

Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації
Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи

МАТЕРІАЛИ

V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку,
проблеми та перспективи»

3 жовтня 2025 року



ПОЛТАВА

2025

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Бєлікова І. В.**

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2025; Полтава).

Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 3 жовтня 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2025. – 262 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів медичної реабілітації в Україні фахівцями різних спеціальностей, питанням медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та правоохоронців, постраждалих внаслідок бойових дій, оптимізації роботи реабілітаційних закладів під час військової агресії рф та в мирний час.

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2025

26. Guilfoyle M.R., Helmy A., Duane D. et al. Regional scalp block for postcraniotomy analgesia: a systematic review and meta-analysis. *Anesth. Analg.* 2013. Vol. 116 (5). P. 1093–1102.
27. Osborn I., Sebeo J. “Scalp block” during craniotomy: a classic technique revisited. *J. Neurosurg. Anesthesiol.* 2010. Vol. 22 (3). P. 187–194.
28. Ayrian E., Kaye A.D., Varner C.L. et al. Effects of Anesthetic Management on Early Postoperative Recovery, Hemodynamics and Pain After Supratentorial Craniotomy. *J. Clin. Med. Res.* 2015. Vol. 7 (10). P. 731–741.
29. Abad-Gurumeta A., Ripolles-Melchor J., Casans-Frances R. et al. A systematic review of sugammadex vs neostigmine for reversal of neuromuscular blockade. *Anaesthesia.* 2015. Vol. 70 (12). P. 1441–1452.
30. Eberhart L.H., Morin A.M., Kranke P. et al. Prevention and control of postoperative nausea and vomiting in post-craniotomy patients. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol.* 2007. Vol. 21 (4). P. 575–593.
31. Neufeld S.M., Newburn-Cook C.V. What are the risk factors for nausea and vomiting after neurosurgery? A systematic review. *Can. J. Neurosci. Nurs.* 2008. Vol. 30 (1). P. 23–34.
32. Christofaki M., Papaioannou A. Ondansetron: a review of pharmacokinetics and clinical experience in postoperative nausea and vomiting. *Expert Opin. Drug Metab. Toxicol.* 2014. Vol. 10 (3). P. 437–444.

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ІНВАЛІДНІСТЬ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ЙОГО ПОТРЕБУ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ДОПОМОЗІ

Орлова Н. М.¹, Тонковид О.Б.², Ткаченко О.В.¹, Паламар І.В.¹

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця,
Україна Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л.

Шупика. Київ, Україна

Війна в Україні стала серйозним випробуванням для системи охорони здоров'я та має надзвичайно негативні наслідки для стану громадського здоров'я країни [1]. Особливо вразливою групою населення під час війни

стають діти із інвалідністю. Бойові дії, масштабне руйнування інфраструктури, евакуація в умовах конфлікту обмежують їх доступ до медичної та реабілітаційної допомоги. Війна є джерелом постійного стресу, а діти з інвалідністю особливо чутливі до психотравмуючих чинників. Через вимушене переміщення значно порушується звичний спосіб життя дітей з інвалідністю, що веде до їх ізоляції від суспільства. Навчання у інклюзивному освітньому середовищі часто залишається недоступним через нестачу відповідних фахівців і ресурсів [2].

Удосконалення реабілітаційної допомоги дитячому населенню вимагає комплексних рішень та міжсекторальної взаємодії, здійснення моніторингу та оцінки впливу війни на чисельність та просторовий профіль контингенту дітей із інвалідністю в Україні, а також аналізу причин її формування для визначення потреби дитячого населення у реабілітаційній допомозі [4].

Мета: здійснити аналіз інвалідності дітей в Україні та у розрізі її адміністративних територій у динаміці за 2015-2024 рр. для інформаційного забезпечення планування та розвитку реабілітаційної допомоги дітям.

У дослідженні використано бібліографічний, епідеміологічний та статистичний методи, а також метод системного підходу та аналізу. Матеріалами дослідження виступили статистичні дані ф. № 19 "Звіт про дітей з інвалідністю віком до 18 років за 20__ рік" узагальнені на рівні адміністративних територій (областей та м. Київ) і в Україні в цілому та представлені у статистичних довідниках МОЗ України [3]. У дослідженні проаналізовані абсолютні дані та рівні первинної та загальної інвалідності внаслідок усіх причин та у розрізі окремих класів захворювань у розрахунку на 10 000 дитячого населення у віці до 18 років, а також структура причин первинної та загальної інвалідності. Аналіз виконано у динаміці за 2015-2024 рр. в Україні в цілому та у територіальному аспекті із використанням показника темпу приросту (ТПр).

Встановлено, що в Україні станом на 31.12.2024 р. контингент дітей з інвалідністю складав 159811 осіб і збільшився порівняно із 2015 р. на 6264

особи. Рівень загальної інвалідності мав тенденцію до зростання і у 2024 р. показник перевищив показник 2015 р. на 7.9% (рис. 1.).

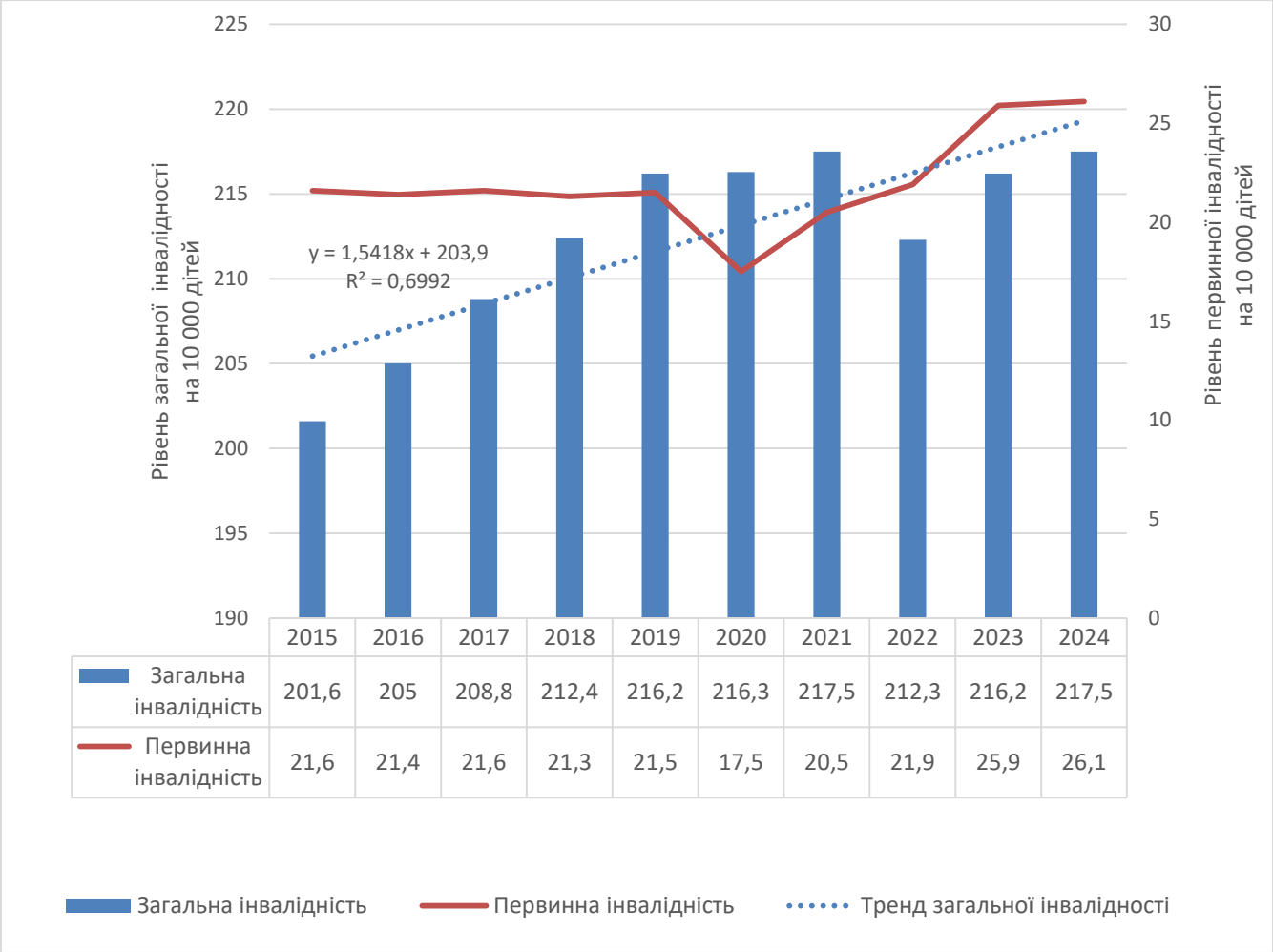


Рис. 1. Динаміка інвалідності дитячого населення в Україні у 2015-2024 рр. (рівні на 10 000 дітей у віці до 18 років)

Тобто в Україні, за матеріалами державної статистики, реабілітаційної допомоги потребує майже 159 тисяч дітей, а особами з інвалідністю є 2.2% від усіх дітей у віці до 18 років. Слід відмітити, що за даними ЮНІСЕФ, у Європі та Центральній Азії частка дітей з інвалідністю є значно вищою і складає 6.0% від всього дитячого населення, а у Північній Америці - 10.0% [5,6,7]. Нижчі показники в Україні пов'язані із відмінністю у критеріях встановлення інвалідності [2], які, очевидно, є завищеними, порівняно із країнами Європи та Північної Америки. Тому реальний контингент дітей з обмеженнями життєдіяльності, які потребують реабілітації в Україні суттєво перевищує дані офіційної статистики.

Встановлені вагомі регіональні відмінності у рівнях загальної інвалідності дітей в Україні. У 2024 р. максимальні рівні зареєстровані у Закарпатській (318.0), Чернівецькій (292.4), Івано-Франківській (282.2), Хмельницькій (274.0), Черкаській (272.8) і Чернігівській (270.2), а мінімальні у Луганській (5.3), Херсонській (23.0), Донецькій (65.0) та Запорізькій (157.6) областях (табл. 1).

Війна суттєво вплинула на територіальний розподіл дітей з інвалідністю в Україні. У 2024 р. просторовий профіль загальної інвалідності суттєво трансформувався порівняно із попередніми роками внаслідок міграції біженців з південно-східних до західних областей України, що призвело до підвищення рівнів інвалідності у останніх. Порівняно із 2015 р., у 2024 р. рівень загальної інвалідності найбільш вагомо зріс у Закарпатській (на 46.7%), Чернівецькій (на 32.3%), Одеській (на 30.5%), Ів.-Франківській (на 28.4%) областях, а скоротився у Луганській (- 97.2%), Херсонській (- 87.6%), Донецькій (-69.2%) та Запорізькій (- 30,3%) областях.

Важливе значення для визначення пріоритетів щодо планування та удосконалення організації надання реабілітаційної допомоги дітям відіграє аналіз причин їх загальної інвалідності.

Таблиця 1.

Територіальні особливості інвалідності дитячого населення в Україні у 2024 р.

Територія	Загальна інвалідність		Первинна інвалідність	
	Абсолютна кількість	Рівень на 10000 дітей	Абсолютна кількість	Рівень на 10000 дітей
Україна	159811	217.5	19207	26.1
Вінницька	5918	215.9	771	28.1
Волинська	5848	249.5	703	30
Дніпропетровська	13088	233.8	1262	22.5
Донецька	1921	65	113	3.8
Житомирська	6066	265.5	663	29
Закарпатська	9175	318	1515	52.5
Запорізька	4420	157.6	607	21.6
Івано-Франківська	7624	282.8	1031	38.2
Київська	8997	242.9	1123	30.3
Кіровоградська	3760	238.1	271	17.2
Луганська	52	5.3	3	0.3
Львівська	12425	261.3	1666	35

Миколаївська	4664	236.4	584	29.6
Одеська	10128	217.2	1357	29.1
Полтавська	5904	261.8	689	30.5
Рівненська	6785	249	649	23.8
Сумська	3667	229.8	327	20.5
Тернопільська	5099	269.1	571	30.1
Харківська	8399	199.4	860	20.4
Херсонська	434	23	36	1.9
Хмельницька	6238	274	615	27
Черкаська	5143	272.8	611	32.4
Чернівецька	5304	292.4	729	40.2
Чернігівська	4086	270.2	432	28.6
м.Київ	14666	258	2019	35.5

Аналіз структури причин загальної інвалідності (табл.2.) дітей засвідчив, що у 2024 р., як і на початку періоду спостереження, перше місце посідали природжені аномалії, деформації та хромосомні аномалії (26.0%). А от рейтинговий розподіл інших причин інвалідності зазнав змін: розлади психіки та поведінки відсунули хвороби центральної нервової системи (14.0%) на третю позицію, обійнявши друге місце у структурі із питомою вагою 23.9%. Четверте місце посіли ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, які обумовили кожен 10-й випадок інвалідності у дітей (10,6%), а п'яте місце - хвороби вуха та соскоподібного відростка із питомою вагою 4,9%.

Таблиця 2.

Структура причин загальної та первинної інвалідності дитячого населення в Україні, 2015 р., 2024р.

Причини інвалідності	Загальна інвалідність				Первинна інвалідність			
	2015		2024		2015		2024	
	%	рейтинг	%	рейтинг	%	рейтинг	%	рейтинг
Природжені аномалії, деформації та хромосомні аномалії	31.3	1	26.0	1	28.2	1	17.1	2
Розлади психіки та поведінки	14	3	23.9	2	16.2	2	34.2	1
Хвороби центральної нервової системи	17	2	14.0	3	13.1	3	10.6	3
Ендокринні хвороби, розлади харчування та	8.1	4	10.6	4	10.4	4	9.6	4

порушення обману речовин								
Хвороби кістково-м'язов.сист.та сполуч.тканин	4.3	6	4.8	6	5.8	5	7.8	5
Хвороби ока та придаткового апарату	4	7	2.9	7	3.6	7	2.5	6-7
Хвороби вуха та сосковидного відростку	5.6	5	4.9	5	5.2	6	2.5	6-7
Інші причини	15.7		13.1		17.5		15.0	
Усі причини	100		100		100		100	

Динамічний аналіз рівнів загальної інвалідності дітей у розрізі її основних причин (табл. 3.) засвідчив, що впродовж 2015-2024 р. найбільш вагомо (на 84.7%) збільшився контингент дітей з інвалідністю внаслідок розладів психіки та поведінки – з 28.1 до 51.9 на 10 тис. дитячого населення. Рівень загальної інвалідності обумовленої ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин зріс на 41.1% (з 16.3 до 23.0 на 10 тис. дитячого населення).

Таблиця 3.

Рівні основних причини загальної та первинної інвалідності дитячого населення в Україні, 2015 р., 2019 р., 2024 р. (на 10 000 дітей)

Причина інвалідності	Рівень загальної інвалідності (на 10 000 дітей)			ТПр 2024/ 2015, (%)	Рівень первинної інвалідності (на 10 000 дітей)			ТПр 2024/ 2015, (%)
	2015	2019	2024		2015	2019	2024	
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	63.1	64.9	56.5	-10.5	6.1	4.9	4.5	-26.2
Хвороби центральної нервової системи	34.3	33.5	30.5	-11.1	2.8	2.4	2.8	0.0
Розлади психіки та поведінки	28.1	35.7	51.9	84.7	3.5	4.7	8.9	154.3
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	16.3	21	23.0	41.1	2.2	2.7	2.5	13.6

Хвороби вуха та соскоподібного відростку	13.4	13.5	10.7	-20.1	1.1	0.9	0.6	-45.5
Хвороби кістково-м'язової та сполучної системи	8.7	9.6	10.4	19.5	1.3	1.6	2.0	53.8
Хвороби ока та придаткового апарату	8.1	7.4	6.2	-23.5	0.8	0.6	0.7	-12.5

Зворотні тенденції виявлені для захворювань центральної нервової системи, рівень загальної інвалідності внаслідок яких знизився на 11.1% (з 34.3 до 30.5, відповідно), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій на 10.5% (з 63.1 до 56.5), захворювань вуха та соскоподібного відростку на 20.1% (з 13.4 до 10.7).

Вагому роль для визначення пріоритетів щодо профілактики інвалідизації дитячого населення має моніторинг та оцінка рівнів та причин первинної інвалідності дітей. Аналіз первинної інвалідності дитячого населення показав, що в Україні у 2024 р. вперше у житті інвалідність встановлена 19207 дітям (що на 2755 дітей більше, ніж у 2015 р.). Протягом 2015-2022 рр. рівень первинної інвалідності був достатньо стабільним і знаходився у межах 20.5-22.0 випадків на 10 000 дитячого населення (виключення склав 2020 р. із низьким рівнем показника (17.5), обумовленим початком епідемії COVID-19 та неповною реєстрацією випадків інвалідизації дітей). Привертає увагу суттєве зростання рівня первинної інвалідності у 2023-24 рр. Показник у 2024 р. склав 26.1 випадків на 10 000 дитячого населення і на 20.8% перевищив рівень первинної інвалідності у 2015 р. і на 27.3 % рівень 2021 р.

Рейтинговий розподіл основних причин у структурі первинної інвалідності змінився впродовж періоду спостереження внаслідок зростання відносної частки розладів психіки та поведінки, які вийшли на перше місце і обумовили у 2024 р. кожен третій (34.2%) випадок інвалідизації дитячого населення. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії посіли друге місце (17.1%), хвороби нервової системи – третє (10,6%),

ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин – четверте (9,6 %), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – п'яте (7,8%). У 2015р. перше місце у структурі первинної інвалідності належало вродженим вадам розвитку, деформаціям та хромосомним аномаліям (28.2%), друге – розладам психіки та поведінки (16.2%), третє – хворобам нервової системи (13,1%).

Впродовж періоду спостереження найбільш стрімко, у 2.5 рази, зросла частота первинної інвалідності обумовленої розладами психіки та поведінки (з 3.5 до 8.9 на 10 000 дитячого населення), захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини зросла на 53.8% (з 1.3 до 2.0 на 10 000 дитячого населення), внаслідок ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин – на 13.6% (з 2.2 до 2.5 на 10 000 дитячого населення). Рівень первинної інвалідності внаслідок вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій скоротився за цей період на 26.2% (з 6.1 до 4.5 на 10 000 дитячого населення), а внаслідок хвороб вуха та соскоподібного відростку на 45.5% (з 1.1 до 0.6, відповідно). Майже не зазнали змін рівні інвалідності внаслідок хвороб центральної нервової системи і хвороб ока та придаткового апарату.

Аналіз рівнів первинної інвалідності дитячого населення у територіальному розрізі виявив найвищі у 2024 р. показники у Закарпатській (52.5 на 10 000 дитячого населення), Чернівецькій (40.2), Івано-Франківській (38.2), м. Києві (35.5), Львівській (35.0) та областях, а найнижчі у Луганській (0.3), Херсонській (1.9), Донецькій (3.8) областях. Порівняно із 2015 р., у 2024 р. рівень первинної інвалідності найбільш вагомо зріс у Закарпатській (на 93.0%), Чернівецькій (на 75.5%), Ів.-Франківській (на 62.6%), м. Києві (на 55.0%), Львівській (на 52.8%) та Одеській (на 50.0%) областях, а скоротився у Луганській (- 98.6%), Херсонській (-91.8%) та Донецькій (-82.3%) областях. Як і у випадку із загальною інвалідністю, такі територіальні особливості первинної інвалідності дитячого населення обумовлені міграцією біженців з південно-східних до західних областей України.

Висновки. Встановлено, що протягом 2015-2024 рр. в Україні чисельність дітей з інвалідністю та рівень загальної інвалідності дитячого населення мали тенденцію до зростання. Війна в Україні призвела до вираженого зростання частоти інвалідизації дітей (порівняно із 2021 р. рівень первинної інвалідності у 2024 р. збільшився на 27.3%), що засвідчує необхідність збільшення обсягів реабілітаційної допомоги дітям. Основними причинами у структурі загальної інвалідності дітей є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (26.0%), розлади психіки та поведінки (23.9%), хвороби центральної нервової системи (14.0%). Першочергової уваги потребує проблема збереження та відновлення психічного здоров'я підростаючого покоління. Розлади психіки та поведінки на сьогодні вийшли на перше місце у структурі первинної інвалідності дитячого населення і обумовили кожний 3-й (34.2%) її випадок. Впродовж періоду спостереження рівень первинної інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки зріс у 2.5 рази (на 154.3%), а загальної на 84.7%. Несприятлива динамічна тенденція встановлена також для інвалідності внаслідок ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (у першу чергу, за рахунок цукрового діабету): рівень первинної інвалідності зріс на 13.6%, а загальної на 41.1%.

Встановлено, що війна не тільки обумовила зростання рівня інвалідності дитячого населення в Україні, а й змінила її територіальний профіль. За рахунок міграції біженців з південно-східних до західних областей у останніх спостерігаються найвищі рівні первинної та загальної інвалідності.

Виявлені особливості інвалідності дитячого населення засвідчують необхідність збільшення обсягів реабілітаційної допомоги дітям та підвищення її ефективності, а також можуть бути враховані при плануванні та організації реабілітаційної допомоги дитячому населенню як на національному, так і на регіональному рівнях, при наданні державними та

недержавними структурами комплексної підтримки дітям з інвалідністю та їхнім родинам.

Міжсекторальна співпраця, орієнтована на потреби дітей з інвалідністю, має створити майбутнє, у якому кожна дитина матиме можливість повністю розкрити свій потенціал, незважаючи на будь-які обставини.

Список літератури

1. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Щербінська О.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з Російською Федерацією для охорони здоров'я України. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. №8. 26–31. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/17>
2. Невидимі на передовій: Інвалідність та дитинство у воєнній Україні. Потреби та бар'єри, з якими стикаються діти з інвалідністю та їхні сім'ї в постраждалих від війни громадах України. Квітень 2025 року. https://www.warchild.net/documents/367/Invisible_at_the_Frontline_ua.pdf
3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2015 – 2024 роки: статистичні довідники URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdov_r.html (дата звернення 21.08.2025)
4. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the global burden of disease study 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*. 2021. 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
5. Olusanya B. O., Kanherla V., Shaheen A., Ogbo F. A., & Davis A. C. Global and regional prevalence of disabilities among children and adolescents: Analysis of findings from global health databases. *Frontiers in public health*. 2022. 10, 977453. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.977453>
6. UNICEF. Seen, counted, included: using data to shed light on the well-being of children with disabilities. New York: United Nations Children's Fund. 2021. URL: <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/> (дата звернення 26.09.2025)

7. United Nations Children's Fund, Children with Disabilities in Europe and Central Asia: A statistical overview of their well-being, UNICEF, New York, 2023. URL:

<https://www.unicef.org/eca/media/32551/file/Children%20with%20Disabilities%20in%20Europe%20and%20Central%20Asia.pdf> (дата звернення 26.09.2025)

ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА ПІД ЧАС АТО ТА ООС (2014-2022)

Родинський Р. О., Зайцев В. В.

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна

Обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова впродовж своєї історії, з моменту заснування і по сьогодні, мала значний вплив на життя регіону та брала найактивнішу роль у житті держав. Не залишився цей славетний лікарняний комплекс осторонь і у найскладніший для всієї України період: з самого початку російсько-української війни він став одним з перших закладів, який приймав найбільше поранених та не маючи практичного шпитального досвіду, вносив свій внесок у відстоювання української ідентичності в рамках Антитерористичної операції та згодом під час Операції об'єднаних сил. Втім, на жаль, 2014-2022-роки були лише прологом боротьби, і з початком Повномасштабного вторгнення почалася ще більш складна глава, але досвід попередніх років, сформовані моделі, методи значно підвищили ефективність надання мед. допомоги пораненим. Отже, період АТО та ООС заклав важливий фундамент сучасного положення лікарняного комплексу, а отже заслуговує на детальне історичне вивчення.

Отже, до початку військових дій на Сході України лікарня ім. Мечникова входила найбільш потужним центром цивільної мед. допомоги всього регіону: на червень 2013 рік лікарняний комплекс налічував 40 спеціалізованих стаціонарних відділень, 2,5 тис. мед. персоналу, який забезпечував одночасне лікування 1175 пацієнтів, щорічно в операційних лікарні виконувалося 17 тис. операцій, загалом, - належне лікування на рік

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України ректора Полтавського державного медичного університету, Вячеслава Ждана	3
<u>Статті учасників конференції</u>	
Білаш В.П., Свінцицька Н.Л., Гринь В.Г., Брутян М.А., Ошурко Д.А., Сербін С.І., Дубина С.О., Бондаренко С.В. Умови виникнення емоційного вигорання у здобувачів вищої медичної освіти та науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти.....	4
Бісмак О.В., Качанова М.О. Моніторинг психоемоційного стану фізичних терапевтів у процесі професійної діяльності	9
Борисенко В. В. Патоморфоз шизофренії в умовах довготривалого хронічного стресу, спричиненого військовими діями: клініко-діагностичні аспекти.....	16
Дудіна О.В. Досвід Китаю у розвитку медичної реабілітації та можливості для України..	22
Ісаков Р.І., Герасименко Л.О., Казаков О.А. Етіопатоненетичні аспекти професійного вигорання	28
Катеренчук І.П., Циганенко І.В. Медична реабілітація: світовий досвід та українські реалії.....	33
Могильник А. І., Тарасенко К. В., Давиденко А. В., Архіповець О. О., Могильник А. М. Fast-track протокол у контексті прискореної реабілітації пацієнтів нейрохірургічного профілю.....	46
Орлова Н. М., Тонковид О.Б., Ткаченко О.В., Паламар І.В. Вплив війни на інвалідність дитячого населення України та його потребу у реабілітаційній допомозі	54
Родинський Р. О., Зайцев В. В. Обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова під час АТО та ООС (2014-2022).....	64
Семененко Г.О., Калмикова Ю.С., Калмиков С.А. Використання програм рухової активності в реабілітації військовослужбовців після бойових дій.....	70
Сергата Є.В. Аналіз захворюваності на хвороби кістково-м'язової системи у співробітників МВС.....	75
Філатова О.В., Філатова В.Л., Матвієнко Т.М., Саргош О.Д. Досвід західних країн в розвитку медичної реабілітації.....	90
<u>Тези учасників конференції</u>	
Дворник В.М., Кузь Г.М., Баля Г.М., Тесленко О.І., Кузь В.С., Шеметов О.В., Павліш І.В., Мартиненко І.М., Галаган Л.С. Вплив стоматологічних базисних матеріалів на тканини протезного поля.....	98
Голованова І. А., Корнета О. М. Визначення думки лікарів щодо основних проблем надання медичної допомоги військовослужбовцям та можливих шляхах їх вирішення.....	101
Баріло О. С., Фурман Р. Л., Поліщук С. С., Кузько О. В., Свистунов Д. М. Фізіотерапевтична реабілітація після атипового видалення нижнього третього моляру, ускладненого травмою нижньоальвеолярного нерва.....	109
Боревич К. В., Мизгіна Т. Фізична терапія та ерготерапія при вогнепальних пораненнях плечової кістки: етапи та методи реабілітації.....	111
Бурдіна В. Р. Фізична реабілітація дітей з аутизмом.....	113
Вербовик Д. А., Мизгіна Т. Роль реабілітації у попередженні інвалідності в процесі лікування пацієнта: теоретичні засади , практичні підходи, перспективи.....	115
Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Професійне благополуччя, як складова концепції охорони психічного здоров'я	117
Гергель М. А. Використання фізіотерапії в процесі реабілітації осіб, які займаються фізичною культурою та спортом, в роботі КП «Полтавський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер Полтавської обласної ради».....	119
Горошко В. І. Цифрові двійники у сфері реабілітаційної та персоналізованої медицини...	121
Гринь К.В. Перший крок у лікуванні стрес-асоційованих розладів: психотерапія чи фармакотерапія?.....	123