

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ
ФАКУЛЬТЕТ ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ
КАФЕДРА КІНЕЗІОЛОГІЇ ТА ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістра
за спеціальністю 017 Фізична культура і спорт
освітньою програмою «Фізкультурно-спортивна реабілітація»
на тему: «АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-
РУХОВОГО АПАРАТУ»

здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Істратов Анатолій Анатолійович
Науковий керівник:
к.фіз.вих., ст. викладач Жирнов О.В.
Рецензент:
к.фіз.вих., доцент Сергієнко К.М.
Рекомендовано до захисту на засіданні
кафедри (протокол № ... від11.2024 р.)

Завідувач кафедри: Кашуба В.О.
д. фіз. вих., професор

(підпис)

ЗМІСТ

Список умовних скорочень	4
Вступ	5
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ	10
1.1. Загальна характеристика реабілітаційного процесу	10
1.2. Основні напрямки та підходи щодо фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій	16
1.3. Особливості функціонування систем комплексної реабілітації учасників бойових дій в різних країнах	22
1.4. Законодавче та нормативно правове забезпечення фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій в Україні	26
Висновки до розділу I	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	32
2.1. Методи дослідження	32
2.1.1. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури	32
2.1.2. Аналіз медичних документів	32
2.1.3. Метод експертних оцінок	33
2.1.4. Методи математичної статистики	34
2.2. Організація дослідження	34
РОЗДІЛ 3. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА АЛГОРИТМУ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗКУЛЬТУРНО- СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	36
3.1. Аналіз структури порушень опорно-рухового апарату у військовослужбовців в умовах служби під час інтенсивного збройного конфлікту	37
3.2. Аналіз можливостей проведення реабілітаційних заходів серед учасників бойових дій в умовах служби	41

3.3. Обґрунтування та розробка алгоритму комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій	44
ВИСНОВКИ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	52

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ – артеріальний тиск

ВП – вихідне положення

ДС – дихальна система

КРС – кардіо-респіраторна система

ОРА – опорно-руховий апарат

ССС – серцево-судинна система

ФСР – фізкультурно-спортивна реабілітація

ЧСС – частота серцевих скорочень

ЦНС – центральна нервова система

ВСТУП

Актуальність теми. З початку агресії російської федерації і тимчасової окупації Автономної Республіки Крим та окремих районів Донецької, та Луганської областей України, участь в антитерористичній операції (АТО) та операції об'єднаних сил (ООС) взяли понад 500 тисяч українців. В результаті обмеженого конфлікту, який тривав 8 років (з 2014 р. по 2022 р.) негативного впливу різних факторів бойової діяльності зазнали близько 90% військовослужбовців, які брали участь в АТО та ООС, потребували комплексної медичної, соціальної, психологічної та фізкультурно-спортивної реабілітації. Завдяки цьому одним з головних пріоритетів соціальної політики держави, а також складовою медичної реформи на зазначеному етапі стала необхідність обґрунтування, розробка та удосконалення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій, кількість яких постійно збільшувалася. Таким чином, заходи комплексної реабілітації учасників бойових дій, проводилися в медичній, психічній і соціальній галузях захисту військових, набули системного та комплексного характеру. Всебічною реабілітацію учасників бойових дій в Україні займалися керівництво держави, громадські українські та міжнародні організації, медична служби Збройних Сил (ЗС) України та медичні установи країни.

Про важливість вирішення цієї медико-соціальної проблеми свідчить значна кількість прийнятих у державі нормативно-правових документів: Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», Указу Президента України від 18.03.2015 № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції», розпорядження кабінету міністрів України від 12 липня 2017 р. № 475-р «Про схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях,

забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року» та цілий інших нормативно-правових актів щодо всебічної, комплексної реабілітації учасників бойових дій.

Також розпочалося проведення наукових досліджень щодо вдосконалення системи медичної реабілітації громадян України. Почалася розробка і запровадження науково обґрунтованого комплексного підходу до реабілітації військовослужбовців, а наявні наукові публікації та науково-методична література були присвячені в основному розгляду та аналізу різних аспектів фізичної, психологічної, соціальної та фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців та учасників бойових дій. Крім цього, для оптимізації медичної, психологічної та соціальної реабілітації учасників бойових дій були розроблені єдині методологічні підходи, і також визначені окремі напрямки теорії, методики і практики реабілітації, також було розроблено різні моделі комплексного проведення реабілітаційних заходів військовослужбовців та учасників бойових дій і їх сімей.

Проте з початком повномасштабного вторгнення російської федерації 24 лютого 2022 року та розгортанням інтенсивної війни всі заходи та розробки спрямовані на комплексну реабілітацію військових дещо втратили актуальність. З'явився цілий ряд нових проблем, що потребують негайного вирішення в тому числі й науково-методичного обґрунтування. По-перше, значно збільшилася кількість військовослужбовців, які виконують бойові завдання та через це не можуть вчасно та в повному обсязі отримати реабілітаційну допомогу. По-друге, значна кількість добровольців, що вступили в ряди Збройних Сил України приховали власні захворювання (іноді доволі серйозні), а також мали дуже низький рівень фізичної підготовки, що негативно впливає на виконання завдань командування. По-третє на сьогоднішній день, через недостатню кількість особового складу командири не можуть звільнити від виконання обов'язків підлеглих, що мають (не значні, на думку військових медиків) проблеми зі здоров'ям та в цивільному житті потребували б реабілітації. В значній мірі ефективному виконанню бойових

завдань та несенню служби заважають порушення опорно-рухового апарату у військових.

Таким чином, відсутність науково обґрунтованого комплексного підходу до організації проведення необхідних заходів комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації та гостра потреба у підвищенні якості виконання бойових завдань військовослужбовцями, обумовили актуальність дослідження, визначили його мету та завдання.

Мета роботи: теоретично обґрунтувати та розробити алгоритм комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації військових з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах несення військової служби під час інтенсивного збройного конфлікту.

Для досягнення мети було визначено наступні завдання.

Завдання роботи:

1. Провести науковий аналіз світових та вітчизняних джерел інформації щодо поглядів на особливості реабілітації учасників бойових дій в умовах несення військової служби під час інтенсивного збройного конфлікту.

2. Дослідити особливості і структуру порушень опорно-рухового у військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій.

3. Розробити алгоритм комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації військових з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах несення військової служби

Зв'язок роботи з науковими планами та темами. Робота виконана згідно з науковим планом у держбюджетній НДР за темою 3.2. "Теоретико-методичні основи біомеханічних технологій у фізичному вихованні, спорті, реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей моторики людини".

Об'єкт дослідження – процес фізкультурно-спортивної реабілітації при порушеннях опорно-рухового апарату.

Предмет дослідження – алгоритми фізкультурно-спортивної реабілітації при порушеннях опорно-рухового апарату у учасників бойових дій.

Методи дослідження. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури, аналіз медичних документів, метод експертних оцінок, методи математичної статистики.

Наукова новизна магістерської кваліфікаційної дипломної роботи полягає в тому, що:

- в перше обґрунтовано доцільність та необхідність використання заходів фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців під час бойових дій;

- в перше визначено структуру скарг військових на порушення опорно-рухового апарату під час несення служби;

- в перше виявлено фактори, що перешкоджають проведенню реабілітаційних заходів під час несення служби;

- в перше розроблено алгоритм комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації військових з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах несення військової служби.

Теоретична значущість роботи полягає в теоретико-методичному обґрунтуванні алгоритму фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій під час дійсної військової служби.

Практична значущість роботи розробці алгоритму фізкультурно-спортивної реабілітації порушень опорно-рухового апарату військовослужбовців учасників бойових дій під час дійсної військової служби.

Структура кваліфікаційної роботи на здобуття освітнього ступеня магістра. Робота має із класичну структуру та написана за дотриманням усіх відповідних вимог, які пред'являються щодо написання даного роду наукових робіт. Робота складається з: титульного листу, змісту, переліку умовних скорочень, вступу, першого розділу, який містить чотири підрозділи, висновків до першого розділу, другого розділу, в якому детально описано використані методи дослідження, третього розділу, який складається з трьох підрозділів, висновків до 3 розділу, практичних рекомендацій, висновків та списку використаних літературних джерел. Список використаних

літературних джерел містить 88 джерел, що стосуються теми обраного наукового дослідження. Робота викладена на 62 листах та містить 5 таблиць.

РОЗДІЛ 1.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

1.1. Загальна характеристика реабілітаційного процесу

Реабілітація, як комплекс заходів, призначених для відновлення порушених функцій організму відома з давніх часів. Так ще в стародавній Греції, Римі, Єгипті в комплексному лікуванні пацієнтів лікарі застосовували фізичну активацію та трудотерапію [27, 28]. Термін реабілітація походить від латинського слова *habilis* – «здатність», *rehabilis* – «відновлення здатності». Вперше визначення поняття «реабілітація» було дано ще в 1903 році Францем Йозефом Рітте фон Бусом в книзі «Система загального опікунства над бідними». У 2001 році на 54 сесії ВООЗ була схвалена та прийнята Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) Відповідно до моделі МКФ, реабілітація була визначена як «скоординований процес, що посилює діяльність і участь людей з обмеженими можливостями для досягнення оптимальної соціальної інтеграції». Також відповідно до МКФ були сформульовані у новому аспекті такі поняття як «здоров'я» та «інвалідність». Інвалідність трактується як пониження почуття власної гідності людини та гідності в очах інших людей. Крім психологічного аспекту інвалідності, МКФ враховує ще й соціальні аспекти і не вбачає в інвалідності лише медичну та біологічну дисфункції [21].

На думку експертів ВООЗ, реабілітація є процесом, що направлений на всебічну допомогу хворим, інвалідам для досягнення ними максимально 27 можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, соціальної та економічної повноцінності. Основна мета реабілітації полягає в ефективному та ранньому поверненні хворих та інвалідів до побутових та трудових

процесів, відновлення особистості людини, як повноправного члена суспільства. За ствердженнями фахівців [43, 61], мета реабілітації залежить від ступеня тяжкості вихідних морфо-функціональних і медико-соціальних порушень: для одних хворих мета може полягати в досягненні повного відновлення порушених функцій і повної ресоціалізації пацієнта (повернення до праці, відновлення попереднього положення в соціальному макро- і мікросередовищі.); для інших, хворих з більш тяжким початковим станом – у виробленні компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення незалежності хворого в повсякденному житті і підвищення якості його життя. Кінцевим результатом медичної реабілітації являється повне відновлення здоров'я та повернення до звичної професійної праці. Основні принципи медичної реабілітації були сформульовані її основоположником К. Ренкєро у 1980 році і полягають в наступному: — неперервність: реабілітація повинна здійснюватись починаючи з самого початку захворювання або травми і аж до повного повернення людини в суспільство; — комплексність: проблема реабілітації повинна вирішуватись комплексно з урахуванням всіх її аспектів; – доступність: реабілітація повинна бути доступною для всіх тих, хто її потребує; – гнучкість: реабілітація повинна пристосовуватись до зміни структури захворювання, а також враховувати технічних процес і зміну соціальних структур [27]. Подальший розвиток медико-соціальної реабілітації сприяв подальшому розширенню її принципів. На сьогоднішній день серед них виділяють [20] наступні: – ранній початок проведення реабілітаційних заходів; – комплексне застосування всіх доступних і необхідних заходів; – індивідуальні програми реабілітації; – етапність реабілітації; – безперервність і наступність протягом всіх етапів реабілітації; – соціальна спрямованість реабілітаційних заходів; – застосування методів оцінки ефективності реабілітації. Реабілітація являється процесом, який складається з декількох етапів. Послідовність етапів реабілітації може бути різною, однак в будь-якому випадку необхідно дотримуватись максимальної наступності у відповідності до загальної програми реабілітації. Прийнято [12] розрізняти

наступні етапи реабілітації: – етап екстреної реабілітації – підтримання або відновлення працездатності спецконтингентів в зоні або у вогнищі надзвичайної ситуації; – стаціонарний (госпітальний) етап – відновна терапія у госпіталі, лікарні чи іншому стаціонарному медичному закладі; – амбулаторно-поліклінічний етап – продовження і (або) завершення всього комплексу реабілітаційних заходів в поліклініці або диспансері за місцем проживання. Виділяють [27, 28] наступні періоди реабілітації: – період стабілізації; – період мобілізації; – підтримуючий період.

Успіх будь-якої реабілітаційної програми залежить як від урахування клініко-біологічних, так і психосоціальних факторів. Початок активних реабілітаційних заходів (активні вправи, перехід у вертикальне положення, вставання, статичні навантаження) є суцільно індивідуальним в залежності від характеру і ступеня порушення функції після травми або захворювання [12, 20]. Деякі дослідники [20, 35, 37, 38] вважають доцільним її проведення з моменту ліквідації загрози життю, але пасивні методи реабілітації можуть і повинні починатись ще в реанімаційному періоді і продовжуватись на фоні інтенсивного лікування гострого захворювання. Такий ранній початок реабілітаційних зусиль необхідний у зв'язку з тим, що саме в цей період найбільш активно відбуваються процеси реституції і регенерації, а також з поступовим стиханням реабілітаційного потенціалу інваліда внаслідок перебудови співвідношень його особистості зі зміненим мікросоціальним середовищем, «вживання» в інвалідність і ослаблення мотивації на реадаптацію [46, 49]. Відповідно до цього, перший етап медичної реабілітації здійснюється в гострий період перебігу захворювання або травми у відділеннях реанімації і інтенсивної терапії медичних організацій за профілем основного захворювання при наявності підтвердженої результатами обстеження перспективи відновлення функції (реабілітаційного потенціалу) і відсутності протипоказів до методів реабілітації [20, 71]. Забезпечення системи реабілітації базується на наступних положеннях: – гарантованість державою і закріплення законодавством країни; 30 – цільове фінансування ,

прогнозування та програмне забезпечення заходів реабілітації; – безкоштовність переважної більшості реабілітаційних заходів; – орієнтація заходів реабілітації на потенційні можливості кожної конкретної людини; – системність та стабільність реабілітаційних заходів. З точки зору системного підходу, реабілітація – це система наукової та практичної діяльності, яка спрямована на часткове і повне відновлення (збереження) особистого і соціального статусу людини шляхом комплексного впливу на особистість медичних, соціальних, психологічних, педагогічних правових та багатьох інших факторів. Таким чином, реабілітацію необхідно розглядати, як складну, соціально-медичну проблему, яку можна поділити на декілька видів або аспектів: медичну, фізичну, психологічну, професійну (трудова) і соціально-економічну [30, 35]. Основним напрямком медичної та фізичної реабілітації є відновлення здоров'я пацієнта шляхом комплексного застосування різноманітних заходів, спрямованих на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а у випадку коли це неможливо – розвиток компенсаторних та замісних пристосувань (функцій). Психологічним напрямком реабілітації є корекція психічного стану пацієнта, формування його відношення до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів. Професійний аспект реабілітації включає в себе питання працевлаштування, професійного навчання в тому числі набуття нової професії, визначення працездатності пацієнтів. Соціально-економічна реабілітація полягає в тому, щоб постраждалий здобув соціальну повноцінність та соціальну незалежність. Ці завдання в основному повинні вирішувати органи соціального забезпечення [32, 61]. В останні роки в літературі [83, 84] з'явився термін «якість життя, пов'язана із здоров'ям» (healthrelated quality of life). Існує багато визначень поняття «якість життя», але в цілому всі вони вказують на те, що даний показник багатогранно відображає сприйняття пацієнтами їх власного здоров'я та здатності до життєдіяльності. Медична складова даного поняття, яка визначається здоров'ям людини, відображає вплив захворювання, а також лікування на повсякденне життя

хворого. В медичному плані «якість життя» розуміють як рівень благополуччя та ступінь задоволення людини своїм фізичним, психологічним і соціальним станом, на який впливають захворювання та їх лікування, а також суб'єктивна оцінка, індивідуальна реакція хворого на ті зміни, які відбулись чи можуть відбутися в результаті захворювання та наступного відновлення. Тобто поняття «якість життя, пов'язану із здоров'ям» поєднують групи критеріїв, що характеризують здоров'я: фізичні, психологічні та соціальні. При цьому кожна з цих груп містить ряд показників, які можна оцінити як об'єктивно, так і суб'єктивно [10, 114, 158]. У зв'язку з багатофакторністю поняття якості життя в ньому виділяють [58, 83] три аспекти: – медичний – вплив захворювання, його симптомів, а також лікування, що проводиться, на функціональні здатності людини, на її повсякденну життєдіяльність; – психологічний – суб'єктивне відношення людини до свого здоров'я, ступінь адаптації до захворювання; – соціально-економічний – здатність функціонувати в спільноті та приносити користь. Поняття «якість життя» та реабілітація тісно пов'язані між собою. Якість життя розглядається як інтегральна характеристика, на яку необхідно орієнтуватись при проведенні оцінки ефективності реабілітації хворих та інвалідів. 32 Якість життя є надійним, інформативним та економічним методом багатопланової оцінки здоров'я хворого, при чому не лише на індивідуальному, але й на груповому рівні. Дане поняття дозволяє індивідуалізувати реабілітаційне лікування, яке проводиться, та реалізувати основний принцип медицини «лікувати не хворобу, а хворого» [84]. Згідно з літературними даними [20], не завжди легко провести чітку границю між лікуванням і реабілітацією. В єдиній системі лікувально-профілактичних заходів, що застосовуються при лікуванні поранених, реабілітація займає проміжне положення, продовжуючи лікування і передуючи диспансеризації та вторинній профілактиці. Якщо лікувальні заходи в першу чергу спрямовані на причину та сутність хвороби, а також на усунення основного субстрату патологічного процесу, то в результаті реабілітації в основному досягається відновлення соматичних функцій, психічного статусу і працездатності для

того, щоб хворий зайняв відповідне місце в суспільстві. В цілому перелік основних заходів, які відрізняють реабілітаційну допомогу від звичайного лікування є наступним: здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого або інваліда з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком медичної реабілітації; проведення реабілітації за визначеним планом, складеним на основі первинної оцінки стану хворого; здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів в динаміці і при завершенні реабілітаційного курсу; складання при виписці рекомендацій по лікувальним, психокорекційним, соціальним заходам, виконання яких необхідне на наступних етапах реабілітації. Перелік приведених заходів складає «реабілітаційний цикл», який коротко описується як «оцінка – призначення – втручання – оцінка» [64]. Реабілітаційний цикл може застосовуватись або один раз, або декілька разів, в залежності від потреб пацієнта, як на одному, так і на різних етапах реабілітації [51]. На сьогоднішній день загально прийнятим вважається положення про комплексний характер реабілітації. Застосування лише окремих методик реабілітації дозволяє досягти певних позитивних результатів, але ефективність такого підходу до реабілітації недостатня [16]. На думку дослідників [16, 37] це обумовлено тим, що реабілітація є не просто комплексом заходів чи сумою більшої чи меншої кількості різних методів. У програмах реабілітації ефективність кожної складової тісно залежить від інших її складових. Включення в програму реабілітації будь-якої важливої складової (клінічної, психологічної, фізичної, соціально-трудова тощо), крім свого прямого впливу опосередковано підвищує ефективність інших складових. Такого роду синергія призводить до значного підвищення ефективності програми реабілітації в цілому. Медична реабілітація є досить складним процесом і для її успішного проведення вимагає залучення багатьох медичних спеціалістів; терапевтів, хірургів, психіатрів, психологів, фізіотерапевтів. Тому на думку багатьох дослідників [41, 46] реабілітація на сьогоднішній день сформувалась в самостійну науку, яка має конкретний субстрат дослідження – саногенетичні механізми в їх біосоціальной єдності;

методику дослідження – використання специфічних функціональних навантажень, різноманітність спеціальних методів реабілітації; понятійний апарат і термінологію; спеціалізовані організаційні форми в структурі охорони здоров'я. Таким чином, можна стверджувати, що реабілітація є багатограним процесом, який полягає у відновленні здоров'я людини і його реінтеграції в трудове та соціальне життя. Тому всі види реабілітації взаємопов'язані і їх розглядають у як єдине ціле [18].

Аналіз реабілітації як науки [127, 128] дає можливість виділити її наступні основи: – методологічну – розуміння біологічної природи і соціальної сутності людини, реабілітації як системи, єдності та протилежності патогенезу і саногенезу; – біологічну – вчення про саногенез, як про інтегративний процес, вчення про функціональні системи і про фенотипічну адаптацію; – психологічну – вчення про особистість і її компенсаторні механізми, що обумовлюють саногенетичну спрямованість реакцій особистості; – організаційну – спеціалізовані кабінети, відділення поліклініки, центри, заклади професійного перенавчання, лікувально-трудова майстерні; – матеріально-технічну – спеціальне оснащення та обладнання для досліджень, медичної та професійної реабілітації. Інтеграційна взаємодія цих основ і створює реабілітацію як науку, що включає наукові принципи впливу на саногенетичні механізми людини та середовище, що її оточує.

1.2. Основні напрямки та підходи щодо фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій

Проблема збереження здоров'я і працездатності військовослужбовців, що приймають участь у військових конфліктах, останнім часом привертає увагу великого числа дослідників [5, 31]. Широко розвиваються нові концептуальні підходи щодо спортивно-фізкультурної реабілітації поранених на різних етапах її застосування. Однак фізкультурно-спортивні аспекти змісту й особливості реалізації комплексних програм фізкультурно-спортивної реабілітації, орієнтовані на окремі категорії поранених, на

специфіку проявів соматичних та психічних розладів у військовослужбовців, на сьогоднішній день розроблені недостатньо [53,]. За даними літератури [34,] встановлено, що серед учасників локальних війн і збройних конфліктів переважна більшість військовослужбовців потребують відновного лікування та реабілітації. Сучасна бойова травма відрізняється особливою тяжкістю, множинністю і поєднаним ураженням (мінно-вибухові поранення), в зв'язку з чим, є потужним стресом для організму – фізичним і психічним [31, 32, 34].

Закономірні прояви травматичної хвороби, а також супутні розлади психічної адаптації вимагають додаткових зусиль з боку фахівців з їх виявлення та оцінки діючих і оптимізації подальших реабілітаційних заходів, що застосовуються у поранених [44]. Багатовекторність патогенетичних механізмів формування травматичної хвороби з каскадом структурно-функціональних порушень у всьому організмі пораненого, висока частота виявлення в клінічній картині постраждалих соматичних, неврологічних, ендокринних, функціональних розладів призводять до значних труднощів реабілітації даного контингенту пацієнтів [16, 28, 33]. За даними зарубіжних авторів, реабілітація поранених вимагає концептуальних підходів, проведення чіткого аналізу та розуміння специфіки перебігу поранень в гострому та віддаленому періодах бойової травми [84, 86]. Однак, нажаль, у вітчизняній літературі практично відсутні дані щодо проблеми відновлення здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій. За час проведення АТО більш ніж 6200 військовослужбовців отримали поранення. Переважна більшість з них крім медичної потребує і фізкультурно-спортивної реабілітації [3, 17, 39].

Зважаючи на міжнародні статистичні дані про зниження показників фізичного стану у бувших учасників бойових дій, в тому числі, які призводять не тільки до соціальної дезадаптації, але й трудової та фізичної, питання відновлювального фізичного стану не можливо вирішити лише за рахунок санаторно-курортного лікування [5]. Тому фізкультурно-спортивна реабілітація учасників бойових дій є важливим етапом у їхньому відновленні та адаптації до мирного життя. Цей процес має бути комплексним і

враховувати психологічні, фізичні та соціальні аспекти. Ось деякі напрямки та підходи до фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій:

Індивідуалізація програм. Кожен учасник конфлікту має свої унікальні потреби та обмеження, тому важливо створювати індивідуальні програми реабілітації, які враховують їхні можливості та цілі.

Фізична підготовка. Включає в себе вправи для відновлення фізичної сили, витривалості, гнучкості та координації. Також важливо проводити заняття з фізичною реабілітації для тих, хто отримав травми.

Соціальна адаптація. Допомога учасникам бойових дій в адаптації до змінених умов життя, підтримка в знаходженні нової соціальної ролі та інтеграції в суспільство.

Психологічна підтримка. Надання психологічної допомоги у подоланні стресу, тривоги та інших психічних проблем, пов'язаних з пережитими подіями.

Спортивні заходи та змагання. Участь у спортивних заходах може сприяти відновленню самоповаги, підвищенню настрою та зміцненню духу.

Екологічний підхід. Використання природних ресурсів (природні ландшафти, лікувальні властивості водойм та лісів) для покращення здоров'я та психологічного стану учасників.

Технологічні рішення. Використання сучасних технологій у фізкультурно-спортивній реабілітації, таких як віртуальна реальність для психологічної корекції або моніторингу фізичного стану.

Ці підходи можуть застосовуватися як окремо, так і в поєднанні залежно від потреб та можливостей учасників бойових дій.

Лікування бойової травми вимагає оперативної оцінки стану поранених, прогнозу виявлених порушень, а також проведення усіх можливих лікувально-реабілітаційних заходів є лише першим етапом. Соматичні захворювання та травми досить часто супроводжуються психічними змінами, які значно затрудняють проведення реабілітації. Вони не дозволяють досягти необхідної якості життя хворих та інвалідів – кінцевої мети реабілітації. До того ж,

психічні зміни в ряді випадків супроводжуються емоційними розладами, які спричиняють негативний вплив на основний патологічний процес [16]. Цей факт також необхідно враховувати при проведенні фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій.

Участь у бойових діях загально визнано вважається стресовим фактором найвищого ступеня інтенсивності. Тому обов'язковою складовою комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в бойових діях має бути медико-психологічна реабілітація (МПР) [15]. Учасники локальних воєн і збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає багатопрофільної реабілітації, а інваліди з їх числа можуть бути виділені в групу особливої соціальної значущості, оскільки серед ветеранів, вперше визнаних інвалідами, понад 50,0% – особи працездатного віку [12]. У структурі первинного виходу на інвалідність військовослужбовців на першому місці стоять поранення всіх локалізацій, на другому – хвороби серцево-судинної системи, на третьому – порушення рухового апарату. Питання реабілітації учасників бойових дій вимагає чіткого виділення об'єкту та предмету фізкультурно-спортивної реабілітації. Вважається, що безпосередніми об'єктами фізкультурно-спортивної реабілітації є поранені в ході АТО військовослужбовці. Предметом дослідження медичної реабілітації є особливості і закономірності приведення фізичного стану до норми, потребуючі фізкультурно-спортивних заходів, та вдосконалення методів їх проведення і форм оптимальної організації системи фізкультурно-спортивних реабілітаційних заходів [5, 20].

В літературі зроблено спробу розділити об'єкти фізкультурно-спортивної реабілітації на контингенти. За даними авторів [20, 51], безпосередніми об'єктами реабілітації є хворі, травмовані, поранені та реконвалісценти після різних захворювань з тимчасовою втратою працездатності або її зниженням в різному ступені (первинний контингент); хворі хронічними захворюваннями; постраждалі з наслідками травм і поранень зі стійкою втратою працездатності і тимчасовою інвалідизацією, у

яких в результаті прийнятих заходів можлива позитивна корекція (вторинний контингент); інваліди з наслідками захворювань, травм, поранень з різним ступенем стійкої втрати працездатності (третинний, або постійний, контингент, потребує фізкультурно-спортивної реабілітації). Поранені в ході АТО військовослужбовці ввійдуть в усі три перераховані контингенти. Це залежатиме від ступеня змін функціональних можливостей людини в зв'язку з отриманим пораненням. Під терміном фізкультурно-спортивної реабілітація учасників бойових дій розуміють [11] комплекс державних, соціально-економічних, медичних, психологічних професійних та інших заходів на нормалізацію порушених і компенсацію втрачених функцій організму внаслідок поранення, ушкодження, захворювання, перебування в екстремальній ситуації, з метою відновлення боє- та працездатності. Основними напрямками фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій є максимізація фізичних функцій організму. На думку науковців [1, 15] фізкультурно-спортивної реабілітація учасників бойових дій повинна відповідати наступним принципам: – професійність. Фізкультурно-спортивної реабілітація військовослужбовців проводиться лікарями, фізіотерапевтами, тренерами, інструкторами ЛФК, які мають відповідний рівень освіти і в повній мірі володіють методами обстеження та лікування; – обґрунтованість. Застосування надійних, доступних, перевірених, оптимальних методів фізкультурно-спортивної реабілітації; – індивідуальний підхід. Планування та застосування методів фізкультурно-спортивної реабілітації з урахуванням особливостей соматичного та психічного стану, обумовленого бойовою травмою, кожного конкретного військовослужбовця; – неперервність і тривалість. Фізкультурно-спортивну реабілітацію необхідно розпочинати з моменту поступлення військовослужбовця у лікувальний заклад і продовжувати до повної нормалізації психо-фізіологічного стану. Фізкультурно-спортивна реабілітація учасників локальних конфліктів повинна будуватися на принципах єдності лікування і реабілітації, послідовності і спадкоємності і розглядатися як єдиний динамічний процес

[13]. У моделі фізкультурно-спортивної реабілітації більшість дослідників виділяє такі основні напрямки:

Фізичну реабілітацію: Включає в себе різні види фізичних вправ, спрямованих на покращення функцій опорно-рухового апарату, збільшення м'язової сили, витривалості та координації рухів.

Корекцію постави: Спеціальні вправи та корекційні методики для виправлення постави та попередження розвитку сколіозу та інших вад постави.

Функціональну реабілітацію: Направлена на відновлення функціональних можливостей організму, у тому числі серцево-судинної, дихальної, нервової та інших систем.

Соціальну реабілітацію: Включає в себе різні форми соціальної підтримки, включаючи групові заняття, спілкування з однодумцями та психологічну підтримку.

Психологічну реабілітацію: Направлена на покращення психологічного стану пацієнтів через спеціальні психотерапевтичні та психологічні підходи.

Ігрову реабілітацію: Використання різноманітних ігор та ігрових вправ для покращення фізичного стану та координації рухів.

Адаптивну реабілітацію: Враховує індивідуальні потреби та можливості кожного пацієнта, зокрема використання адаптивних засобів та методик для досягнення максимального результату [55].

У світі позитивно зарекомендували себе і були визнані перспективною організаційною формою центри фізкультурно-спортивної реабілітації, до складу яких входять різноманітні спортивні споруди, іноді включені і санаторний етап реабілітації. Завдяки наявності необхідного обладнання та фахівців різного профілю (логопедів, соціологів, психологів, працетерапевтів, майстрів з професійного навчання, тренерів з фізичної підготовки та різних видів спорту) в них створені всі можливості й умови для здійснення комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації [47].

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

Перші роботи зі створення системи комплексної медико-соціальної реабілітації були опубліковані в II половині XX століття в США. Вони ґрунтувалися на результатах спостереження за учасниками військових дій у В'єтнамі (1964-1973 рр.). Реальна державна підтримка програми реабілітації учасників війни у В'єтнамі почалася з 1979 р, коли особливим законом (Public Law 96-22) для ветеранів була створена спеціальна система обслуговування, названа реадaptaційним консультуванням, в організованих для цього центрах підтримки. При цьому бралось до уваги те, що основною проблемою є труднощі реадaptaції ветеранів до мирного життя, і мета програми - це реальна допомога і підтримка. Перший центр був створений 1 жовтня 1979 р., а до 1990 р вже функціонувало 197 таких центрів із загальним бюджетом в 57 млн. 41 доларів; за 12 років роботи центри відвідали 800 тис. ветеранів та 300 тис. членів їх сімей. Персонал цих установ в більшості своїй складається з ветеранів В'єтнаму.

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

збройного конфлікту між силами центрального уряду Сьєрра-Ліоне Німецьке товариство технічної співпраці (GTZ) у співробітництві з урядом Сьєрра-Ліоне розробило спеціальний проект загальною вартістю 5 млн. євро. Цей проект передбачає довготривалу програму професійної та соціальної інтеграції учасників бойових дій в суспільство, забезпечення професійної освіти та перекваліфікації. За результатами цієї програми 80% бувших учасників військових формувань успішно пройшли навчальну програму і інтегрувались у суспільство. Урядом Шрі-Ланки була створена Служба Верховного Комісаріату з питань реабілітації – державний орган основним напрямком роботи якого є реабілітація військовослужбовців шляхом застосування психолого-соціальних, навчальних, творчих, духовно-релігійних програм. Для цього

Служба Верховного Комісаріату з питань реабілітації розробила програму під назвою «4R» (реабілітація, повернення в суспільство, реінтеграція, примирення). На втілення цієї програми урядом Шрі-Ланки було виділено більше ніж 2,5 млрд. рупій (близько 17 мільйонів доларів). Реабілітація ветеранів збройних сил Ізраїля, які отримали інвалідність здійснюється завдяки співробітництву уряду і Veit Halochem – міжнародній сітці закладів допомоги учасникам збройних конфліктів. Ці заклади існують завдяки співпраці різних країн а також відділу реабілітації при Міністерстві оборони Ізраїлю.

Учасники бойових дій мають змогу проходити фізіотерапевтичні, гідротерапевтичні, реабілітаційні послуги. Крім цього учасники бойових дій щорічно отримують академічну стипендію для навчання. В 2014 році було виділено 519 академічних і 65 спортивних стипендій на суму від 2 до 5000 доларів США. Для лікування і реабілітації військовослужбовців і ветеранів ЗС США широко застосовуються методи комплементарної та альтернативної медицини. Так для реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом поряд з психотерапією, медикаментозним втручанням, фізіотерапією застосовується фітотерапія, гомеопатія, біологічно активні

харчові добавки, йога, китайська гімнастика «тай-чі-хуань», акупресура, шіатсу, цигун, рейкі, аюрведа, терапія з асистуванням тварин (собак, коней) тощо. При чому вказані методи внесені до клінічного практичного керівництва США [70]. В основі організації реабілітаційного процесу є залучення до реабілітації конкретного хворого (пораненого) визначеної кількості фахівців, які складають мультидисциплінарну (міждисциплінарну) реабілітаційну бригаду (команду) [4, 17]. Роботу бригади і її склад було затверджено на Генеральній Асамблеї медичних фахівців з фізичної та реабілітаційної медицини ЄС у 2008 році [20]. До складу мультидисциплінарної бригади, як правило, функціонально входять наступні фахівці: лікарі-фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини, реабілітаційні медсестри, фізіотерапевти, трудотерапевти, логопеди, клінічні психологи, соціальні працівники, протезисти та ортезисти і дієтологи [61, 67]. В залежності від діагнозу пацієнта та конкретної мети реабілітаційного процесу до складу бригади можуть бути включені інші лікарі необхідного напрямку спеціалізації. Рис. 1.1. Функціональна структура мультидисциплінарної бригади за Ч. Ворлоу, 1998; Скворцовою В.І., 2002) Бригаду очолює лікар – фахівець ФРМ, який несе відповідальність за організацію роботи команди.

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

Нажаль, в нашій країні на сьогоднішній день відсутні лікарі реабілітологи. Здійснені лише перші кроки до підготовки відповідних спеціалістів. існуюча в Україні система професійної підготовки фахівців зі

спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» (раніше «Фізична реабілітація») має порівняно недовгу історію і на даний момент зіштовхується з певними проблемами. Сьогодні таких фахівців (ерготерапевтів) готують переважно в лікар-невролог ерготерапевт кінезотерапевт медична сестра соціальний робітник психотерапевт логопед інститутах фізичної культури, що в подальшому ускладнює їх працевлаштування в лікувальні заклади. Ерготерапія (лат. *ergon* – труд, заняття, грец. *Therapeia* – лікування) або Occupational Therapy (occupation (англ.) - заняття; синонім – трудотерапія або терапія якою-небудь діяльністю, заняттям – застосування цілеспрямованої діяльності з метою покращення або відновлення функціональних можливостей (рухових, емоційних, когнітивних, психічних) пацієнтів з обмеженими можливостями. Процес реабілітації передбачає взаємодію ерготерапевта з іншими спеціалістами реабілітаційного відділення в розробці реабілітаційної програми з метою відновлення тимчасово втрачених функцій пацієнта або з метою адаптації пацієнта до нових умов життя та/або праці в результаті повністю втрачених функцій. Зусилля спеціалістів реабілітаційного відділення (лікаря ЛФК, фізіотерапевта, психолога, соціального педагога, логопеда, ерготерапевта) спрямовані на максимальне відновлення здатності пацієнта до самообслуговування, трудової діяльності, спілкування, відпочинку [16, 17]. Відповідно до Постанови Кабінету міністрів України «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» №266 від 29.04.2015 року в переліку галузей знань і спеціальностей затверджена спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія» в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» [9]. Така назва професії —occupational therapy була встановлена на Україні відповідно до Указу Президента України №678/2015 та погоджувальних листів Міністерства охорони здоров'я України (№3.14-10/1/3116- 15/2632 від 03.02.2016) та Міністерства соціальної політики України (№2816/0/14-16/13 від 26.02.2016), що відповідає вимогам Світової федерації ерготерапії. Випускники напряму підготовки «Фізична терапія, ерготерапія» готуються

для роботи в якості фахівців з фізичної терапії та/або ерготерапії в державних та приватних медичних установах, фізкультурно-спортивних 45 комплексах, оздоровчих та реабілітаційних центрах, середніх і вищих навчальних закладах, в системі санаторно-курортної реабілітації. Фахівець з фізичної терапії, ерготерапії може займати посади: фізичний терапевт, ерготерапевт лікувально-профілактичних установ; інструктор лікувально-фізичної культури; масажист спортивних команд, фітнес-центрів, оздоровчих і лікувально-профілактичних установ; методист з оздоровчої фізичної культури; викладач вищих навчальних закладів в установах професійної освіти. На жаль на даний час в Україні тільки з вересня 2017 року розпочалась підготовка спеціалістів зі спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» у Національному медичному університет імені О.О. Богомольця, Запорізькому Державному медичному університеті та ряді інших медичних університетів України.

1.4. Законодавче та нормативно правове забезпечення фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій в Україні

На сьогоднішній день в Україні прийнято постанову кабінету міністрів про затвердження плану дій на 2021-2025 роки щодо реалізації Національної стратегії розвитку системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни. Проте в Україні, основні терміни та поняття, що стосуються реабілітації визначені Законом «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV [111]. Відповідно до цього Закону, право на реабілітацію має та особа, яка визнана інвалідом. Інвалідність встановлює медико-соціальна експертна комісія (МСЕК). Після встановлення інвалідності реабілітація такого військовослужбовця проводиться в обсязі, визначеному цим Законом. Всі призначені заходи заносяться в «індивідуальну програму реабілітації інваліда» (ІПРІ), яка розробляється МСЕК за зареєстрованим місцем проживання або

лікування інвалідів. На основі цих документів затверджена форма ІПРІ (індивідуальної програми реабілітації інваліда) [8]. Виконання ІПРІ контролює МСЕК. Одним із видів реабілітаційних заходів, які можуть застосовуватися для реабілітації інвалідів є медична складова, яка передбачає медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням [51]. Як видно з вище наведених даних, згідно з законодавчими документами, медичну реабілітацію зможуть проходити тільки ті військовослужбовці, які набули статус «інваліда війни». Однак, до набуття цього статусу проходить певний проміжок часу, подеколи довготривалий. А відсутність в цей час адекватних реабілітаційних заходів може приводити до глибокої інвалідності пораненого, зниження його життєздатності та соціальної активності. Крім цього, відсутність статусу «інваліда війни» не дозволяє юридично обґрунтувати перевід поранених для проходження медичної реабілітації в госпіталях ветеранів війни та санаторіях Міністерства охорони здоров'я, що дозволяло б розвантажити військово-медичні заклади в період масового поступлення поранених. Тому, на думку О.М. Волянського, А.Ю. Кіха (2015), організацію медичної реабілітації пораненим військовослужбовцям, які приймали участь в АТО можна умовно розділити на дві частини. В першій частині заходи будуть здійснюватись до отримання пораненим статусу «інваліда», а в другій – після отримання цього статусу [20].

В ЗС України в даний час є три етапи медичної реабілітації: госпітальний – військово-медичні центри, військові госпіталі; амбулаторно-поліклінічний – військові поліклініки (поліклінічні відділення госпіталів) і медичні пункти частин; санаторно-курортний – спеціалізовані військові санаторії однопрофільні або спеціалізовані відділення багатoproфільних санаторіїв [57]. До системи медичної реабілітації військовослужбовців Міноборони України залучені Ірпінський, Вінницький і Львівський військово-медичні клінічні центри, у яких функціонують реабілітаційні відділення, куди потрапляють бійці відразу після лікування. Крім того, існує три міністерські

санаторії на 1400 ліжок. Окрім того, існує процес направлення бійців до госпіталів ветеранів війни, яких в Україні 29, а це ще 8 тис. місць [57]. На сьогоднішній день в нашій країні відсутнє чинне законодавство, що визначає спеціальні норми щодо реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Єдиним документом, що стосується реабілітації військовослужбовців є протоколи зі стандартизації медичної допомоги при 47 посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), затверджені Наказом МОЗ «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» №121 від 23.02.16 р [10]. Однак, дані протоколи регулюють вузькоспеціалізоване питання ПТСР і надання допомоги військовослужбовцям у закладах МОЗ. Порядок надання допомоги при інших захворюваннях та розладах, що мають місце у учасників бойових дій законодавством поки що не встановлений. В цілому-ж, комплексно, питання функціонування систем фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій в Україні науковцями ще не розглядалися. Тому цікавим за аналогією, на наш погляд, є підхід до удосконалення лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України, з використанням інтеграційно-координаційної моделі, що базувалась на необхідності виконання Міжгалузевої комплексної програми „Здоров’я нації на 2002-2011 роки—, рекомендацій ВООЗ та нормативно-правової бази України. Було розроблено та апробовано модель удосконаленої системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України, що подано як інтеграційно-координаційну модель. В основі запропонованої моделі, як і будь-якої організаційної, передбачалось удосконалення усіх функціонально-структурних елементів. Об’єктом управління даної моделі автором було обрано здоров’я пенсіонерів МО України. Суб’єктом управління – амбулаторно-поліклінічні заклади МО України з геронтологічними кабінетами, що дозволило автору виявити і здійснити інтеграційно-координаційну функцію між лікувально-профілактичними закладами МО

України та закладами соціального захисту населення. Блок інформаційного забезпечення передбачав формування медичного реєстру пенсіонерів МО України та реєстру пенсіонерів, які потребували надання медико-соціальної допомоги. Основними функціями запропонованої інтеграційно-координаційної моделі були інтеграційна і координаційна. Метою інтеграції було формування 48 нових функціональних взаємозв'язків між лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення для створення єдиної цілісної системи за рахунок більш раціонального, адекватного спільного використання існуючих людських, матеріально-технічних та економічних ресурсів. Принцип координаційної функції полягав у забезпеченні узгодженості дій усіх ланок (елементів) організаційної моделі шляхом встановлення раціональних зв'язків та обміну інформацією між ними. Після упровадження інтеграційно-координаційної моделі та удосконалення лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України автору вдалось покращити медико-соціального обслуговування пенсіонерів МО України шляхом інтеграції та координації роботи між лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення, покращити виявлення осіб, які потребують медикосоціальної допомоги та передача цих даних до медичного реєстру пенсіонерів МО України. Як позитивні якості упровадження інтеграційно-координаційної моделі автор відмічає покращення проведення геріатричної медичної реабілітації серед пенсіонерів МО України на всіх етапах комплексної реабілітації та впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів МО України досягнень геронтології та геріатрії: нових методів діагностики, лікування і профілактики передчасного старіння та аналіз їх ефективності. Зазначене позначилось на показниках вивчення причин захворюваності, первинної інвалідності та смертності серед пенсіонерів МО України. Основним функціональним елементом запропонованої Базовим принципом цього Положення є проведення щорічних медичних обстежень пенсіонерів, розподіл їх на групи за наявними

хронічними захворюваннями, ступенем рухової активності і здатністю до самообслуговування та проведення деяких інших медико-соціальних заходів. Як бачимо, не дивлячись на нечисельні наукові публікації присвячені в основному фрагментарному розгляду та аналізу окремих аспектів фізичної та психологічної реабілітації військовослужбовців, військових пенсіонерів чи учасників бойових дій, в цілому, комплексно, питання функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій в Україні науковцями ще не досліджувались. Тому, на відміну від існуючих за кордоном систем медико-психологічної реабілітації поранених, які ґрунтуються на державній підтримці, організація аналогічної допомоги в нашій країні перебуває на етапі становлення, що безперечно є стимулом до виконання цього дослідження і визначає доцільність проведення його наступних етапів. Висновки до 1 розділу 1. Висвітлено відсутність в державі єдиного, науково обґрунтованого комплексного підходу до організації проведення ефективних заходів медичної, психологічної та соціальної реабілітації та гостру потребу у підвищенні якості життя, медичного обслуговування, соціального захисту і медико-психологічної допомоги військовослужбовцям – учасникам бойових дій. 2. Показано, що на даний час тільки розпочалася цілеспрямована підготовка медичних фахівців для забезпечення системи медичної реабілітації зокрема: реабілітологів, ерготерапевтів тощо. Зазначене значною мірою 50 гальмує процес ефективного розвитку та удосконалення системи реабілітації учасників бойових дій, кількість яких сягає понад 350 тисяч. Доведено, що в організації медичної, професійної та соціальної реабілітації учасників бойових дій відсутні єдині методологічні підходи і, на сьогоднішній день, визначені тільки окремі напрямки теорії і практики, тому необхідність медико-соціального обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні є надзвичайно актуальною

Висновки до розділу I

Встановлено, що на сьогодні в державі розроблено, науково обґрунтований комплексний підхід до організації проведення ефективних заходів медичної, психологічної, соціальної та фізкультурно-спортивної реабілітації зважаючи на гостру потребу у підвищенні якості життя, медичного обслуговування, соціального захисту і медико-психологічної допомоги військовослужбовцям – учасникам бойових дій.

Проте, всі вище вказані заходи реабілітаційні спрямовано на відновлення військових після поранень або травм та є продовженням заходів лікування, фізичної терапії та ерготерапії. На сьогоднішній день в науково-методичній літературі практично відсутнє обґрунтування заходів фізкультурно-спортивної реабілітації під час проходження військовими дійсної служби, тому ця проблема потребує вирішення.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Методи наукового дослідження, які були використані в нашій роботі дозволили досягнути поставленої мети та вирішити завдання нашої магістерської кваліфікаційної дипломної роботи. Тож нами були використані наступні методи:

- аналіз спеціальної науково-методичної літератури;
- аналіз медичних документів;
- метод експертних оцінок;
- методи математичної статистики.

2.1.1. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури. Метод теоретичного аналізу спеціальної науково-методичної літератури було використано для обґрунтування актуальності нашого дослідження, огляду проблемних питань фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій в сучасних умовах інтенсивного збройного конфлікту, узагальнення світового досвіду щодо реабілітації діючих військових та ветеранів, вивчення законодавчих та інших нормативно-правових документів, що обумовлюють проведення реабілітаційних заходів в Україні та сучасні заходи, методи реабілітації учасників бойових дій.

Всього нами було проаналізовано 88 джерел наукової, науково-методичної літератури, з яких 24 іноземною мовою.

2.1.2. Аналіз медичних документів. Даний метод нами було використано для визначення кількісних та якісних показників порушень опорно рухового апарату у військовослужбовців та учасників бойових дій. Нами було проведено аналіз таких медичних документів:

- медичних книжок військовослужбовців;
- карток обліку травм;

- книг обліку хворих в амбулаторії;
- облікових карток за результатами диспансеризації;
- журналів обліку хворих, що знаходяться на стаціонарному лікуванні;
- книг обліку хворих направлених на стаціонарне лікування, військово-лікарську комісію, та осіб, що потребують систематичного лікарського спостереження.

За допомогою аналізу вищезазначених документів на ми було визначено кількість звернень військових зі скаргами на здоров'я та класифікувати ці скарги та виявити кількісну та якісну структуру скагр у військових.

2.1.3. Метод експертних оцінок. Даний метод було використано для визначення факторів, що впливають на процес фізкультурно-спортивної реабілітації, розробки алгоритму фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій. Всього до досліджень було залучено 12 експертів. Склад експертів був наступним Чотири (4) працівники реабілітаційних центрів, що працюють з учасниками бойових дій, всі експерти мають диплом магістра зі спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія». Чотири (4) лікарі санаторно-профілактичних закладів в яких проходять реабілітацію учасники бойових дій. Чотири (4) лікарі, що працюють в медичних підрозділах Збройних сил України. Всі експерти працювали з учасниками бойових дій, як мінімум з 24 лютого 2022 року, тобто з початку повномасштабного вторгнення російської федерації. Експертиза проводилася в письмовому вигляді (експерти заповнювали анкети експертів). Оскільки, залучені експерти не мали великого досвіду участі в експертизах, то опитування експертів проводилося методом попарного порівняння.

Експертиза для найбільшої об'єктивності і достовірності проводилася з дотриманням наступних метрологічних принципів:

1. Суворя послідовність етапів проведення експертизи відповідно до поставленої мети.
2. Анонімність.
3. Кількісна оцінка якості методами кваліметрії.

4. Визначення якості експертизи (за ступенем узгодженості думок експертів).

2.1.4. Методи математичної статистики. Методи математичної статистики використовувалися нами для оцінки погодженості думок експертів (що є невід'ємним етапом проведення будь-якої експертизи). Для оцінки погодженості думок експертів нами було використано коефіцієнт конкордації Кендела.

$$W = \frac{12 \cdot S}{m^2 \cdot (n^3 - n)} \quad S = \sum (\sum X_i - \bar{X})^2;$$

де: W – коефіцієнт конкордації;

m – кількість експертів;

n – кількість об'єктів експертизи

S – сума відхилення квадратів рангів

У статистиці коефіцієнт кореляції рангу Кендала, як правило використовується для вимірювання зв'язку між двома величинами. це непараметричний тест статистичних гіпотез залежності на основі коефіцієнта. Зокрема, він є мірою рангової кореляції, тобто подібності упорядкування даних, коли вони упорядкуванні за своєю величиною.

2.2. Організація дослідження

Наше наукове дослідження проводилося у національному університеті фізичного виховання і спорту України на кафедрі Кінезіології та фізкультурно-спортивної реабілітації. Дослідження проводилося з вересня 2023 року по грудень 2023 року. Структура проведення досліджень мала класичну схему та складалося із трьох етапів.

На першому етапі (з вересня 2022 року по січень 2023 року) відбувався вибір теми наукового дослідження, формування наукової гіпотези, визначення мети та завдання, предмету та об'єкту наукового дослідження, визначення наукової новизни, а також теоретичної та практичної значущість наукового

дослідження. Основним заданням на даному етапі було аналіз спеціальної науково-методичної літератури за темою наукового дослідження.

На другому етапі (з січня 2023 року по вересень 2023 року) був проведений аналіз медичних документів у військових частинах. Аналіз документів проводився за період з 15 січня 2023 року по 15 вересня 2023 року, тобто сім місяців. В частинах служили 4600 військових.

На третьому, завершальному етапі наукового дослідження (з вересня 2023 року по січень 2024 року). Було проведено експертизу щодо впливу факторів військової служби в умовах інтенсивного збройного конфлікту та розробку алгоритму комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації у часників бойових дій. Сформовано висновки роботи та оформлено саму роботу та список використаних літературних джерел. А також відбувалася підготовка магістерської дипломної роботи до офіційного захисту.

РОЗДІЛ 3 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА АЛГОРИТМУ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Реабілітаційні заходи, які використовують для відновлення учасників бойових дій, зазвичай складаються з декількох компонентів, а саме таких, як медико-психологічна допомога і соціальна підтримка [30, 31,].

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

Екстрена реабілітація військовослужбовців це – комплекс заходів щодо своєчасного попередження та швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій, які спрямовані на підтримку працездатності, також відповідної надійності діяльності військовослужбовців та профілактику у них різних захворювань

Під медичною реабілітацією військовослужбовців розуміють систему заходів, які спрямовані на профілактику патологічних процесів, що призводять до тимчасової втрати бое- та/або працездатності, і на більш швидке повернення поранених (в тому числі і інвалідів) до повноцінного суспільного життя.

Психологічна реабілітація учасників бойових дій має включати в себе систему медико-психологічних заходів, які направлені на відновлення емоційної та мотиваційної сфер, досягнення військовими оптимального рівня адаптації і професійних якостей поранених, що забезпечать військово-професійну працездатність.

Фізкультурно-спортивна реабілітація - це комплекс заходів з використанням фізичних вправ та спортивних тренувань для відновлення функцій організму після захворювань або травм [47].

3.1. Аналіз структури порушень опорно-рухового апарату у військовослужбовців в умовах служби під час інтенсивного збройного конфлікту

Визначення кількості порушень опорно-рухового апарату у військовослужбовців в умовах служби під час інтенсивного збройного конфлікту та визначення найбільш поширених діагнозів було вивчено за допомогою аналізу медичних документів. Оскільки всі медичні дані про військовослужбовців в різних документах щодо медичного обліку. Тому для отримання повної картини захворювань нами було проведено аналіз цілого переліку медичних документів, а саме:

- медичних книжок військовослужбовців;
- карток обліку травм;
- книг обліку хворих в амбулаторії;
- облікових карток за результатами диспансеризації;
- журналів обліку хворих, що знаходяться на стаціонарному лікуванні;
- книг обліку хворих направлених на стаціонарне лікування, військово-лікарську комісію, та осіб, що потребують систематичного лікарського спостереження.

Загальна кількість звернень військових до медичних служб представлена в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Показники кількості звернень військових до медичних працівників

№	Показники кількості звернень військових до медичних працівників	
1	Загальна кількість звернень	7879
2	Кількість військових, що звернулися	4093
3	Кількість первинних звернень	4093
4	Кількість вторинних звернень	3786

Слід зазначити, що загальна кількість військових, які служили в двох підрозділах в яких проводився аналіз документів складав приблизно 4800 чоловік. Тобто приблизно 700 (14,6%) військових жодного разу не зверталися до медичних працівників за період дослідження.

Первинних звернень було 4093. Первинним зверненням називається перше звернення військовослужбовця за період його перебування на військовій службі з моменту призову, щодо кожного захворювання, незалежно від того, коли саме воно виникло (під час військової служби, чи до призову). Лише 307 військовослужбовців зверталися до лікаря лише один раз тобто 7,5 %. Вторинних звернень виявлено 3786. Вторинним зверненням вважається будь-яке звернення, яке відбувається або безпосередньо, або з перервою за первинним зверненням з приводу одного і того ж захворювання.

Наступним етапом проаналізуємо розподіл звернень до медичного працівника, щодо нозологій пов'язаних з порушенням опорно-рухового апарату. Дані представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Показники кількості звернень військових до медичних працівників з різними захворюваннями та з порушеннями опорно-рухового апарату

№	Назва групи нозологій	Кількість звернень
1	Загальна кількість звернень	6887
2	Порушення опорно-рухового апарату	992

Як ми бачимо з даних приведених в таблиці 3.2 що із загальної кількості звернень порушення опорно-рухового апарату займають значне місце та складають від загальної кількості звернень 12,6 %.

Наступним етапом досліджень є аналіз саме скарг військово службовців медичному працівнику пов'язаних з порушеннями опорно-рухового апарату. Оскільки порушення опорно-рухового апарату мають достатньо широку

номенклатуру, то ми представимо загальну класифікацію засновану на локалізації порушень. Отримані дані представлено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Показники кількості та звернень військових до медичних працівників з порушеннями опоро-рухового апарату

№	Скарга	Діагноз	Кількість звернень
1	Біль в спині	Радикуліт	457
2	Біль в спині	Остеохондроз	58
3	Біль в суглобах	Артрит	193
4	Біль в грудях	Міжреберна невралгія	177
5	Біль в спині	Між хребцева грижа	4
6	Біль в спині	Протрузії між хребцевих дисків	49
7		Інші	44

Проаналізувавши діагнози, які були поставлені військовослужбовцям ми бачимо, більшість з них пов'язана з порушеннями хребта. А саме 755 діагнозів тобто 76,1 % від загальної кількості звернень до медика, що пов'язані з захворюваннями опорно-рухового апарату. Діагнози остеохондрозу, протрузій та міжхребцевих гриж встановлено на основі даних МРТ та інших дослідних методів матеріали, яких надані самими військовими, що звернулися до лікаря.

Наступним етапом аналізу став аналіз лікування військовослужбовців. Для цього ми проаналізували такі документи книги обліку хворих в амбулаторії; журнали обліку хворих, що знаходяться на стаціонарному лікуванні; книги обліку хворих направлених на стаціонарне лікування, військово-лікарську комісію, та осіб, що потребують систематичного лікарського спостереження. Метою аналізу цих документів було визначити скільки військовослужбовців отримали лікування амбулаторно, без звільнення від виконання службових обов'язків, скільки було отримало лікування в

стаціонарі медичного пункту військової частини та, яка кількість хворих була для отримання медичної допомоги була відправлена до шпиталю. Аналіз проводився лише серед тих військовослужбовців, що звернулися до медиків зі скаргами на захворювання опорно-рухового апарату. Отримані в результаті аналізу кількісні дані представлено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

**Різновиди медичної допомоги військовим з порушеннями опоро-
рухового апарату**

№		Кількість
1	Лікування, без звільнення від виконання службових обов'язків	930
2	Лікування, зі звільненням від виконання службових обов'язків	61
3	Лікування в шпиталі	1

Як ми можемо побачити з приведених в таблиці даних лише одного військового було відправлено до шпиталю. Також 61 військовослужбовця було звільнено від виконання службових обов'язків. Терміни тривали від 1 до 12 днів, проте 80 % термінів звільнення становили від 2 до 5 днів.

Тобто лише 6,6 % за медичними показниками були відправлені, або на стаціонарне лікування в медичному пункті частини, або звільнено від виконання службових обов'язків.

Тобто 93,4 % військових з порушеннями опорно-рухового апарату продовжували виконання службових обов'язків. Порушення опорно-рухового апарату та той дискомфорт, який вони викликають негативно впливає на виконання завдань військовими. Більш того в умовах бойових дій є негативним фактором, що може привести до невиконання бойового завдання, або навіть поранення чи смерті військового.

Таким чином, фізкультурно-реабілітаційні заходи спрямовані на лікування та профілактику порушень опорно-рухового апарату учасників бойових дій дозволять підвищити рівень виконання бойових завдань.

3.2. Аналіз можливостей проведення фізкультурно-спортивних реабілітаційних заходів серед учасників бойових дій в умовах служби

На основі проведеного аналізу виявлено, що реабілітація військових проходить в цивільних закладах: лікарнях, санаторіях та реабілітаційних центрах за направленням військової лікарської комісії. Проте в багатьох необхідно проводити екстрену фізкультурно-спортивну реабілітацію військово службовців.

Екстрена фізкультурно-спортивна реабілітація військовослужбовців це комплекс заходів направлений на своєчасне попередження і швидке відновлення порушених психосоматичних функцій та спрямованих на підтримку працездатності та необхідної надійності діяльності військовослужбовців та профілактику в них різних захворювань.

У постанові кабінету міністрів України від 17 листопада 2021 р. № 1188 Про затвердження Державного соціального стандарту фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни, членів їх сімей та сімей загиблих (померлих) ветеранів війни вказано, що мультидисциплінарна реабілітаційна команда - функціонально виокремлена група фахівців у сфері надання послуги із фізкультурно-спортивної реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями фізкультурно-спортивної реабілітації [88]. У вище згаданій постанові вказано, що в разі гостро триваючого захворювання, або розладу, травми чи операції індивідуальний реабілітаційний план розробляється мультидисциплінарною реабілітаційною командою, яку залучає лікуючий лікар.

В разі захворювання із хронічним перебігом індивідуальний реабілітаційний план первинно має розроблятися мультидисциплінарною

реабілітаційною командою, яку залучає лікуючий лікар після здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу та встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я), що є причиною або може призвести до обмеження повсякденного функціонування. Проте, в умовах служби в військовій частині така команда може складатися з інструктора з фізичної підготовки і спорту та лікаря підрозділу. За штатним розкладом такі посади мають бути в кожному взводі.

Відповідно до Стандарту про вирішення завдань з фізкультурно-спортивної реабілітації отримувач цієї послуги повинен, по-перше пройти вхідне комплексне медичне обстеження (за певною процедурою).

Для цього розроблено уніфіковану комплексну методику обстеження. Яка передбачає вивчення стану здоров'я та фізичного розвитку і також функціональних можливостей із метою визначити рекомендації щодо використання різних засобів та методів фізичної культури і спорту для гармонійного розвитку особи, збереження і зміцнення її здоров'я.

Методи такого обстеження: включають в себе загальні клінічні обстеження, антропометричні вимірювання та проведення функціональних проб. На основі отриманих даних формується лікарське заключення. Комплексне визначення ступеня індивідуальних потреб військового із фізкультурно-спортивної реабілітації здійснюється надавачем послуги.

Результати комплексного визначення ступеня індивідуальних потреб потенційного отримувача послуги із фізкультурно-спортивної реабілітації є підставою для прийняття рішення про надання такої послуги, складення/перегляд індивідуального плану надання послуги із фізкультурно-спортивної реабілітації.

За результатами надання послуги із фізкультурно-спортивної реабілітації надавачами послуг із фізкультурно-спортивної реабілітації проводиться повторно визначення ступеня індивідуальних потреб отримувача послуги із фізкультурно-спортивної реабілітації з метою коригування індивідуального плану.

Індивідуальний реабілітаційний є основою для надання послуги із фізкультурно-спортивної реабілітації план та складається з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, реабілітаційного періоду, визначення реабілітаційного прогнозу та місця (місць) проведення реабілітаційних заходів.

Як ми бачимо, фахівці які працюють саме за цими спеціальностями можуть входити до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди та складати.

Окрім того виконання службових обов'язків та бойових і не бойових завдань практично не залишає часу для проведення фізкультурно-реабілітаційних занять. Проте згідно статуту внутрішньої служби збройних сил України та Інструкції з фізичної підготовки в системі Міністерства оборони України кожен військовослужбовець має займатися фізичною підготовкою це складова частина загальної системи навчання та виховання військовослужбовців, яка спрямована на забезпечення їх фізичної готовності до професійної діяльності. Фізична підготовка, що проводиться серед військових має такі форми: навчальні заняття; фізичні тренування в процесі навчально-бойової діяльності; ранкова фізична зарядка (використовується для військовослужбовців строкової служби або, курсантів ВНЗ) (скорочено – РФЗ); спортивно-масова робота (скорочено – СМР); самостійна фізична підготовка.

Також в статут введено поняття лікувальна фізична культура (скорочено - ЛФК), яка є основною складовою частиною фізкультурно-спортивної реабілітації. ЛФК (за визначення в Інструкції з фізичної підготовки в системі Міністерства оборони України) – це комплекс лікувально-педагогічних заходів, спрямованих на відновлення функцій організму та працездатності військовослужбовців засобами фізичної культури і спорту після перенесених захворювань, профілактики можливих ускладнень та загострень патологічних процесів, що відбуваються в їх організмі.

Отже, з вище викладеного можна зробити наступний висновок – проведення занять з використанням засобів комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації можливе в умовах дійсної служби у військовій частині.

3.3. Обґрунтування та розробка алгоритму комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій

Фізкультурно-спортивна реабілітація - система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для поліпшення фізичного і психологічного стану.

Слід зазначити, що при проведенні реабілітаційних заходів застосовується реабілітаційна програма [59, 60]. Кожна реабілітаційна програма являє собою порядок (послідовність) застосування необхідних форм, методів та засобів в тому числі й фізкультурно-спортивної реабілітації, що дають можливість забезпечити для пацієнта оптимальний стан здоров'я і працездатності. При складанні такої програми, враховують такі параметри: – визначення реабілітаційного діагнозу; – оцінка реабілітаційного потенціалу та також фізичні можливості пацієнта; – розробка індивідуальної програми фізкультурно-спортивної реабілітації; – щоденний експрес-контроль відповідності адаптивних можливостей організму необхідному рівню психологічних і фізичних навантажень; – проміжна оцінка результатів реабілітації і ступеня відновлення; – комплексність та послідовність лікувально-відновних заходів; – етапність заходів, які застосовуються з урахуванням динаміки відновлення пацієнта. Програма повинна містити чітке планування методів, засобів, дозування навантажень та кількісні параметри щодо тривалості фізкультурно-спортивної реабілітації. Тому нашою метою є розробка алгоритму.

Алгоритм — це скінчена послідовність вказівок, що визначає, які дії та у якому порядку потрібно виконати, щоб досягти поставленої мети.

Алгоритм складається — окремих вказівок виконати деякі конкретні дії. Всі вказівки алгоритму виконуються одна за одною, і на кожному кроці відомо, яка саме вказівка повинна виконуватися. Почергове виконання вказівок за кінцеве число кроків приводить до розв'язання задачі. Для того щоб виконавець міг розв'язати задачу за заданим алгоритмом, він повинен уміти виконувати кожну з дій, що вказується в алгоритмі.

Алгоритм комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату може включати наступні етапи:

1. **Попередня оцінка стану здоров'я:** Визначення показників фізичного стану, функціональних можливостей та обмежень учасника. Це може включати медичний огляд, лабораторні дослідження, інструментальні методи діагностики тощо.

2. **Планування програми реабілітації:** Розроблення індивідуального плану фізкультурно-спортивної реабілітації з урахуванням показників оцінки стану здоров'я, можливостей та цілей учасника.

3. **Лікувальна фізична культура:** Проведення комплексу вправ та тренувань для відновлення порушень м'язово-суглобового апарату.

4. **Спортивна терапія:** Заняття спортом та фізичними вправами, спрямовані на загальне підвищення фізичних якостей та зміцнення здоров'я.

5. **Після реабілітаційний контроль:** Проведення контрольних оглядів та оцінка ефективності проведеної реабілітації, внесення коректив до програми при необхідності.

Допоміжні засоби:

6. **Масаж:** Використання масажу для поліпшення кровообігу, розслаблення м'язів та зняття болю.

7. **Консультування з харчування:** Надання рекомендацій щодо збалансованого харчування для покращення фізичного стану та здоров'я. (При наявності мультидисциплінарній реабілітаційній команді дієтолога).

8. **Фізіотерапія:** Застосування фізіотерапевтичних процедур для покращення функціональних можливостей опорно-рухового апарату, зменшення болю та запалення.

Цей алгоритм може бути адаптований в залежності від індивідуальних потреб та можливостей кожного учасника реабілітаційного процесу.

Проте використання цього алгоритму для фізкультурно-спортивної реабілітації в умовах військової служби в зоні конфлікту є неможливим через небезпеку життя та здоров'ю.

Тому наступним етапом наших досліджень стало проведення експертизи для визначення факторів, що впливають на процес проведення фізкультурно-реабілітаційних заходів в умовах військової служби в зоні конфлікту. Оскільки практичну реалізацію реабілітаційних заходів, запланованих в індивідуальному реабілітаційному плані, забезпечують саме члени мультидисциплінарної реабілітаційної команди за принципом орієнтування на проблеми пацієнта для проведення експертизи нами було обрано фахівців, які в своїй професійній діяльності мали безпосередній досвід роботи в сфері лікування, фізичної терапії та фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців.

Всього до експертизи було залучено 12 експертів. Склад експертів був наступним: 4 працівники реабілітаційних центрів, що працюють з учасниками бойових дій, всі експерти мають диплом магістра зі спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія»; 4 лікарі санаторно-профілактичних закладів, в яких проходять реабілітацію учасники бойових дій; 4 лікарі, що працюють в медичних підрозділах Збройних сил України. Всі експерти працювали з учасниками бойових дій, як мінімум з 24 лютого 2022 року, тобто з початку повномасштабного вторгнення російської федерації.

В роботі ми не представляємо анкети експертів, нами представлено лише підсумкові результати експертизи, тобто вже проранжовані за важливістю фактори. В таблиці 3.5. представлено підсумкові дані проведеної експертизи щодо опитування всіх 12 експертів.

Таблиця 3.5.

Факторів, які впливають на процес проведення фізкультурно-реабілітаційних заходів в умовах військової служби

№	Назва фактору	Місце фактору
1	Неможливість проведення фізкультурно-спортивних реабілітаційних заходів в зоні бойових дій та на певних відстанях від неї	1
2	Виконання військовим, які потребують реабілітації важкої фізичної роботи	2
3	Тривалі перерви в реабілітаційному процесі через ротації до зони безпосередніх бойових дій	3
4	Відсутність необхідного для процесу фізкультурно-спортивної реабілітації обладнання	4
5	Обмежені можливості використання масажу та інших фізіопроцедур	5
6	Наявність у військових супутніх захворювань, що ускладнює процес фізкультурно-спортивної реабілітації	6
7	Відсутність в військових частинах кваліфікованих спеціалістів з фізкультурно-спортивної реабілітації	7

Отже з урахуванням вищевикладених факторів нами розроблено алгоритм комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій з порушеннями опорно-рухового апарату під час несення дійсної військової служби.

Таким чином, розроблений нами алгоритм складається з наступної послідовності окремих дій, що в результаті повинні привести до покращення стану військовослужбовців з порушеннями опорно-рухового апарату.

1. **Попередня оцінка стану здоров'я:** Визначення показників фізичного стану, функціональних можливостей та обмежень рухових дій. В

умовах військової служби проводиться доступними методами: огляд, збір анамнезу, рухові тести.

2. **Максимізація безпеки проведення занять від вогневого ураження та розвід засобів противника.** Зрозуміло, що проведення занять відбувається на умовно безпечній відстані від лінії безпосереднього контакту з ворогом. Проте, необхідно дотримуватися наступних рекомендацій: не збирати велику кількість військових в одному місці, проводити заняття бажано не на відкритій місцевості та біля обладнаних укриттів.

3. **Планування програми реабілітації.** Розробка та планування програм занять повинна мати модульну структуру (відповідно до ротації в місця де не можливо проводити реабілітаційні заходи) та відповідати розкладу занять з фізичної підготовки військових.

4. **Вибір фізичних вправ** для ефективної фізкультурно-спортивної реабілітації має відповідати стану здоров'я та рівню розвитку фізичних якостей військового. При проведенні навчальних занять; фізичних тренувань в процесі навчально-бойової діяльності; ранкової фізичної зарядки, самостійної фізичної підготовки необхідно змінювати загальні базові комплекси фізичних вправ для військових на необхідні вправи лікувальної фізкультури.

5. **Після реабілітаційний контроль.** В умовах військової служби ускладняється проведення оперативного контролю за станом пацієнта, тому бажано переходити до поточного та етапного видів контролю. Тобто проводити контроль на початку певного етапу реабілітації та на закінченні цього етапу.

В умовах служби можливості проведення таких заходів можуть бути обмеженими, але деякі методики можуть бути використані навіть у польових умовах. Загальні фізичні вправи: Регулярні фізичні вправи, такі як розминка, зарядка, біг або ходьба, можуть бути проведені навіть на місці, без спеціального обладнання. Тренування з використанням власної ваги: Вправи з власною вагою, такі як віджимання, присідання, планки тощо, можуть бути ефективними для покращення м'язової сили та витривалості. Фізичні ігри та

спортивні змагання: Організація спортивних ігор та змагань, таких як футбол, волейбол, баскетбол, може бути корисною для підтримки фізичного здоров'я та підвищення настрою. Тренування в парах або групах: Групові заняття або тренування в парах можуть стимулювати спільну діяльність та підтримувати дух товариства. Ігри з розвитку координації та спритності: Різноманітні ігри та вправи для розвитку координації рухів та спритності можуть бути корисними для покращення функціональних можливостей.

Важливо враховувати особливості військових, їхні фізичні можливості та умови, у яких вони перебувають, для ефективної організації заходів фізкультурно-спортивної реабілітації.

ВИСНОВКИ

1. На основі аналізу наукової літератури та нормативно-правових документів встановлено, що в Україні сформовано концепцію реабілітаційного забезпечення військовослужбовців. Розроблено систему реабілітаційних заходів, що до медичного, фізичного, психічного, соціального та морального відновлення учасників бойових дій. Сформовано пакет нормативно-правового забезпечення реабілітації військовослужбовців. Також в науковій та науково-методичній літературі значна увага приділяється теоретичному та практичному обґрунтуванню комплексної реабілітації військовослужбовців після поранень, бойових та не бойових травм в умовах медичних, санаторно-курортних закладів, та реабілітаційних центрів різного профілю. В науковій літературі широко представлені засоби та методи медичної, фізичної, психологічної та соціальної реабілітації учасників бойових.

2. Аналіз військово-медичних документів показав, що захворювання опорно-рухового апарату складають 12,6 % від загальної кількості звернень військовослужбовців за медичною допомогою. Також, лікування 94,3 % військових з захворюваннями опорно-рухового апарату відбувається без звільнення військовослужбовців від виконання службових обов'язків, що знижує ефективність виконання бойових завдань та загрожує здоров'ю та життю військових.

3. На основі проведеного аналізу виявлено, що реабілітація військових проходить в цивільних закладах: лікарнях, санаторіях та реабілітаційних центрах за направленням військової лікарської комісії. Направлення на реабілітацію є прерогативою військово-лікарської комісії. Також виявлено, що у випадках коли реабілітаційні заходи необхідно проводити невідкладно без звільнення військового від виконання службових обов'язків у складі військових частин є спеціалісти, які можуть теоретично можуть скласти мультидисциплінарну реабілітаційну команду.

4. Виявлено фактори, що впливають на ефективність фізкультурно-реабілітаційних заходів в умовах військової служби в зоні конфлікту, а саме: неможливість проведення фізкультурно-спортивних реабілітаційних заходів в зоні бойових дій та на певних відстанях від неї, виконання військовим, які потребують реабілітації важкої фізичної роботи, тривалі перерви в реабілітаційному процесі через ротації до зони безпосередніх бойових дій, відсутність необхідного для процесу фізкультурно-спортивної реабілітації обладнання, обмежені можливості використання масажу та інших фізіотерапевтичних процедур, наявність у військових супутніх захворювань, що ускладнює процес фізкультурно-спортивної реабілітації, відсутність в військових частинах кваліфікованих спеціалістів з фізкультурно-спортивної реабілітації.

5. Розроблено та теоретично обґрунтовано алгоритм комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій з порушеннями опорно-рухового апарату, який складається з послідовності окремих дій, що в результаті повинні привести до покращення стану військовослужбовців з порушеннями опорно-рухового апарату, а саме: попередньої оцінка стану здоров'я: максимізації безпеки проведення занять від вогневого ураження та розвід засобів противника, планування програми фізкультурно-спортивної реабілітації, підбору фізичних вправ для ефективної фізкультурно-спортивної реабілітації має відповідати стану здоров'я та рівню розвитку фізичних якостей військового, після реабілітаційного контролю. В умовах військової служби кожен пункт запропонованого алгоритму має певні особливості пов'язані з факторами, які впливають на процес проведення фізкультурно-реабілітаційних заходів в умовах військової служби.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н.А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко [та ін.]. – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
2. Волоха В.Г. Стан санаторної реабілітації прикордонників, які постраждали під час антитерористичної операції в Україні / В.Г. Волоха, О.В. Футрук, І.К. Бабова [та ін. // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 10-11 вересня 2015 р., Тернопіль. – С. 38–39.
3. Волянський О. М. Коли починається медична реабілітація на госпітальному етапі надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, які приймали участь в антитерористичній операції? / О. М. Волянський, А. Ю. Кіх // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2015. – №.1. – С. 72 – 77.
4. Гайда І. М. Обґрунтування інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні / І. М. Гайда // Військова медицина України. – 2017. – Т. 17. – № 3-4. – С.23–29.
5. Гайда І. М. Реабілітація учасників бойових дій у сучасних умовах / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – К., 2016. – Т. 16. – №1. – С.107–112.
6. Гайда І. М. Роль ранньої діагностики психологічного стану учасників АТО у виборі необхідних реабілітаційних заходів / І. М. Гайда, М. І. Бадюк // Військова медицина України. – 2018. – Т. 18. – № 1. – С. 128–132.
7. Гайда І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. Гайда, М. Бадюк, І. Сушко // Патологія. – Запоріжжя., 2018. – Т. 15. – № 1(42). – С. 73–76.
8. Гур'єв С. О. Аналіз медико-санітарних наслідків військових дій під час проведення сучасних контртерористичних операцій / С. О. Гур'єв, П.

В. Танасієнко, Н. В. Гуселетова, О. О. Мостипан. // Екстренна медицина від науки до практики. – 2014. – №4. – С. 3–8. 140

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

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

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

12. Б. Дмитриевой. – М: ГНЦ ССП ім. В.П. Сербского, 2003. – С. 27–44.

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

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

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

16. Король С.О. Організаційні, діагностичні та лікувальні аспекти надання допомоги при вогнепальних пораненнях стопи / С.О. Король //Травма. – 2015. – Том.16, №5. – С.11-14.
17. Майданюк В.П. Аналіз ефективності функціонування мобільних лікарсько-сестринських бригад ВМКЦ Південного регіону в АТО/ В.П.Майданюк // Науково-практична конференція «Проблемні питання надання хірургічної допомоги пораненим в АТО: Тези доп. – К:ГВКГ, 2015. – С.10. 144
18. Матяш М.М Реабілітація інвалідів — учасників бойових дій в Київській області // Матяш М.М., Дикун О.П., Матяш О.М., Гриненко Ю.А.// «Міжнародний неврологічний журнал». – 2017 – № 4 (90). – С.23–34.
19. Матяш М.М. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому // Український часопис. – 2016. – № 3(113). – С. 118–121.
20. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // Український медичний часопис. – 2014. – № 6(104). – С. 124–127.
21. Медична реабілітація військовослужбовців з ушкодженням опорно-рухового апарата та їхніми наслідками: Методичні рекомендації / за редакцією В.Б. Андронатія, В.І. Рудя. – Київ: УВМА. – 2014. – 26 с.
22. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
23. Михайлов Б.В. Комплексна санаторно-курортна реабілітація осіб, постраждалих внаслідок участі в АТО / Б.В. Михайлов, Т.А. Алієва, О.О. Галаченко // XV науково-практична конференція «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування» 10-11 вересня 2015 р: тези доп. – Тернопіль, 2015 – С. 102-103.
24. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд; переклад Пономаренко В. М., Нагорна А. М. Панасенко Г. І. – Київ, «Здоров'я», 2001. – Т.3. – 817 с. 145

25. Напреєнко О.К. Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах. Метод. реком. / О.К. Напреєнко, О.Г. Сиропятов, О.В. Друзь та ін. – Київ, 2014. – 34 с.
26. катастроф: Труды ВМедА. – СПб., 1994. – Т. 239. – С. 124–131.
27. Патент № 121625 України, МПК: (2017.01) А61М 39/00, А61М 1/00. Спосіб лікування вогнепальних ран кінцівок системою промивної вакуумної аспірації /Бур'янов О.А., Гайда І.М. та ін.; заявник і патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – № u 201706321; заявл. 21.06.2017; опубл. 11.12.2017, Бюл.23, - 2 с.
28. Пономаренко О.І. Системні методи в економіці, менеджменті та бізнесі: Навч. Посіб / О.І. Пономаренко, В.О. Пономаренко. – К.: Либідь, 1995. – 240 с.
29. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я // Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, С М, Зоріна, Л.О. Прус [та ін.]; за ред. Ю.В.Вороненка. – К.: Здоров'я, 2002. – С.359.
30. Про внесення змін до Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" щодо посилення соціального захисту учасників антитерористичної операції, учасників Революції Гідності та членів сімей загиблих таких осіб: Закон України від 14.11.2017 № 2203-VIII // Відомості Верховної Ради України. – 2017. – № 47. – Ст. 419.
31. Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції : Указ Президента України від 18.03.2015 № 150/2015 // Офіційний вісник Президента України. – 2015. – №9 – Ст.527. – С. 28.
32. Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів: Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 №1686 // Офіційний вісник України. – 2006. – №50. – Ст. 3311. – С. 44.
33. Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 05.09.2011 №561. /

Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>. – Назва з екрану.

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

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

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

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

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

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

40. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів

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

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

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

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

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

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

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

47. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – №15. – Ст.190. 150
48. Прокопенко О. Крок у мирне життя / О. Прокопенко // Урядовий кур'єр. – 2015. – №207 (5581). – С. 1–5.
49. Пулик О.Р. Якість життя пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту / О.Р. Пулик, В.М. Різак, Б.В. Дикий [та ін.] // Клінічна та експериментальна патологія. – 2012. – Т.11, №4. – С. 128–133.
50. Романюк Ю.А. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів Міністерства оборони України: автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.02.03 / Романюк Юлія Анатоліївна; НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2010. – 22 с.
51. Савицький В.Л. Методичні рекомендації з удосконалення фінансово-господарської діяльності військово-медичних закладів Міністерства Оборони України: метод. рекомендації / В.Л. Савицький, В.П.Філіпішин, І.М.Гайда. – Київ: УВМА, 2013. – 64 с.
52. Столяров Г.С. Статистика охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. для самостійного вивчення дисципліни / Столяров Г.С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. – К.: КНЕУ. – 2000. – 187с.
53. Трихліб В. І. Актуальність інфекційних захворювань органів системи дихання серед мобілізованих / В.І.Трихліб, С. І. Ткачук, І. М. Гайда та ін.// Науково-практична конференція «Фармакотерапія інфекційних захворювань»: Тези доп. – К., 2015. – С. 89–90.
54. Трихліб В. І. Гострі респіраторні захворювання серед мобілізованих військовослужбовців / В. І. Трихліб, І. М. Гайда, С. І. Ткачук та ін. // IX з'їзд інфекціоністів України: Тези доп. – Терн., 2015. – С. 200–202. 153
55. Трутяк І. Особливості сучасної бойової хірургічної травми / І. Трутяк, І. Гайда, І. Богдан [та ін.] // Праці НТШ. Медичні науки. – 2015. – Т. ХLI. – С. 109–116.

56. Трутяк І.Р. Лікування бойової хірургічної травми на III і IV рівні медичної допомоги / І. Р.Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін.// XXIII З'їзд хірургів України: Тези доп. – К.,2015. – С. 30–31.
57. Трутяк І.Р. Лікування ускладнень бойової травми опорно-рухового апарату у Військово-медичному Клінічному Центрі /І. Р.Трутяк, І. М. Гайда, І. С. Богдан та ін.// XVII З'їзд ортопедів-травматологів України: Тези доп. – К.,2016. – С. 33–34.
58. Трутяк І.Р. Особливості ускладнень сучасної бойової хірургічної травми живота / І. Р. Трутяк ., І.М. Гайда, Г.А. Прохоренко та ін. // Галицький лікарський вісник. – 2016. – №3. С. 67–69.
59. Фаттахов В.В., Каратай Ш.С. Технологии медико-психологической реабилитации пострадавших в чрезвычайных ситуациях / В. В. Фаттахов, Ш. С. Каратай // Лечебная физическая культура и массаж. – 2005. – № 5. – С. 40 – 41.
60. Шевченко В.В. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті / В.В. Шевченко, А.А. Руденко // Психологічні науки. – 2014. – Вип. 2.12 (103). – С. 239–243.
61. Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягенський, І.М.Січкарук // Журн.внутр.мед.–2007.–№3.– С.27–32.
62. Andresen E.M., Meyers A.R. Health-related quality of life outcomes measures // Arch. Phys. Med. Rehabil. Med. –2000. – №81, Suppl. 2. – P.30-45.
63. Arya S. Coping strategies used by traumatic spinal cord injury patients in Sri Lanka: a focus group study / S. Arya, S. Xue, A. Embuldeniya [et al.] // Disabil Rehabil.– 2016. – Vol. 5. – P. 1–8.
64. Beaulieu C.L. Occupational, Physical, and Speech Therapy Treatment Activities During Inpatient Rehabilitation for Traumatic Brain Injury / Beaulieu C.L., 155 Dijkers M.P., . Barrett R.S [et al.] // Arch Phys Med Rehabil. – 2015. – Vol. 96 (8 Suppl). – P. 222–234.

65. Brooks J. S. Long-term survival after traumatic brain injury part I: external validity of prognostic models / J.C. Brooks, R.M. Shavelle, D.J. Strauss [et al.] // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2015. – Vol. 96 (6). – P. 994–999.
66. Hammond F. M. Rehospitalization During 9 Months After Inpatient Rehabilitation for Traumatic Brain Injury / F.M. Hammond, S.D. Horn, R.J. Smout [et al.] // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2015. – Vol. 96 (8 Suppl). – P.330–339. 156
67. Hammond F.M. Readmission to an Acute Care Hospital During Inpatient Rehabilitation for Traumatic Brain Injury / F.M. Hammond, S.D. Horn, R.J. Smout [et al.] // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2015. – Vol.96(8 Suppl). – P. 293–303.
68. Iribarren J. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium / J. Iribarren, P. Prolo, N. Neagos, F. Chiappelli // *Evid Based Complement Alternat Med.* – 2005. – Vol.2(4). – P. 503 – 512. 168.
- McElligott J. European models of multidisciplinary rehabilitation services for traumatic brain injury / McElligott J., Carroll A., Morgan J. [et al.] // *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* – 2011. – Vol. 90. – P. 74–78.
69. McNally R.J. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam Combat veterans / R.J. McNally, L.M. Shin // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – №152. – P.936 – 938.
70. Meyers L.L. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder / L.L. Meyers, T.Q. Strom, J. Leskela [et al.] // *Military Medicine.* – 2013. – Vol. 178 (1). – P. 95 – 99.
71. Neumann V, Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine / V. Neumann, C. Gutenbrunner, V. Fialka-Moser, N.Christodoulou, E. Varela, A. Giustini // *J. Rehab. Med.* – 2010. – V. 42. – P. 4–8.
72. Odgaard L. Surviving severe traumatic brain injury in Denmark: incidence and predictors of highly specialized rehabilitation / L. Odgaard, I. Poulsen, L.P. Kammersgaard [et al.] // *Clin. Epidemiol.* – 2015. – Vol. 20 (7). – P. 225 – 234.

73. Pezzin L.E. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputation / L.E.Pezzin, T.R.Dillingham, E.J. MacKenzie // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2000. – N81. – P.292 – 300.
74. Ritenour A.E. / Incidence of primary blast injury in US military overseas contingency operations: a retrospective study / A.E. Ritenour, L.H. Blackbourne, J.F.Kelly // Ann Surg. – 2010. – Vol.251. – P. 1140–1144. 157
75. Southwick S.M. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder / S.M. Southwick, R. Yehuda, E.L. Jr. Giller // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol.150. – N7. – P.1020–1023.
76. Stineman M.G. A method for measuring quality of life through subjective weighting of functional status / M.G Stineman, B.Wechsler, R.Ross et al.// Arch. Phys. Med. Rechbil. – 2003. – Vol. 84, N4. – P. 15–23.
77. Stretch R. H. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans // Military Medicine. – 1996. – N161. – P. 407 – 410.
78. Stucki G, ISPRM discussion paper. Chapter 6: the policy agenda of ISPRM / G Stucki, P von Groote, J.A. DeLisa, M. Imamura, J. Melvin,A.J. Haig, L.S.W. Li, J.D.Reinhardt // J. Rehabil. Med. – 2009. – V. 41. – P.843–852.
79. Stucki G. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine / G. Stucki, J. Melvin // J. Rehab. Med. – 2007. – V. 39. – P. 286–292.
80. Tazopoulou E. Rehabilitation following cerebral anoxia: An assessment of 27 patients. / E. Tazopoulou, R. Miljkovitch, J.L. Truelle [et al.] // Brain Inj. – 2016. – Vol.30 (1). – P.95 – 103.
81. Tulskey D.S. Measurement of quality life in rehabilitation medicine: Emerging issues / D.S. Tulskey, M. Rosenthal // Arch. Phys. Med. Rechabil. – 2003. – Vol. 84, N4. – P.1–3.
82. Ward A.B. A position paper on physical and rehabilitation medicine programmes in post-acute settings / A.B. Ward , C. Gutenbrunner, A. Giustini [et al.] // J. Rehabil. Med. – 2012. – V.44. – P. 289–298.

83. Ward A.B. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings / A.B. Ward, C. Gutenbrunner, H. Damjan, A. Giustini, A. Delarque // J. Rehabil. Med. – 2010. – V. 42. – P. 417–424.

84. Ware J.E. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials / J.E.Ware, B. Gandek, S.D. Keller // Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. – 1995. – P. 681–692. 158

85. Weaver F.M. Provider perspectives on soldiers with new spinal cord injuries returning from Iraq and Afghanistan / Weaver F.M., . Burns S.P, Evans C.T. [et al.] // Arch. Phys. Med. Rehabil.– 2009. – Vol. 90 (3). – P. 517–521.

86. https://www.mil.gov.ua/content/mou_orders/mou_2021/225_nm.pdf

87. <https://nuou.org.ua/assets/documents/kfv-otsiniuvannia-fiz-pid-2022.pdf>

88. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1188-2021-%D0%BF#Text>