

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
(ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ І ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ)**

О.М. Волянський

*Військово-медичний клінічний центр професійної патології
військовослужбовців ЗС України*

Резюме. В статті висвітлені проблемні питання, які існують в системі організації медичної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України. Показано, що впровадження в роботу військово-медичних центрів бригадного підходу у відновлювальному лікуванні і методологічних основ реабілітаційного циклу, внесення доповнень до існуючої медичної документації, застосування нових, у тому числі немедикаментозних методів реабілітації буде сприяти покращенню якості і прискоренню відновлення порушених внаслідок поранення функцій військовослужбовців.

Ключові слова: медична реабілітація, військовослужбовці, мультидисциплінарна бригада, реабілітаційний цикл.

Медична реабілітація поранених в ході антитерористичної операції (АТО) військовослужбовців на сьогоднішній день є одним з пріоритетних завдань медичної служби Збройних Сил України. Актуальність цієї проблеми обумовлена тим, що в Україні питання організації медичної реабілітації ще не вирішені. На даний момент відсутні спеціальність «медична реабілітація» і фахівець «лікар – реабілітолог» [10]. Відповідно, не визначений штатний розпис відділення реабілітації [9]. Не розроблені стандарти і протоколи для проведення медичної реабілітації. За даними вітчизняних вчених, також, відсутні загальнозживані затверджені стандартизовані скринінгові оцінки показників здоров'я пацієнтів, які можуть бути застосовані для визначення ефективності реабілітаційних заходів [13].

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. На сьогоднішній день інвалідність встановлює медико-соціальна експертна комісія (МСЕК). Після встановлення інвалідності реабілітація такого військовослужбовця проводиться в обсязі, визначеному Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [4]. Згідно з цим Законом визначено комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей інваліда. Всі перераховані заходи входять в «індивідуальну програму реабілітації інваліда» (ІПРІ), яка

розробляється МСЕК за зареєстрованим місцем проживання або лікування інвалідів [14,15]. На основі цих документів затверджена форма ІПРІ [11]. Виконання ІПРІ контролює МСЕК. Одним із видів реабілітаційних заходів, які можуть здійснюватися щодо інвалідів є медична складова, яка передбачає медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням, ортезуванням [5]. Однак, в цих документах відсутні відомості щодо конкретних заходів з розробки індивідуальної програми медичної реабілітації, яка повинна проводитись в рамках вказаної ІПРІ.

Організація медичної реабілітації в закладах охорони здоров'я ЗС України до отримання військовослужбовцем статусу інваліда проводиться на підставі керівних документів військово-медичної служби. З метою вдосконалення існуючої системи, підвищення якості надання медичної допомоги і прискорення відновлення порушених функції військовослужбовців після отриманих ними поранень, нами розглянуто можливість внесення доповнень і того позитивного досвіду в цьому напрямку, який існує в країнах Європейського Союзу (ЄС).

В сфері профілактики, терапії і реабілітації на теренах ЄС створено самостійну медичну спеціальність - фізичну та реабілітаційну медицину (ФРМ). Основні положення цієї спеціальності викладені в «Білій книзі» з ФРМ в 1989 і 2006 роках [21,24]. В якості загальної основи або еталоном концепції ФРМ покладено Міжнародну класифікацію функціонування, інвалідності і здоров'я (МКФ) ВООЗ [39]. Загальне керівництво і організація заходів ФРМ здійснюється такими міжнародними організаціями, як: Радою директорів медичних фахівців з ФРМ ЄС, Європейського товариства з ФРМ, Європейської академії відновної медицини. З метою координації зусиль цих та інших організацій створено Міжнародне товариство ФРМ [36]. Це неурядова і некомерційна організація, яка тісно співпрацює з ВООЗ. Її структури знаходяться у 5 регіонах (Північна Америка, Латинська Америка, Європа, Африка і Близький Схід, Азія і Океанія). Членство в даних організаціях включає в себе дві категорії: національні ФРМ товариства та індивідуальних членів. Цими організаціями визнано загальне поняття реабілітації як стратегії в галузі охорони здоров'я, заснованих на МКФ [29] і розроблено концептуальну модель ФРМ [35].

Концептуальна модель ФРМ складається з десяти положень [22]. Перше положення вказує на те, що ФРМ – це медична спеціальність, яка базується на інтегративній основі ВООЗ з функціонування, інвалідності, здоров'я і реабілітації як її основної стратегії в галузі охорони здоров'я.

По-друге: ФРМ як медична спеціальність передбачає діагностику захворювань, які повинні бути класифіковані в рамках міжнародної класифікації хвороб (МКХ) [40].

По-третє: ФРМ характеризується необхідністю комплексної оцінки функціонування, яка інтегрує аспекти стану здоров'я, особистісних факторів і факторів середовища у відповідності з МКФ. Вона також включає правову оцінку з питань інвалідності.

Четверте положення вказує на застосування біомедичних і технологічних втручань для відновлення стану здоров'я в цілях стабілізації, покращення або відновлення порушеної структури і функції організму, запобігання порушенням, соматичним ускладненням, ризикам і управління ними, компенсації відсутності або втрати структур і функцій організму. Сюди відносять цілу низку втручань, які постійно оновлюються, а їх класифікація розробляється в даний час фахівцями ВООЗ. Поділяють дві групи заходів. З одного боку, спеціалісти ФРМ застосовують втручання щодо стану здоров'я, у тому числі лікувальних підходів та заходів, спрямованих на відновлення функції і структури організму. З іншого боку, вони застосовують багатовимірний і багатопрофільний командний підхід з метою оптимізації функціонування та інвалідності. Даний підхід являє собою інтеграцію точок зору МКФ і МКХ, що було описано як інтеграція двох різних кодів медичних систем, тобто стан здоров'я і функціонування в якості мети різних стратегій в галузі охорони здоров'я [33]. Ця подвійна перспектива створює умови, щоб включати аспекти функціонування в умовах МКФ у розробці МКХ-11 [28].

Наступне положення вказує на мультимодальні втручання, що застосовуються в рамках міждисциплінарних та мультипрофесійної реабілітаційної команди, на виконання, застосування та інтеграції медико-біологічних і технологічних втручань, психологічних та поведінкових, навчально-консультаційних, професійних і професійно-технічних, соціальних і підтримуючих і фізичних екологічних заходів. Основним завданнями реабілітації є не просто виконання або застосування різних втручань, але інтеграція цих різних підходів, щоб служити потребам пацієнтів в плані функціональних результатів. Тут важлива роль лікаря ФРМ, який як лідер та координатор зусиль, повинен оптимізувати активність і участь всіх членів реабілітаційної команди. Передумовою успіху роботи бригади ФРМ є організація пацієнт-центрованого (орієнтованого на пацієнта) процесу реабілітації.

Шосте положення визначає роль фахівця ФРМ в якості центральної особи, яка супроводжує людину на протязі різних стадій і етапів реабілітації та координатора інтеграції потреб пацієнта, його безпосереднього соціального середовища, інших постачальників послуг. В якійсь мірі фахівець ФРМ бере на себе роль "менеджера". Реабілітація - це стратегія здоров'я, яка застосовується на різних стадіях захворювання і тому не обмежена певним типам об'єктів, таких як реабілітаційні центри, але повинна бути частиною заходів у різних установах охорони здоров'я [23]. Крім того, реабілітація не

виключає будь-якої вікової групи. Вона відноситься як до дітей, молоді, працюючих або не працюючих дорослих та літніх людей. ФРМ послуги також повинні бути інтегровані в різні типи лікувальних закладів. Однак, загальних рамок для класифікації послуг з реабілітації як і раніше не вистачає. Така класифікація повинна допомогти країнам порівнювати їх можливості і покласти їх в перспективу, або розвивати інші види необхідних послуг. В даний час, з'явилися перші зусилля в області Міжнародного товариства фізичної та реабілітаційної медицини (ISPRM) для розробки таких рамок [26].

Сьоме положення підкреслює важливість навчання пацієнтів, їх родичів та інших важливих осіб, з метою сприяння забезпеченню функціонування і працездатності.

Наступне положення вказує, що фахівці ФРМ забезпечують реабілітацію на всіх етапах надання медичної допомоги. Розрізняють три етапи, на яких здійснюються певні реабілітаційні заходи: «в гострій фазі», «після гострих станів» і «довготривале лікування» [23]. Відповідні ФРМ послуги в «гострій фазі» надаються стаціонарно в термін до одного місяця [38]. На етапі «після гострих станів» реабілітація проводиться або в стаціонарі, або на денному стаціонарі [18]. «Довготривале лікування» або фаза обслуговування відноситься до поняття «реабілітація на базі громад» [27]. Тут надаються амбулаторні реабілітаційні послуги або короткотривале стаціонарне лікування.

В дев'ятому положенні висвітлюється важливість впливу на громадськість та осіб, що приймають рішення і беруть участь в розробці адекватних стратегій і програм реабілітації. Це відноситься до концепції факторів навколишнього середовища, що впливають на діяльність людей з обмеженими можливостями. Робота і успіх у роботі будь-якої професії реабілітації залежать від наявних умов середовища, в якій живе хворий, і в якій працює реабілітаційна допомога. Участь у плані повернення на роботу, навряд чи може бути досягнуто в суспільстві без якої-небудь можливості для працевлаштування. Тип і характер забезпечення пристроїв для осіб з обмеженими фізичними можливостями значною мірою під впливом політичних рішень. Тому, ФРМ професіонали повинні бути активними як в індивідуальному плані, так і на рівні суспільної охорони здоров'я, щоб впливати на політику або програми в залежності від потреб відповідних осіб, які за станом здоров'я зазнають або можуть зазнавати інвалідності.

Останнє положення визначає стратегію реабілітації хворих як комплекс заходів, які повинні допомогти людям, які є інвалідами або можуть стати інвалідами, для досягнення і підтримання оптимального функціонування в області взаємодії з середовищем [41].

Отже, в основі такої організації є залучення до реабілітації конкретного хворого (пораненого) визначеної кількості фахівців, які складають

мультидисциплінарну (міждисциплінарну) реабілітаційну бригаду (команду) [32]. Роботу бригади і її склад було затверджено на Генеральній Асамблеї медичних фахівців з фізичної та реабілітаційної медицини Європейського Союзу (ЄС) в 2008 році. Ключовими особливостями успішної бригади були визначені наступні: узгоджені цілі, угоди і розуміння (уникнення жаргонних висловлювань), відповідний діапазон знань, умінь і навичок для узгоджених завдань, взаємна довіра та повага, готовність ділитися знаннями і досвідом, і говорити відкрито. Бригада повинна працювати з людьми з обмеженими можливостями і членами їх сімей для того, щоб обговорити і узгодити з ними відповідну, реалістичну мету лікування в рамках загальної узгодженої програми реабілітації. Ця мета повинна бути орієнтована на окрему людину і повинна бути схвалена командою в цілому.

До мультидисциплінарної бригади, в основному, входять: лікарі - фахівці з фізичної і реабілітаційної медицини, реабілітаційні медсестри, фізіотерапевти, трудотерапевти, логопеди, клінічні психологи, соціальні працівники, протезисти та ортезисти і дієтологи. За необхідності в бригаду можуть також включатись і інші лікарі в залежності від діагнозу, конкретних цілей і потреб кожного пацієнта. Члени команди повинні мати відповідну кваліфікацію. Бригаду очолює лікар – фахівець ФРМ, який несе відповідальність за організацію роботи команди. Повний склад бригади оправданий лише у випадку реабілітації важких хворих і інвалідів. В той же час, при проведенні відновлювального лікування пацієнтів з менш важкою патологією і на певних етапах їх програм 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 країнах ЄС є досить високою. Наприклад, витрати для хворих з травмою хребта в перший рік реабілітації складають 523089 \$, а в подальшому 79759 \$ щорічно [20].

Нижче наведені деякі з обов'язків окремих фахівців реабілітаційної бригади [24], але їх обсяг може розширюватись на практиці. Так лікарі повинні організувати всебічне медичне обстеження пацієнта, діагностувати основну патологію та інші розлади здоров'я, призначати фармакологічні і немедикаментозні методи лікування і реабілітації та визначати оцінку реакції на них. Реабілітаційні медсестри контролюють повсякденні потреби у догляді за хворим, повинні бути обізнані в питаннях догляду при ураженнях шкіри та інших тканин організму, забезпечувати емоційну підтримку пацієнтам та їх сім'ям. Фізіотерапевти детально оцінюють поставу і рухливі можливості пацієнтів, організують призначення фізичних процедур, в тому числі вправи для відновлення рухів і полегшення больового синдрому та ін.. Трудотерапевти оцінюють вплив фізичних або когнітивних проблем на повсякденну діяльність,

можливість повернення до роботи, навчання і проведення дозвілля, визначають стратегії, які можуть бути використані пацієнтом і членами його сім'ї щодо екологічних пристосувань для полегшення незалежності. Логопед оцінює та відновлює порушення мови і ковтання. Клінічні психологи проводять детальну оцінку когнітивних, перцептивних, емоційних, поведінкових проблем, розробляють стратегії допомоги цим пацієнтам і членам його сім'ї, надають консультативну допомогу іншим медичним фахівцям. Соціальні працівники стимулюють участь співтовариства в реінтеграції та соціальній підтримці пацієнтів. Протезисти, ортезисти та реабілітаційні інженери повинні мати досвід в наданні технологій, починаючи від шин і протезів до екологічного контролю для вирішення питань з функціональних обмежень (втрати кінцівок, мобільності і здатності спілкуватися та ін..). Дієтологи оцінюють і призначають адекватне харчування.

Як видно з приведеного документу, система організації медичної реабілітації в країнах ЄС відрізняється від тої, що існує тепер в Україні. Тому, на нашу думку, доцільно впровадити бригадну форму проведення медичної реабілітації в існуючу систему надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України. В зв'язку з цим, ми бачимо наступні шляхи у вирішенні проблемних питань. Оскільки в Україні відсутня спеціальність лікаря – реабілітолога, то очолити мультидисциплінарну бригаду може зможе лікар (невропатолог, травматолог, терапевт та ін.), в залежності від основного діагнозу і потреб хворого, який має підготовку з питань медичної реабілітації. Він як «лікуючий лікар» несе юридичну відповідальність за стан здоров'я пацієнта та організовує роботу реабілітаційної бригади. Також, одним з проблемних питань є те, що в стаціонарних відділеннях військових госпіталів посади трудотерапевта, соціального працівника і логопеда відсутні. Для вирішення цього питання виконання деяких елементів функціональних обов'язків вказаних спеціалістів доцільно покласти на інших членів бригади, які є в штатному розкладі медичного закладу. Наприклад, функції трудотерапевта частково може виконувати інструктор-методист з лікувальної фізкультури і медична сестра, соціального працівника – заступник начальника з виховної роботи, психолог, медична сестра, логопеда – лікар – психотерапевт і т.д. Необхідну допомогу з питань застосування ортезів можуть надати лікарі - травматологи. Проблеми протезування вирішуються у відповідних закладах і т.д.

Слід, також відмітити, що все ще дискусійним залишається питання про найменування лікаря – спеціаліста по реабілітації. Причина в тому, що одні автори [3], відмовляючи реабілітації в праві називатись самостійною наукою, вважають за можливе лише спеціалізацію по реабілітації стосовно до основної посади, а інші [6,16] вбачають необхідність виділення в медичній професії

лікаря-реабілітолога із спеціалізацією в конкретних медичних дисциплінах (нейрореабілітолог, офтальмор реабілітолог та ін..).

Одним з основних завдань мультидисциплінарної бригади є встановлення реабілітаційного діагнозу, який служить відправним моментом при плануванні програми відновлювального лікування [31]. Він включає як клініко-функціональний діагноз, який відображує характер і ступінь ураження анатомо-фізіологічних і функціональних порушень, співвідношення патогенетичних і саногенетичних механізмів на даній стадії захворювання (за даними клінічної картини, анамнезу і характеру перебігу хвороби), так і характеристику порушень повсякденної життєдіяльності. Наприклад [1], реабілітаційний діагноз хворого К., який переніс ішемічний інсульт три місяці тому назад буде наступним: «Гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом в басейні лівої середньої мозкової артерії, відновлювальний період, низький темп відновлення порушених функцій. Виражений спастичний правобічний геміпарез, який в кисті і ступні досягає рівня плегії; контрактури в суглобах правих кінцівок: в ліктьовому і променево-зап'ястному – згинальна, в плечовому – згинально-привідна, в кульшовому – привідна, в колінному і скоковому – розгинальна. Передньо-нижній підвивих в правому плечовому суглобі, помірний біль в правому плечовому суглобі при активних рухах. Помірно виражене зниження поверхневої і глибокої чутливості в правих кінцівках. Виражена тривожна депресія. Низький рівень побутової і соціальної активності (необхідна стороння допомога при переміщеннях, прийомах їжі, одіванні, користуванні туалетом; значне зниження кругозору спілкування і інтересів)».

Крім цього, фахівці бригади повинні визначити реабілітаційних прогноз для кожного окремого хворого, що має велике значення при встановленні мети і задач реабілітації [34]. В доступній нам літературі ми не знайшли конкретних математично обґрунтованих критеріїв, на основі яких можливо спрогнозувати наслідки перебігу хвороби або травми в індивідуума. Прогнозування здоров'я людини має свої специфічні особливості і складності. Це пов'язано з тим, що мета любого прогнозування полягає в зменшенні невизначеності майбутнього, яке включає три компоненти: детермінований, вірогідний і випадковий. Однак, стосовно стану здоров'я людини строго детерміновані події, як правило, відсутні. Тому основна задача полягає в тому, щоб визначити зону можливих станів системи і виділити зону її неможливих станів. Отже, в теперішній час прогнозування захворювань і їх наслідків в основному остається емпіричним. Реальні перспективи відновлення як морфо функціонального дефекту, так і життєдіяльності визначаються на основі існуючого у реабілітологів досвіду у відношенні кожного конкретного захворювання, при цьому завжди враховується сукупність прогностично найбільш важливих факторів.

На основі реабілітаційного діагнозу і прогнозу наслідків захворювання визначаються мета і задачі реабілітації. Мета реабілітації залежить від ступеню важкості 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, початково більш важких хворих – у виробленні компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення незалежності хворого в повсякденному житті і підвищення якості його життя [34].

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, психокоррекційним, соціальним заходам, виконання яких необхідне на наступних етапах реабілітації [24]. Перелік приведених заходів складає «реабілітаційний цикл», який коротко описується як «оцінка – призначення – втручання – оцінка» [35]. Реабілітаційний цикл може застосовуватись або один раз, або декілька разів, в залежності від потреб пацієнта, як на одному, так і на різних етапах реабілітації.

Приведений алгоритм роботи фахівців ФРМ в країнах ЄС відрізняється від того, який існує в організації роботи військових госпіталів ЗС України. Відповідно, має відмінності і медична документація. Переважна більшість висвітлених питань «реабілітаційного циклу» не відображені в «медичній карті стаціонарного хворого» [12]. Тому, ми пропонуємо додати до медичної карти на окремому аркуші форму «індивідуальної програми медичної реабілітації військовослужбовця» (ІПМР), в якій будуть відображені всі вище перераховані заходи.

Не менш важливим питанням є методи медичної реабілітації. До основних реабілітаційних засобів, які використовуються у військово-медичних закладах відносяться: кінезотерапія і ортопедичні методи лікування, масаж, мануальна терапія, фізіотерапія, рефлексотерапія, психотерапія, а також медикаментозне лікування [6,7,8,17]. В останній час з'явилося багато нових методів, які застосовує ФРМ. Серед них: роботизовані системи для навчання ходьби, роботизована механотерапія, імпульсна кінетикотерапія, методи функціональної електричної стимуляції головного мозку, транскраніальної стимуляції, методика аудіо-візуальної стимуляції, застосування сенсорних кімнат і Бемер терапії, технології віртуальної реальності, пролотерапія,

застосування плазми, збагаченої тромбоцитами, , та ін.. [2,19,25].

Окремо слід відмітити активне застосування методів комплементарної і альтернативної медицини в практиці ФРМ. Так, наприклад, для лікування і реабілітації військовослужбовців і ветеранів ЗС США з посттравматичним стресовим розладом поряд з психотерапією, медикаментозним втручанням, фізіотерапією використовуються фітотерапія, гомеопатія, біологічно активні харчові добавки, йога, китайська гімнастика «тай-чі-хуань», акупресура, шіатсу, цигун, рейкі, аюрведа, терапія з асистуванням тварин (собак, коней), та ін.. При чому вказані методи внесені до клінічного практичного керівництва США [37,30].

Отже, існуючі у військових медичних закладах методи доцільно доповнювати новими найбільш ефективними і економічно доступними технологіями та методиками медичної реабілітації. Крім них, для відновлення побутової активності і незалежності інвалідів необхідно вводити методи трудотерапії з елементами профорієнтації, які на сьогодні поки що відсутні.

Таким чином, впровадження в роботу військово-медичних центрів бригадного підходу у відновлювальному лікуванні і методологічних основ реабілітаційного циклу, внесення доповнень до існуючої медичної документації, застосування нових, у тому числі немедикаментозних методів реабілітації буде сприяти покращенню якості і прискоренню відновлення порушених внаслідок поранення функцій військовослужбовців.

Література

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.: Антидор, 2002. – 736 с.
2. Гончаров С.Ф., Лядов К.В., Остапишин В.Д., Преображенский В.Н. Восстановительная медицина и медицинская реабилитация лиц опасных профессий//Руководство для врачей, Т.1.-Майкоп-2009.-471С.
3. Давыдкин Н.Ф. Понятийный аппарат в курортологии и физиотерапии или о том, как нас лишают специальности. // Курортные ведомости. –2002. -№ 1 (10).-С.2-3.
4. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р.
5. Іпатов А.В. Комплексна технологія реабілітації інвалідів в Україні // Медична реабілітація, курортологія, кінезотерапія.–2004, №3(39).–С. 44– 45.
6. Медицинская реабилитация / Под ред. В. М. Боголюбова. Книга III. — М.: Издательство БИНОМ, 2010. — 368 с.
7. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю.Н.Шанина. – СПб: «Специальная литература», 1997. – 960 с.

8. 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.

9. Наказ МОЗ України від 23.02.2000р №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

10. Наказ МОЗ України від 28.10.2002р №385 «Перелік лікарських посад у закладах охорони здоров'я».

11. Наказ МОЗ України від 08.10.2007 N 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання».

12. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Медична карта стаціонарного хворого (Форма № 003/о)».

13. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті».

14. Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 №1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів».

15. Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 №757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інвалідів».

16. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. - М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. - 640 с.

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

18. Anthony B. Ward, Christoph Gutenbrunner, Alessandro Giustini, et al. A position paper on physical and rehabilitation medicine programmes in post-acute settings // J. Rehabil. Med. – 2012. – V. 44. - P. 289–298.

19. Bologini N., Rasi F., Coccia M. Visual search improvement in patient after audio-visyal snimulation // Brain.-2005.-V.128, №12.-P.2830-2842.

20. De Vivo MJ, Chen Y, Menemeyer ST, Deutsch A. Costs of care following spinal cord injury. // Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. – 2011. – V. 16. – P. 1–9.

21. European Academy of Rehabilitation Medicine, European Federation of Physical and Rehabilitation Medicine, European Union of Medical Specialists (Physical and Rehabilitation Medicine Section). White book on physical and rehabilitation medicine. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1989.

22. Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine // J. Rehabil. Med. – 2011, Sep. – V.43(9). - P. 760-4.

23. Gutenbrunner C, Neumann V, Lemoine F, Delarque A. Describing and developing the field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe – preface to a series of papers published by the Professional Practice Committee of the PRM section of the Union of European Medical Specialists (UEMS) // *Ann. Phys. Rehabil. Med.* – 2010. – V. 53. – P. 593–597.
24. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA. The White Book on Physical & Rehabilitation Medicine. // *Europa Physico Medica* 2006. – V. 40. – P. 287–333.
25. Hidler JM, Wall AE: Alterations in muscle activation patterns during robotic-assisted walking // *J. Clin. Biomech.* - 2005. – V.2. – P.184-93.
26. Imamura M1, Gutenbrunner C, Stucki G, Li J, Lains J, Frontera W, Olver J, Iqzakar L, DeLisa J, Battistella LR, Melvin J. The International Society of Physical and Rehabilitation Medicine: the way forward – II // *J. Rehabil. Med.* - 2014 Feb. – V.46(2). – P.97-107.
27. International Labour Office, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Health Organization. CBR. A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint position paper. Geneva: WHO; 2004.
28. Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R, Kennedy C, Stucki G, Ъстѣн ТВ. Assessing the impact of health conditions using the ICF // *Disabil. Rehabil.* - 2011. – V.33. – P. 1475–1482.
29. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach JE, Cieza A, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy // *J. Rehabil. Med.* - 2011. – P. 757–762.
30. Meyers LL, Strom TQ, Leskela J, Thuras P, Kehle-Forbes SM, Curry KT. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder. *Military Medicine.* 2013;178(1):95–99.
31. McElligott J, Carroll A, Morgan J, Macdonnell C, Neumann V, Gutenbrunner C, et al. European models of multidisciplinary rehabilitation services for traumatic brain injury. // *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* - 2011. – V. 90. – P. 74–78.
32. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. // *J. Rehab. Med.* – 2010. – V. 42. – P. 4–8.
33. Reinhardt JD, von Groote P, DeLisa JA, Melvin JL, Bickenbach JE, Li LSW, Stucki G. ISPRM discussion paper. Chapter 3: international non-governmental organizations in the emerging world society: the example of ISPRM // *J. Rehabil. Med.* – 2009. – V. 41/ - P. 810–822.

34. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London (Chairs: Collin C, Ward AB). "Rehabilitation Medicine, 2011 and Beyond". London 2010. Royal College of Physicians of London.

35. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine // J. Rehab. Med. – 2007. – V. 39. – P. 286–292.

36. Stucki G, von Groote P, DeLisa JA, Imamura M, Melvin J, Haig AJ, Li LSW, Reinhardt JD. ISPRM discussion paper. Chapter 6: the policy agenda of ISPRM // J. Rehabil. Med. – 2009. – V. 41. – P. 843–852.

37. Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Final Assessment. Committee on the Assessment of Ongoing Efforts in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder; Board on the Health of Select Populations; Institute of Medicine. - Washington (DC): National Academies Press (US), 2014 Jun 17.

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

39. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization: Geneva; 2001.

40. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). WHO: Geneva; 1992.

41. World Health Organization & World Bank. World report on disability. Geneva: WHO; 2011.