пересування та орієнтування – тростини, системи для орієнтації (локатори світлові, лазерні тощо); для самообслуговування – тифлозасоби культурно-побутового та господарського призначення (кухонні прилади та пристосування для приготування їжі, допоміжні засоби самообслуговування тощо); для інформаційного забезпечення, навчання – прилади та пристосування для читання, письма по Брайлю, системи «книга, що говорить», спеціальні комп'ютерні прилади тощо. Для осіб з остаточним форменим зором та слабозорих необхідними є спеціальні засоби корекції зору, приставки, що збільшують, лупи та ін., а також деякі тифлотехнічні засоби побутового, господарського призначення.



Вже на ранніх етапах необхідно здійснення мір елементарної реабілітації, що активізують здатність незрячого до самообслуговування, орієнтації, пересування тощо. Для цього доцільно використовувати центри реабілітації, а також об'єднання, підприємства і організації *Українського товариства сліпих*.

На всіх етапах реабілітації, по можливості, слід здійснювати міри психологічної корекції, що є важливими для попередження розвитку комплексу неповноцінності у даного контингенту інвалідів.

Розвиток завдяки цим комплексним заходам певного ступеню адаптації до зорового дефекту – найважливіша умова ефективності всіх подальших заходів, що сприяють соціальної інтеграції інвалідів військової служби (в т.ч. учасників АТО).

#### **2.4. Особливості МСЕ інвалідів військової служби та учасників АТО з патологією внутрішніх органів**

До розвитку патологічних змін внутрішніх органів у інвалідів військової служби призводять різні фактори, серед яких провідними є: множинні поранення і травми, викликані застосуванням зброї мінно-вибухової дії, несприятливі клімато-географічні умови, фізичне і нервово-емоційне перенапруження, тривалий стан психологічного стресу, часті простудні та інфекційні захворювання.

Досвід попередніх військових кампаній свідчить про те, що патологія внутрішніх органів зустрічається у кожного третього потерпілого, який переніс бойову травму (БТ). Характер такої патології має істотні відмінності, залежить від перенесеної травми, її тяжкості, наявності коморбідності, що, в свою чергу, може впливати на наслідки травми і прогноз для пацієнта.

Захворювання внутрішніх органів, асоційовані з БТ, були виявлені майже у 30% поранених в Республіці Афганістан. У структурі патології внутрішніх органів у них найбільш часто діагностували патологію сечовидільної системи (32,4%). Патологія органів дихання склала 15%, серцево-судинної системи – 10,1%, травного тракту – 5,1% випадків. Серед цього контингенту була надзвичайно поширена (95,7% поранених) патологія органів кровотворення (насамперед, післягеморагічна анемія), що можна пояснити значною кровотратою внаслідок недосконалих систем гемостазу на полі бою.

Приблизно така ж структура патології внутрішніх органів у пацієнтів з БТ виявлена у поранених під час першої Чеченської кампанії (1994-1996 рр.) у РФ: вісцеральна патологія виявлена у 27,6% поранених, у яких найбільш часто діагностували патологію органів кровотворення (в 20,8% випадків), сечовидільної системи (у 14,8%) та системи дихання (в 9,9%). Як правило, патологія носила змішаний характер: ураження серцево-судинної системи (ССС) і наслідки ЧМТ, ураження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у поєднанні з ЧМТ та торако-абдомінальною травмою.

В клінічній картині *захворювань системи кровообігу* в учасників ЛВК найбільш часто виявлялася міокардіодистрофія, рідше артеріальна гіпертензія (АГ) та ішемічна хвороба серця (ІХС). Більш ніж у половини обстежених зазначені захворювання поєднувалися з ЧМТ.

До особливостей мінно-вибухових травм (МВТ) у колишніх учасників ЛВК належить досить велика частота виявлення забиття *легень* (20,7%), при яких виникали великі вогнищеві крововиливи, ателектази, емфіземи. При баротравмі легень спостерігалися розриви легеневої тканини з вогнищами крововиливів з подальшим

розвитком пневмонії. Найбільш частим (21%) ускладненням кульових та осколкових поранень легень була емпієма плеври. Наявність легеневої патології ускладнювалась різними видами гіпоксії. Наслідками поранень грудної клітки, що виявлялись в перші 5 років, були хронічні бронхіти, вогнищевий пневмосклероз, що відповідав раневому каналу, плевродіафрагмальні та плевроперикардіальні спайки, адгезивний плеврит, облітерація синусів, ущільнення плеври, емфізема легень, зрощені переломи ребер і лопатки. У ряді випадків мала місце бронхіальна астма (БА), частіше складного генезу (інфекційна в поєднанні з нервово-психічною формою). Оцінка функціонального стану бронхолегеневої системи виявила помірні та незначні зміни показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), що в осіб молодого віку обумовлено високими репаративними процесами легеневої тканини і компенсаторними можливостями бронхолегеневої системи і може стати причиною експертних помилок.

До характерних особливостей клінічного перебігу *захворювань органів травлення* в учасників ЛВК належать: більша їх поширеність, асимптомність, пізнє виявлення, нерідке поєднання з ЧМТ та торако-абдомінальною травмою. При клініко-інструментальному обстеженні найбільш часто виявляються хронічні гепатити, цироз печінки, хронічні гастрити, дуоденіти, виразкова хвороба (ВХ) шлунка та 12-палої кишки, дискінезії жовчовивідних (ЖВ) шляхів, хронічний коліт.

До особливостей перебігу *виразкової хвороби* в учасників БД належать асимптомність, в зв'язку з чим патологія пізно виявляється (вперше діагноз ВХ встановлюється приблизно у 60% пацієнтів), схильність до рецидивування (сезонні загострення – у 40% хворих), схильність до кровотеч – у 20% хворих. Хронічні гастрити, дуоденіти носять в основному змішаний або атрофічний характер, нерідко поєднуються з патологією печінки та ЖВ-шляхів.

Складність епідеміологічної обстановки в зоні БД визначає високу частоту перенесених *інфекційних захворювань*: вірусного гепатиту, дизентерії, тифо-паратифозної інфекції, малярії та ін.

До клінічних особливостей *патології печінки* належать: 1) відсутність чітких документально підтверджених даних про етіологію захворювання, що не дозволяє оцінити прогноз та тактику лікування; 2) більш важкий перебіг вірусного гепатиту на фоні МВТ: схильність до рецидивування, переходу в хронічні форми; 3) особливо важкий перебіг вірусного гепатиту у осіб, що перенесли забій печінки при МВТ в результаті порушення балкової структури печінки з вогнищами деструкції паренхіми, набряку періпортальних трактів.

Для вирішення експертних питань у хворих на хронічний гепатит важливе значення в плані клініко-трудоного прогнозу має імунологічне дослідження і, зокрема, виявлення серологічних маркерів вірусу гепатиту. При МСЕ даної категорії хворих необхідно враховувати наступне: стан специфічного імунітету, що визначає особливості клінічного перебігу захворювання та клініко-трудоного прогнозу, поєднання основного захворювання з іншою соматичною патологією або МВТ, вираженість функціональних порушень печінки та змін нервово-психічного статусу.

Патологія внутрішніх органів у бійців, що отримали БТ під час проведення АТО на Сході України (за даними *Головного військового клінічного госпіталю*) відрізняється від даних, представлених в аналізах попередніх військових кампаній. Найбільш частими в українських бійців були метаболічна кардіоміопатія (15,4%) і гепатопатія (9,9% уражених), причому ці дві патології часто зустрічалися у одних і тих же пацієнтів (кардіоміопатію було діагностовано у 73% пацієнтів з

гепатопатіями). У постраждалих, у яких згодом розвилася патологія внутрішніх органів, частіше були осколкові або кульові поранення, рідше – закрита або акустична травма. У цій підгрупі найбільш частими були комбіновані і множинні ураження (відповідно 32 і 30% випадків), а важка травма – майже у половини пацієнтів. Пацієнти з поєднаною патологією серцево-судинної і травної систем, що розвилися у зв'язку з БТ, мали, як правило, важке множинне осколкове ураження м'яких тканин.

Ці результати дають можливість говорити про клінічні особливості військового контингенту постраждалих в зоні АТО під час проведення військових дій у порівнянні з контингентами військовослужбовців з БТ періоду Другої світової війни, кампанії в Афганістані та першої Чеченської кампанії. Наприклад, під час першої Чеченської кампанії асоційовану з БТ вісцеральну патологію виявляли у 27,6% поранених (в зоні АТО – у 20,3%). При цьому найбільш частими проблемами були патологія сечовидільної системи (14,8% випадків, в зоні АТО – тільки 2,7%) та органів дихання (відповідно 9,9 і 2%). Як і в попередніх військових кампаніях, у бійців, що зазнали поранень в зоні АТО, часто виявляли анемію (відповідно 36,2 та 54,5% випадків). Отже, вторинну патологію внутрішніх органів, пов'язану з БТ, отриманою в зоні проведення АТО, має кожен п'ятий поранений. Вірогідність розвитку патології внутрішніх органів значно вище у постраждалих з множинними і комбінованими тяжкими ураженнями незалежно від їх локалізації.

Порушення функцій при захворюваннях внутрішніх органів можуть зумовлювати *обмеження різних видів життєдіяльності*, переважно: самообслуговування, пересування і здатності до праці. У ряді випадків при виражених і значно виражених функціональних порушеннях додатково можуть мати місце обмеження таких видів життєдіяльності як навчання, спілкування і орієнтація. Функціональні порушення обумовлюють соціальну недостатність, що, у свою чергу, зумовлює ознаки інвалідності і необхідність адекватних заходів соціальної та реабілітаційної допомоги.

Критерії наявності та ступеня обмежень окремих видів життєдіяльності базуються на аналізі медичних, психологічних та соціальних факторів.

Комплексна оцінка медичних, соціальних факторів і психологічних особливостей особистості дозволяє винести обґрунтоване медико-соціальне експертне рішення про наявність ознак інвалідності і показані види праці.

*Підставою для встановлення I групи інвалідності* є стійкі, значно вираженої важкості, функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням або травмою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють виникнення потреби у постійному сторонньому догляді або допомозі.

*Критеріями встановлення I групи інвалідності* є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи значного (III) ступеня.

*Критеріями встановлення підгрупи IA групи* є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього догляду або допомоги).

*Критеріями встановлення підгрупи IB групи* є ступінь втрати здоров'я, що призводить до втрати можливості самостійного задоволення більшості життєво

необхідних фізіологічних та побутових потреб за допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла.

*I група інвалідності може бути визначена*, наприклад, при захворюваннях серцево-судинної системи, які призвели до недостатності кровообігу (НК) II-Б – III ступенів за неефективності реабілітаційних заходів; хворобах органів дихання з прогресивним перебігом, що супроводжується стійкою легеневою недостатністю III ступеня в поєднанні з НК II-Б – III ступенів; наслідках травм і поранень грудної клітини з вираженою дихальною недостатністю III ст. у поєднанні з легенево-серцевою недостатністю II-III і III ступенів; захворюваннях нирок IV та V ступенів, які лікуються шляхом застосування програмного гемодіалізу.

*Підставою для встановлення II групи інвалідності є* стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням або травмою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування, та не спричиняють потреби в постійному сторонньому догляді або допомозі.

*Критеріями встановлення II групи інвалідності є* ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження вираженого (II) ступеню однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи.

*II група інвалідності може бути визначена*, наприклад, при цирозі печінки з гепатоспленомегалією і портальною гіпертензією II ступеня внаслідок неефективності реабілітаційних заходів; відсутності однієї легені та хронічній легеневій недостатності II ступеня внаслідок патологічних змін другої легені; єдиній функціонуючій нирці за наявності ХНН III ступеня.

*Підставою для встановлення III групи інвалідності є* стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в т.ч. її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

*Критеріями для встановлення III групи інвалідності є* ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження декількох категорій життєдіяльності помірно вираженого (I) ступеня.

*III група інвалідності може бути визначена*, наприклад, при екстирпації шлунка, тотальній колопроктомії, панкреатоектомії за наявності цукрового діабету; чужорідному тілі в серцевому м'язі чи перикарді внаслідок поранення; відсутності однієї легені; єдиній функціонуючій нирці.

*Отже*, основними особливостями захворювань внутрішніх органів в учасників ЛВК є поєднаний характер патології, малосимптомність проявів, невідповідність ступеня вираженості функціональних порушень патоморфологічним змінам в органах, що необхідно враховувати при МСЕ даного контингенту осіб. Підхід до визначення інвалідності в учасників ЛВК повинен будуватися на загальних принципах МСЕ з урахуванням специфічних особливостей даної групи захворювань. При МСЕ цього контингенту осіб слід здійснювати аналіз комплексу медико-біологічних, клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова, психологічних та інших факторів, що формують той чи інший обсяг життєдіяльності.

Враховуючи таку високу частку постраждалих з патологією внутрішніх органів, пацієнтів з тяжкою множинною і комбінованою травмою повинні спостерігати не тільки лікарі профільного відділення, а й терапевт і кардіолог.

Проблема медико-соціальної реабілітації учасників АТО, в т.ч. тих, які стали інвалідами, на сьогодні набула значних масштабів і потребує додаткових наукових узагальнень і комплексного вирішення, адже її масштаби досі до кінця не усвідомлені.

## **НЕВИРШЕНІ ПИТАННЯ ТА ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ АТО**

Антитерористична операція на Сході України оголила значну кількість проблем у системі охорони здоров'я. Більше того, з'явився ряд суттєвих проблем, про які раніше не було й мови. Зокрема – особливості лікування уражень від вогнепальної зброї, масові політравми, а також післятравматичні стресові розлади. Тому особливо гострим є питання проведення медичної та психологічної реабілітації бійців, що втратили здоров'я внаслідок проведення АТО, питань їх протезування.

До 2014 року незалежна сучасна Україна ніколи не перебувала у відкритому широкомасштабному збройному конфлікті. Тому у багатьох питаннях українські фахівці не мають достатнього досвіду і у вирішенні таких надскладних завдань слід спиратися на міжнародні напрацювання в цій сфері, що накопичені на даний час.

Першочерговим завданням є створення протоколів та стандартів медичної та медико-психологічної реабілітації в Україні – з метою недопущення поліпрагмазії та проведення непотрібних процедур пораненим бійцям, що проходять реабілітацію.

Система медичної реабілітації повинна мати багаторівневий характер у вигляді мережі установ, центрів, відділень, кабінетів, що забезпечують поетапне і послідовне відновне лікування хворих та інвалідів з основною важкою патологією. Вона повинна забезпечувати спадкоємність ланок «стаціонар – санаторій – поліклініка» та «стаціонар – поліклініка». Профільні установи травматології й ортопедії, інші медичні, санаторно-курортні заклади повинні надавати максимальну допомогу в післятравматичній та післяопераційній реабілітації бійців АТО.

Мережа реабілітаційних медичних установ, що має здійснювати реалізацію медичного розділу програм реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО, повинна бути розширена відповідно до потреби в них хворих та інвалідів та укомплектована відповідним обладнанням, фахівцями необхідного профілю (психологами, соціальними працівниками, працетерапевтами тощо), перелік послуг, що надаються, також слід розширити.

Крім того, реабілітаційна медична допомога повинна бути включена в діяльність всіх місцевих медичних установ: лікарень, амбулаторно-поліклінічних та спеціалізованих медичних закладів, в практику сімейного лікаря. При цьому реабілітаційна діяльність цих установ повинна стати однією з ланок первинної медико-санітарної допомоги поряд з профілактикою, лікуванням та психосоціальною допомогою, взаємодіючи з родиною, побутовим оточенням, соціальним і культурним середовищем.

Важливе місце в системі медичної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО повинні зайняти госпіталі ветеранів війни, що мають добру матеріально-технічну базу та накопичили великий досвід роботи з даним контингентом.

На жаль, алгоритм направлення пацієнтів з військових госпіталів на реабілітацію до госпіталів ВВ відпрацьований ще не досить досконало. По-перше, військовослужбовців на реабілітацію в центрах при госпіталях ВВ можуть приймати після направлення лікарських комісій. Якщо ж військовослужбовців виписують з військових госпіталів і надають відпустку, але не дають направлення на реабілітацію, то таких пацієнтів в госпіталях ВВ прийняти не можуть, бо ці особи закріплені за певною військовою частиною. По-друге, немає порозуміння з військовими госпіталями, вони не направляють бійців АТО на реабілітацію до госпіталів ВВ, мотивуючи тим, що в них є власний фонд ліжок і треба його використовувати. По-третє, є недопрацювання в первинній ланці – недоліки диспансеризації, виявлення хворих, які потребують реабілітації. Серед проблем, які слід вирішити, також розпорошеність у підпорядкуванні госпіталів, застаріла матеріально-технічна база, яку необхідно вдосконалити.

Реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО передбачає і використання потужностей санаторно-курортних закладів. Відносини у сфері санаторно-курортного забезпечення характеризуються складністю зв'язків між суб'єктами управління всіх рівнів: МОЗ України, Мінсополітики, Міноборони, іншими органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, у віданні яких перебувають санаторно-курортні заклади, а також державними страховими фондами, що виділяють кошти на оплату путівок. Отже, існує необхідність проведення інвентаризації санаторно-курортної системи України, щоб виявити її реальний стан. У відомчих санаторіях та санаторіях Укрпрофоздоровниці, які мають необхідний кадровий потенціал, досвід та обладнання, потрібно базувати центри медичної реабілітації, а до штатного розкладу цих центрів обов'язково мають бути включені лікарі-невропатологи, психотерапевти, психологи.

Необхідно об'єднання в межах компетенції усіх функціональних можливостей державних органів та відомств для створення єдиної системи надання допомоги інвалідам військової служби та учасникам АТО. Системний підхід має включати заходи починаючи від освоєння бійцями навиків надання першої допомоги на полі бою до побудови цілісної системи реабілітації учасників АТО. На державному рівні повинна бути негайно розроблена та імплементована по всій Україні *єдина модель* надання допомоги бійцям, що повертаються із зони АТО, де чітко вказано, куди людина повинна звернутися, куди має бути переведена у разі потреби і т.д.

Необхідно в практику системи медичної реабілітації впровадити сучасні технології та методики реабілітації хворих та інвалідів, які мають порушення здоров'я в результаті участі в бойових діях.

Особливо слід відзначити необхідність вирішення на державному рівні питань організації диспансеризації осіб, які є учасниками бойових дій і не мають інвалідності.

Проблеми медичної реабілітації інвалідів військової служби – учасників бойових дій (учасників АТО) потребують вирішення за такими напрямками:

1. Розробка дієвих заходів щодо удосконалення та адаптації нормативно-правової бази з питань забезпечення дієвої системи реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО; розвиток регіональної нормативної бази з цих питань.

2. Розробка проектів Законів України «Про реабілітацію» та внесення змін до Закону України «Про курорти», що стосуються надання медичної реабілітаційної допомоги інвалідам військової служби та учасникам АТО.

3. Проведення детальної інвентаризації та паспортизації усіх наявних в Україні реабілітаційних (психологічних, оздоровчих, санаторно-курортних та інших) ресурсів різних форм власності та відомчої підпорядкованості, які мають матеріально-технічне оснащення, підготовлені кадри для проведення медичної реабілітації учасників АТО на різних рівнях; визначення їх потужностей і можливостей, складення переліків.

4. Організація на державному рівні поетапної медичної реабілітації учасників АТО та постраждалих під час проведення АТО (стаціонар, санаторій, поліклініка); координація цієї роботи.

5. Створення на базі державних підприємств/установ МОЗ України центрів з реабілітації учасників АТО; координація діяльності медичних закладів Міністерства оборони, МВС України, СБУ, МОЗ України, Міністерства соціальної політики України, органів місцевого самоврядування та створення на їх базі реабілітаційних відділень.

6. Створення Єдиного реєстру поранених учасників АТО (із зазначенням характеру поранень); організація диспансеризації учасників бойових дій.

7. Розробка стандартів з проведення медичної та психологічної реабілітації для інвалідів військової служби та учасників АТО у відповідності із міжнародним законодавством; здійснення контролю за дотриманням державних стандартів у сфері санаторно-курортного лікування.

8. Розробка науково-методичних матеріалів щодо проведення заходів з медичної та психологічної реабілітації учасників АТО.

9. Удосконалення нормативно-правової бази щодо кадрової підготовки спеціалістів-реабітологів, розробка та затвердження кваліфікаційних вимог до медичної спеціальності «Фізична та медична реабілітація», програм навчання за нею, внесення спеціальності до Національного класифікатора професій України.

10. Забезпечення програмного підходу до вирішення медико-соціальних проблем інвалідів військової служби та учасників АТО в регіонах; координація дій регіональних органів виконавчої влади та органів військового управління у вирішенні медико-соціальних проблем військовослужбовців.

11. Розвиток бази спеціалізованих установ соціального обслуговування та медико-соціальної реабілітації інвалідів та ветеранів БД, ветеранів підрозділів особливого ризику.

12. Створення Державної системи комплексної реабілітації осіб, які постраждали при виконанні обов'язків військової служби, із включенням до неї багатопрофільних спеціалізованих установ комплексної реабілітації, використання зарубіжного досвіду.

Взагалі, потрібно створити таку систему реабілітації, щоб якомога менше учасників АТО ставали інвалідами.



## ЛІТЕРАТУРА ТА ДЖЕРЕЛА

1. Hoge C.W., McGurk D., Thomas J.L. et al. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq// *N. Engl. J. Med.* – 2008. – Vol.358. – P. 453-463.
2. Knapik J.J., Jones S.B., Darakjy S. et al. Injury rates and injury risk factors among U.S. Army wheel vehicle mechanics. – *Mil. Med.* – 2007. – Vol. 172 (9). – P. 988-96.
3. Marin R. Physical medicine and rehabilitation in the military: Operation Iraqi Freedom // *Mil. Med.* – 2006, Mar. – Vol. 171(3). – P. 185-8.
4. Военная медицина Украины сегодня: Актуальное интервью // *Therapia.* – 2014. – № 6-7.
5. Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы: Сб. инф.-метод. материалов.– М., 1990. – С. 72-78.
6. Воробьев И.В. Организация офтальмохирургической помощи в условиях современных локальных вооруженных конфликтов: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 136 с.
7. Гулиев М.И. Инвалидность вследствие военной травмы в Азербайджанской Республике и медико-социальная реабилитация инвалидов: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2004. – 26 с.
8. Дорожня карта медичної реабілітації військовослужбовців, працівників Збройних Сил України, Національної гвардії, інших силових структур області, що брали участь у антитерористичній операції. – Україна, Житомирська ОДА, Департамент охорони здоров'я. – Житомир, 2014.
9. Корчагина Е.В. Последствия боевой черепно-мозговой травмы и ограничение жизнедеятельности у бывших военнослужащих трудоспособного возраста в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – С-Пб., 2008.
10. Мешков Н.А. Состояние здоровья и проблемы медицинской реабилитации ветеранов боевых действий // *Инвалиды и общество.* – 2015. – № 1 (15). – С. 10-20.
11. Мы должны быть готовы: Актуальное интервью (Мясников Г.В.) // *Therapia.* – 2015. – № 2 (95). – С. 3-6.
12. На допомогу захисникам Батьківщини. Права і пільги для учасників АТО та членів їх сімей – підстави та порядок отримання, рекомендації, довідкова інформація. – Автори: Вітка Ю., Горюк Н., Страхова В. та ін. / За ред. Крамаренка О. – FMI, Inc., 2015. – 111 с.
13. Нужно учиться жить заново: Актуальное интервью (Астапов Ю.Н.) // *Therapia.* – 2015. – № 3 (96). – С. 3-6.
14. Організаційні питання реабілітації учасників антитерористичної операції в госпіталях ветеранів війни України: Методичні рекомендації. – Київ, 2014. – 7 с.
15. Панасенко С.Л. Оценка качества медицинской помощи больным и инвалидам с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы в условиях головного ведомственного лечебного учреждения // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* – 2009. – № 1. – С. 55-56.
16. Пільги, гарантії та права учасників АТО: Методичні рекомендації. – Київ: БО БФ «КОЛО», ГО «Юридична Сотня», 2015. – 60 с.
17. Попов В.С. Медицинская реабилитация инвалидов, получивших боевую черепно-мозговую травму // *Вестник медицинского института РЕАВИЗ.* – 2014. – № 3. – С. 16-18.
18. Права учасників АТО у сфері охорони здоров'я: Благодійний фонд «Без кордонів», 2015. – 32 с.

19. Старовойтова И.М., Саркисов К.А., Потехин Н.П., Шумейко Т.В. О единстве экспертных подходов при осуществлении медико-социальной и военно-врачебной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 3. – С. 53-57.
20. Юрковский О.И. Медико-социальные аспекты инвалидности, реабилитации и социальной интеграции пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях и локальных военных конфликтах // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 1. – С. 35-37.

**Електронні посилання:**

21. Алгоритм спрямування учасників АТО з відомчих госпіталів на реабілітацію в госпіталі для ветеранів війни: [Електронний ресурс]. URL: <http://dsvv.gov.ua/novyny/ato/alhorytm-spryamuvannya-uchasnykiv-ato-z-vidomchyh-hospitaliv-na-reabilitatsiyu-v-hospitali-dlya-veteraniv-vijny.html>. – 2015. – 22.01.
22. Встановлення групи інвалідності учасникам АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://shostka.ua/vstanovlennya-grupi-invalidnosti-uchasnikam-ato/>. – 2015. – 16.07.
23. Кабмін спростив оформлення інвалідності для військових: [Ел. ресурс]. URL: <http://podrobnosti.ua/1006908-kabmn-sprostiv-oformlennja-nvaldnost-dlja-vjskovih.html#.VInS0k52eIs.twitter>. – 2014. – 21.12.
24. Методичні рекомендації щодо порядку отримання учасником АТО соціальної підтримки з питань надання статусу, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, в т.ч. протезуванням (ортезуванням) за кордоном / Додаток до листа Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції від 07.11.2014 № 517-вих.: [Електронний ресурс]. URL: <http://5mkpolyklinika.lviv.ua/index.php/vazhlyvo/97-metodychni-rekomendatsiyi-shchodo-poriadku-otrymattia-uchasnykom-ato-sotsialnoi-pidtrymky-z-pytan-nadannia-statusu-zabezpechennia-tekhnichnymy-ta-inshymy-zasobamy-reabilitatsii-v-tomu-chysli-protezuванням-ortezuvанням-za-kordonom>.
25. Минздрав рассказал об установлении групп инвалидности пострадавшим в АТО с ампутированными конечностями: [Ел. ресурс]. URL: <http://pharmasvit.com/minzdrav-rasskazal-ob-ustanovlenii-grupp-invalidnosti-postradavshim-v-ato-s-amputirovannymi-konechnostyami-80146.html>. – 2014. – 09.12.
26. Охорона здоров'я учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: [http://espreso.tv/blogs/2015/02/21/okhorona\\_zdorovya\\_uchasnykiv\\_ato](http://espreso.tv/blogs/2015/02/21/okhorona_zdorovya_uchasnykiv_ato). – 2015. – 21.02.
27. Пріоритетне завдання МСЕК сьогодні – комплексна реабілітація інвалідів, особливо учасників АТО: [Ел. ресурс]. URL: [https://moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20150505\\_f.html](https://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20150505_f.html). – 2015. – 05.05.
28. Система госпіталів для ветеранів війни стане фундаментом створення реабілітаційних центрів для учасників АТО / Прес-служба МОЗ: [Електронний ресурс]. URL: [http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art\\_id=247625611](http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=247625611). – 2014. – 24.09.
29. Україні необхідна Програма реабілітації та адаптації учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://blog.liga.net/user/gzubko/article/15667.aspx>. – 2014. – 23.09.
30. Учасникам АТО збільшать фінансування на харчування і ліки: [Ел. ресурс]. URL: <http://zaholovok.com.ua/uchasnikam-ato-zbilshat-finansuvannya-na-kharchuvannya-i-liki>. – 2015. – 16.06.
31. Учасники АТО можуть безкоштовно оздоровлюватись в санаторіях (перелік санаторіїв): [Ел. ресурс]. URL: <http://www.rv.gov.ua/sitenew/dubensk/ua/news/detail/37287.htm>. – 2015. – 28.09.

Формат 60x84/16  
Папір офсетний  
Тираж 300 прим.

Видавництво-друкарня «ДІЛО»  
21100, м. Вінниця,  
вул. Хмельницьке шосе, 145,  
тел. (0432) 65-80-80, (067)  
337-38-38 e-mail:  
dilo\_vd@mail.ru