

## ДОСВІД ПРОВІДНИХ КРАЇН ЄВРОПИ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОРАНЕНИХ ТА ХВОРИХ

Кіх А.Ю.<sup>1</sup>, Галушка А.М.<sup>2</sup>, Льовкін І.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу Збройних Сил України (м. Ірпінь)

<sup>2</sup> Науково-дослідний інститут проблем військової медицини УВМА

**Резюме.** У статті викладений аналіз досвіду проведення медичної реабілітації поранених та хворих у провідних країнах Європи. Детально розглянута система медичної реабілітації у Великобританії, Франції, Німеччині, Швейцарії та виділені основні проблеми у її функціонуванні.

**Ключові слова:** медична реабілітація, поранені та хворі, система, реабілітант.

**Вступ.** Аналізуючи стан медичної реабілітації та відновного лікування в різних країнах світу можна зробити висновок, що головною метою соціального розвитку в кожній державі є збереження здоров'я населення, попередження розвитку хвороб та інвалідності, адже в системі загальнолюдських цінностей саме здоров'я має першочергове значення. У світі здоров'я людини визнають настільки важливим показником, що він займає першу позицію в індексі суспільного розвитку будь-якої країни [6].

Відновлення здоров'я, працездатності і боєздатності пацієнтів є актуальним медико-соціальним завданням загальнодержавної та відомчої медицини [3].

**Матеріали і методи.** Матеріалами досліджень слугували наукові публікації, нормативні документи з питань медичної реабілітації, а також інші літературні джерела, що розкривають особливості проведення медичної реабілітації поранених та хворих у провідних країнах Європи.

Методи досліджень: історичний, бібліографічний, системного підходу та системного аналізу.

**Результати та їх обговорення.** Комплексний аналіз літературних джерел [1–8] свідчить про те, що в Російській імперії принципи реабілітації військовослужбовців були визначені в Положенні про воєнно-тимчасові (рос. “военно-временные”) госпіталі, розробленому Я.В. Вилле у 1812 р. Відповідно до цього положення було передбачено мати спеціальні палати для видужуючих. Під час Першої світової війни в Російській армії формувались команди видужуючих поранених і хворих при військових частинах і евакопунктах.

Наукові аспекти відновного лікування поранених знайшли відображення в діяльності кафедри ортопедії Військово-медичної академії в Петербурзі та ортопедичних інститутів у Петербурзі й Харкові.

З початком Великої Вітчизняної війни стало зрозуміло, що відновлення втрат неможливо покрити за рахунок призову на військову службу, тому на базі курортів і санаторіїв було створено евакогоспіталі і госпіталі-санаторії. Було введено в дію “Правила отбора и направления в курортные госпитали раненых бойцов, командиров и политработников Красной Армии и Военно-Морского Флота”, а також “Медицинские показания и противопоказания для направления в курортные госпитали”. Поряд з цими заходами в армійських запасних стрілецьких полках були створені батальйони видужуючих, а в дивізіях при окремих медико-санітарних батальйонах – команди видужуючих, які були включені до складу медичної служби армій і фронтів; госпіталі для легкопоранених; в евакуаційних госпіталях були організовані відділення і палати видужуючих. Швидке втілення системи відновного лікування і реабілітації дозволило в роки війни повернути до строю 72,3% поранених і 90,6% хворих [7].

У післявоєнні роки в СРСР, із урахуванням досвіду війни, було запропоновано єдину систему етапного відновного лікування поранених і хворих за схемою “медичний пункт – омедб – госпіталь”; при цьому зберігався принцип спадкоємності. Військові лікувальні заклади були оснащені спеціальним обладнанням для фізіотерапії та лікувальної фізкультури. Удосконалена система та накопичені знання покращили показники повернення до строю поранених під час локальної війни в Афганістані (1979–1989). В збройних силах Російської Федерації система медичної реабілітації включає три класичні етапи: госпітальний, амбулаторно-поліклінічний та санаторний. У 1989 р. був відкритий 6 Центральний військово-клінічний госпіталь (далі – ЦВКГ). На сьогодні – це філіал № 2 3 ЦВКГ ім. О.О. Вишневського, що є багатопрофільним лікувальним закладом реабілітаційного профілю [7]. На його базі працює кафедра відновного лікування Центрального інституту удосконалення військових лікарів ім. П.В. Мандрика. В ряді центральних військових госпіталів РФ створені відділення реабілітації, що забезпечує проведення госпітального етапу реабілітації. Тривалим і динамічним етапом є амбулаторно-поліклінічний, основним завданням якого є закріплення позитивного результату, досягнутого на госпітальному етапі. Він проходить на базі штатних і позаштатних відділень і кабінетів відновного лікування філіалів військових госпіталів. Прикладом цього етапу є 52 клінічний діагностичний центр МО РФ (на сьогодні – філіал № 6, 3 ЦВКГ ім. О.О. Вишневського), що працює на штаті диспансерно-реабілітаційного центру з денним стаціонаром. На цьому етапі пацієнти перебувають під динамічним спостереженням лікаря, який контролює стан їх

здоров'я і може вчасно внести корективи в індивідуальний план реабілітаційних заходів. Важливу роль в етапній системі медичної реабілітації відіграє санаторний етап. Для цього створені відділення відновного лікування у військових санаторіях. Найчастіше на цей етап направляються пацієнти для продовження лікування після госпіталів із урахуванням профілю санаторія. Так, у 1983 р. в Сакському військовому санаторії був організований центр медичної реабілітації для хворих з наслідками травми кісток, суглобів, м'яких тканин, досвід роботи якого зараз використовується в П'ятигорському центральному військовому санаторії. У 1984 р. в Звенигородському військовому санаторії створено відділення для лікування пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда, а в 1991 р. в санаторії "Архангельское" розпочато реабілітацію військовослужбовці, що перенесли операції на серці. За даними авторів [1] позитивний результат реабілітації на цьому етапі відмічається до 90% пацієнтів.

Під час Першої світової війни (1914–1918) в країнах Європи теж задумались над питаннями відновного лікування та швидкого повернення поранених до строю. Так, в Англії та Франції були відкриті військові госпіталі для ортопедичних поранених. В цих установах поряд з оперативним лікуванням використовувались фізіотерапія, механотерапія, світло та електролікування, масаж. Крім швидкого повернення до строю необхідно було зменшити кількість каліцтв та адаптувати інвалідів в післявоєнному житті. Тому широко використовувалась трудотерапія для швидшого відновлення працездатності, а в деяких випадках набування нових навичок та спеціальностей. Схожі лікувальні установи також були відкриті в Німеччині, Бельгії, Угорщині, Італії та ін.

У Франції значне соціально-політичне значення медична реабілітація отримала в період Першої світової війни, так як сучасні, по тому часу, методи ведення війни спричинили величезну кількість жертв. Стрімко зросла потреба в медичній реабілітації, так як поранені солдати повинні були в найкоротший термін повернуті на фронт. Після війни країна потребувала робочу силу для відновлення післявоєнного господарства, тому для опікування інвалідів, забезпечення їх протезами та ін. було організовано Міністерство ветеранів війни (Ministere des Anciens Combattants). Ще одним наріжним каменем у становленні реабілітації у Франції з'явилася епідемія поліомієліту в 1950 р. Країні знадобилося організувати реабілітаційну допомогу хворим і забезпечити їх подальше існування в разі тяжких наслідків захворювання. Медична реабілітація оформилася в самостійну галузь медицини. У 1965 році були вперше сформульовані і представлені громадськості мета та концепція медичної реабілітації. Основним законодавчим документом медичної реабілітації у Франції є додаток № 22 до декрету від 09.03.1956 р. Цей документ

містить детальні директиви щодо структурної і кадрової комплектації реабілітаційного лікувального закладу.

У 1991 р. початкове значення “reeducation” (укр. перевиховання) було замінено терміном “soins de suite ou de readaptation” – подальший догляд або реабілітація. Конкретне визначення поняття “реабілітація” міститься в статті L-711-2 Кодексу суспільної охорони здоров’я (фр. Codedelasantepublique) – “... відновне лікування або реабілітація – це особливий захід для пацієнтів, які потребують послідовного лікування з метою реінтеграції”. За змістом і структурою реабілітація у Франції є складовою частиною госпітальної медицини та вважається новою галуззю у розвитку медицини. Медична реабілітація у вузькому сенсі слова позначається по-французьки як “reeducation et readaptation fonctionnelles”. Французька термінологія, з одного боку, не дає чітких критеріїв розмежування медичного забезпечення госпітальної та реабілітаційної ланки, як це існує в Німеччині, а з іншого боку, не має відмежування і від курортної медицини.

На систему реабілітації у Франції значний вплив мають особливості організації системи охорони здоров’я, які складаються в широкому впливі держави, відсутності конкуренції між лікарняними касами, загальній обов’язковості соціального страхування, відсутність межі страхових внесків, застосуванні принципу відшкодування витрат, відсутності обмежень на вартість лікарської допомоги в приватній практиці і особистому залученні хворих до оплати лікування. Особливостями системи медичної реабілітації у Франції можуть вважатися такі відмінні моменти: відсутність чіткого розмежування госпітального та курортного лікування; дієвість державного медичного страхування, яке є єдиною структурою фінансування; медична реабілітація у 90% випадків проводиться в рамках стаціонарного госпітального лікування в період долікування.

Системою фінансування медичної реабілітації у Франції є медичне страхування. Воно належить до системи загального соціального страхування (regimegeneral) і охоплює до 80% населення; інша частина населення включена до чисельних розрізнених особливих і автономних систем страхування (regimes autonomes, regimes speciaux); причому до останнього часу близько 200 тис. французів не мали ніякого медичного страхування і отримали його тільки з введенням у 2000 р. універсального медичного страхування (couverturemaladieuniverselle – СМУ). Значна частина стаціонарних реабілітаційних заходів проводиться у Франції в формі відновного лікування за період перебування пацієнта в лікарні. У Франції прийнято поділяти стаціонарне лікування на категорії залежно від тривалості лікування:

curteduree, або короткострокове лікування з приводу гострих станів;  
moyenne duree, або лікування середньої тривалості, що прирівнюються до реабілітаційного або оздоровчого лікування;

longueduree, або довгострокове лікування в будинках інвалідів.

Реабілітація у Франції іноді ще визначається як “moyen sejour”, або лікування середньої тривалості. Близько 40% лікарень мають реабілітаційні відділення. У Франції на 1 тис. жителів припадає 1,6 реабілітаційних ліжок, в Німеччині – 2,3, а в Австрії – 2,5. Близько 60% лікарень у Франції відносяться до бюджетного сектору (ServicePubliqueHospitaller – SPH). Інша частина клінік належить приватному сектору, а також громадським комерційним і некомерційним організаціям. Лікарні державного сектора і приватні клініки, які працюють за договорами з державною медичною страховкою, фінансуються з секторальних і регіональних бюджетів, причому кошти розподіляються на підставі регіональних планів охорони здоров'я спеціальними агентствами (Agencesregionalesdelahospitalisation – ARN) з урахуванням вартості ліжка-дня.

У Великобританії медична реабілітація має свої особливості. Там існує державна система охорони здоров'я, представлена Національною службою охорони здоров'я (National Health Service – NHS), що забезпечує стаціонарне, амбулаторне та стоматологічне лікування. Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється з коштів державного бюджету за рахунок платників податків. Більшість медичних послуг для пацієнтів проводяться без оплати. До Другої світової війни система охорони здоров'я Великобританії була спрямована, насамперед, на індивідуальне обслуговування пацієнтів, які оплачують лікування, і в меншій мірі – на задоволення потреб широких мас населення (Rogers, 2000). Після війни в країні зріс рівень безробіття, спостерігалось зростання загальної захворюваності, наростала необхідність матеріальної підтримки малозабезпеченої частини населення. У 1945 році були прийняті закони про соціальне страхування (National Insurance Act), про матеріальну допомогу нужденним сім'ям (Family Allowance Act), про національну систему охорони здоров'я (National Health Service Act). І в країні були проведені соціальні перетворення (Friebel, Handel, 1982). В результаті у Великобританії була організована Національна служба охорони здоров'я (NHS). В рамках Закону про національну систему охорони здоров'я було організовано безкоштовне медичне обслуговування населення, фінансування якого здійснювалося з бюджетних податкових коштів.

Таким чином, медична реабілітація у Великобританії отримала розвиток в роки Другої світової війни та була створена виключно для потреб фронту. З метою якнайшвидшого повернення поранених солдатів до строю широкого застосування набули фізичні методи лікування. У післявоєнний період

медична реабілітація використовувалась переважно в травматології. Поступово медична реабілітація стала використовуватись в неврології, де перспективи лікування не завжди такі позитивні, як в травматології. Провідне місце серед європейських країн Великобританія займає в реабілітації спінальних хворих, для чого існують значні терапевтичні можливості. Як самостійна медична дисципліна реабілітація офіційно була визнана у Великобританії тільки у 1989 р., в Шотландії – з 1975 р. До цього вона відносилася до ревматології з одним тільки винятком – реабілітація спінальних хворих була виділена у самостійну медичну дисципліну – Spinal Cord Injury. До 1991 р. кафедри медичної реабілітації мали тільки три британських університети: у Лідсі, Единбурзі та Саутгемптоні. В 1993 р. у Великобританії було лише 60 лікарів-реабілітологів, хоча додаткову спеціалізацію з реабілітології мали також неврологи і травматологи (British Society of Rehabilitation Medicine, 1993).

На сьогодні система медичної реабілітації у Великобританії знаходиться у підпорядкуванні Національної служби охорони здоров'я (NHS), стаціонарне реабілітаційне лікування проводиться, головним чином, у відділеннях фізичної медицини, хоча у великих лікарнях реабілітація має все ще другорядне значення і обмежується фізіотерапевтичними процедурами (McMillan, T., Greenwood, 1992). Спеціалізованих реабілітаційних клінік у Великобританії небагато. Так, на регіон з чисельністю 3,8 млн. жителів припадає близько 100 ліжок неврологічної реабілітації, частково ці ліжка використовуються тільки в робочі дні, на вихідні дні хворі виписуються додому (North Thames Regional Neuroscience Advisory, 1992).

Сучасна практика реабілітації у Німеччині значною мірою визначається цілою низкою законів з реабілітації, які регулюють підвідомчість різних реабілітаційних послуг. Існує шість носіїв цих послуг: страхування на випадок хвороби; страхування від нещасних випадків та пенсійне страхування; забезпечення інвалідів війни; Федеральне відомство з питань праці; і нарешті, соціальна допомога. При цьому соціальна допомога набуває чинності тільки тоді, коли будь-хто з носіїв соціальних послуг не можуть відшкодувати оплату за реабілітацію. Реабілітаційний “вирівнюючий” закон спрямований на те, щоб вирівняти послуги різних відомств, врегулювати повноваження і забезпечити безперервність реабілітації. Для неповносправних осіб складається загальний план реабілітації, і їх обов'язок – сприяти цьому плану. В медичній реабілітації можна виділити стаціонарну, напівстаціонарну та амбулаторну реабілітацію. Значна частина послуг надається в рамках стаціонарної реабілітації. Стаціонарні медичні реабілітаційні заходи невеликою мірою здійснюються вже під час перебування в лікарні, коли, наприклад, звичайне лікування доповнюється лікувальною гімнастикою, руховою терапією

або працетерапією. Але все ж найчастіше медична реабілітація проводиться у санаторних та спеціальних установах. Спектр пропозицій медичних реабілітаційних установ дуже широкий: від так званого вільного громадського курортного лікування в курортних пансіонатах до лікування в санаторіях, курортних та спеціальних клініках.

Розвиток медичної реабілітації в Швейцарії проходило під впливом реформ у Німеччині, зокрема, соціальної реформи канцлера Бісмарка. У 1911 р. був прийнятий Закон про медичне страхування і страхування травматизму (KUVG). В 1980 році було змінено 34-й стаття швейцарської Конституції, де передбачалися державне страхування на випадок захворювання, виробничого травматизму та страхування військовослужбовців. На даний час основним законодавчим документом є стаття 112 Конституції Швейцарії, який передбачає державне страхування на випадок інвалідності, і стаття 117 – державне медичне страхування і страхування травматизму. Сучасна форма медичного страхування існує з 1996 р., та зобов'язує кожного мешканця в Швейцарії мати медичну страховку в одній з лікарняних кас на свій розсуд, але в передбаченому державою обсязі.

Медична реабілітація в Швейцарії обґрунтована трьома законами:

1. Закон про медичне страхування (Krankenversicherungsgesetz – KVG) передбачає медичну реабілітацію в рамках стаціонарного медичного забезпечення. Обов'язкове медичне страхування бере на себе оплату послуг медичної реабілітації при наявності лікарського обґрунтування її необхідності. Послуги реабілітації перераховані у затвердженому каталозі. Обсяг медичних послуг узгоджується з пацієнтом; найчастіше реабілітацією позначають лікувальну фізкультуру. Всі громадяни зобов'язані сплачувати щомісячний єдиний страховий податок; роботодавці у фінансуванні не задіяні. Після реформи лікарняних кас їх кількість у Швейцарії було зменшено наполовину. У 1999 р. налічувалось близько 109 лікарняних кас, включаючи приватні. Вибір лікарняної каси є добровільним, два рази на рік існує можливість переходу в іншу лікарняну касу.

2. Закон про страхування на випадок інвалідності (Invalidenversicherungsgesetz – IVG) передбачає фінансування усіх заходів, пов'язаних з професійною реабілітацією і реінтеграцією осіб, працездатність яких внаслідок захворювання тривалий час обмежена. Стаття 4, абзац 2 IVG наказує в якості мети проведення медичної реабілітації досягнення стабільного стану здоров'я реабілітанта. Терміни проведення реабілітаційних заходів встановлюються по закінченню госпітального лікування та при загрозі інвалідизації. Оплата медичних відновлювальних заходів провадиться лише у випадку необхідності невідкладної професійної реінтеграції та обґрунтуванні застосування заходів у зв'язку із загрозою тривалої непрацездатності (IVG,

артикуль 12, абзац 1). Заходи з реінтеграції осіб із загрозою інвалідності носять медичний і професійний характер. Професійна реабілітація означає професійну та соціальну інтеграцію, або реінтеграцію пацієнтів.

3. Закон про страхування травматизму (Unfallversicherungsgesetz – UVG) встановлює право на цільове лікування постраждалих в результаті нещасних випадків, що включає заходи медичної реабілітації. Саме поняття “реабілітація” в цьому законі не використовується, але згадується застосування можливостей курортології і курортних установ. Застосування цього закону обґрунтовано при лікуванні випадків травматизму, при цьому не робиться відмінності між виробничим і невиробничим травматизмом, що має місце в Німеччині. Компетенція цього закону поширюється і на випадки професійних захворювань. Термін “медична реабілітація” трактується в Швейцарії на підставі Міжнародної класифікації функціонування (далі – МКФ): “... реабілітація містить координуючі дії медичного, соціального, професійного, педагогічного та технічного характеру з урахуванням соціального оточення і впливу навколишнього середовища для поліпшення функції, досягнення найбільшої особистої активності і необмеженої незалежної участі у всіх сферах життя, з тим, щоб по можливості, повністю усунути обмеження.”

Реабілітація в Швейцарії, відповідно до положень класифікації МКФ, організована всебічно, вона націлена, крім лікування захворювання, на запобігання або зменшення наслідків захворювання або травми у вигляді ушкоджень і порушень функцій соматичної сфери; на усунення порушень активності особи в повсякденному житті та в особистій сфері; на усунення порушень у соціальній сфері. Медична реабілітація вважається частиною госпітальної медицини, починати яку слід в реабілітаційних відділеннях лікарень на госпітальному етапі лікування гострого захворювання або травми, особливо якщо потрібен тривалий комплекс лікувальних заходів. Крім того, під реабілітацією розуміється амбулаторне фізіотерапевтичне лікування і тренувальна терапія в спеціалізованих приватних практиках.

Напівстаціонарна форма реабілітації у Швейцарії також існує, але відноситься до амбулаторного лікування і фінансується за тими ж розцінками. Направлення пацієнта в одну із реабілітаційних установ або в одну із реабілітаційних служб залежить від показань і від встановленого діагнозу. Право на реабілітаційне лікування в Швейцарії має кожен громадянин, застрахований в системі соціального страхування незалежно від того, працює він чи ні. Персональною передумовою вважається потреба застрахованої особи в реабілітації; заявка при цьому повинна подаватися ним особисто або при узгодженні з ним. Якщо цього не відбувається, то заявка у відповідні страхові структури на проведення заходів може бути подана лікуючим лікарем лікарні або за місцем проживання. Якщо реабілітант необґрунтовано



відмовляється сприяти процесу реабілітації, то структура, що фінансує, може відмовити йому у наданні подальших послуг реабілітації. Як правило, при оформленні заявки на медичну реабілітацію лікуючим лікарем розробляється план реабілітаційних заходів; з пацієнтом узгоджується місце проведення реабілітації; вибирається реабілітаційна клініка за місцем проживання, що підходить за профілем. Страхова структура перевіряє правомірність заявки; оцінює критерії ефективності, доцільності та рентабельності лікування, а потім дає згоду із зазначенням тривалості реабілітації. У той же час існує негласний закон переваги амбулаторної форми реабілітації перед стаціонарною і достатнього обґрунтування необхідності стаціонарного лікування.

Постстаціонарне відновлювальне лікування (в Німеччині відомо як *Anschlussheilbehandlung* – АНВ) у Швейцарії позначається як подальше лікування (*Nachbehandlung*) і не вимагає спеціальної заявки на його проведення; при терміновості рішення про фінансування виноситься після переведення хворого в реабілітаційне відділення. Тривалість медичної реабілітації законом не регламентована, вона встановлюється страховими структурами на підставі документів лікувальних закладів, та відповідно до індивідуальної потреби реабілітантів. Амбулаторна реабілітація призначається, як правило, у формі 12 процедур протягом трьох місяців. При подальшій потребі у лікуванні необхідна повторна подача заявки. Під час проведення медичної реабілітації на кошти страхування травматизму чи інвалідності реабілітант забезпечується фінансовою підтримкою у вигляді добової допомоги, яка становить 80% його заробітку з утриманням витрат на утримання і харчування (грошові допомоги в системі лікування інвалідів ще вище за рахунок коштів, що перераховуються з виробничих доплат і виплат з утримання дітей). При реабілітації в рамках медичної страховки добова грошова допомога не виплачується. Для запобігання фінансових втрат передбачено укладення додаткової страховки на добову грошову допомогу. Будь-яких власних доплат за медичну реабілітацію не стягується. До подальших послуг реабілітації відноситься проведення професійної реінтеграції, відповідальність за яку, як згадувалося вище, несуть структури страхування інвалідності на підставі стаття IVG. При інвалідності або загрозі її настання законодавчо закріплено право на реінтеграційні заходи, якщо є необхідність і показання до їх проведення з метою відновлення, поліпшення або збереження працездатності (з урахуванням стажу роботи). Послуги професійної реабілітації можуть бути надані незалежно від можливостей подальшого працевлаштування. Істотною відмінністю, по відношенню до законодавства Німеччини при проведенні професійної реабілітації, є відсутність обов'язкової реінтеграції на робочому місці. До основних послуг професійної реабілітації відносяться консультування по вибору професії; первинна професійна

підготовка; перенавчання на іншу професію; пошуки відповідного робочого місця; виплата грошової добової допомоги; надання кредитів для розвитку приватного бізнесу; надання фінансової допомоги підприємствам для переобладнання робочого місця інваліда відповідно його потребам; надання фінансової допомоги для придбання або переобладнання засобів пересування або засобів комунікації. Заявка на послуги професійної реабілітації подається кантональним (обласним) структурам страхування інвалідності, які перевіряють правомірність витребуваних послуг. В комплекс реабілітаційних заходів включаються проведення лікувальної гімнастики, тренувальної терапії, ерготерапії для поліпшення навичок самообслуговування або навичок робочих процесів, вивчення стратегії подолання наслідків захворювання, консультації по харчуванню, проведення занять з пацієнтами та членами їх сімей.

**Висновки.** Таким чином, підсумовуючи досвід медичної реабілітації у провідних країнах Європи можна виділити певні особливості медичної реабілітації. Медична реабілітація, як і реабілітація в цілому, знаходиться на міжвідомчому стику двох відокремлених систем: з одного боку, державної системи охорони здоров'я, а з іншого – системи соціальної безпеки. Це створює певні труднощі в проведенні реабілітації, що включає всі сторони – медичну, професійну та соціальну. Проблема полягає у розмежуванні повноважень між системою охорони здоров'я та системою соціального страхування. Обидві системи представлені в комунальних органах управління, як структури соціальної безпеки та структури управління охорони здоров'я. Подібний розділ призводить до того, що медична реабілітація проводиться без урахування професійних і соціальних аспектів, так як вони не входять у сферу відповідальності системи охорони здоров'я. Реабілітаційне лікування ще не отримало належного розвитку, воно проводиться, як правило, короткий час на останньому етапі стаціонарного лікування. Це пов'язано частково і з недостатньою кількістю реабілітаційних закладів в рамках всієї системи державної охорони здоров'я, хоча розширення сфери медичної реабілітації принципово лежить у сфері інтересів державної системи охорони здоров'я. Реабілітація переслідує дві основні мети – поліпшення здоров'я і досягнення високої якості життя за допомогою доступного лікування; координація дій різних соціальних служб. У більш конкретному випадку реабілітації відводиться завдання поліпшення або усунення наявного захворювання, максимальне підвищення працездатності, врахування потреб по тривалому догляду, сприяння самостійному господарюванню та самообслуговуванню (Chamberlain, 1993). Таким чином, для досягнення цілей реабілітації необхідно налагоджена взаємодія між різними сферами, такими як освіта, виробництво, житловий сектор, охорона здоров'я і соціальне забезпечення.

## Література

1. Белякин С.А. Совершенствование системы медицинской реабилитации раненых и больных на позднем госпитальном этапе / С.А. Белякин, В.Е. Юдин, А.М. Щегольков, А.А. Будко // Воен.-мед. журнал. – 2011. – № 11. – С. 4–9.
2. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина? / В.М. Боголюбов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2006. – № 1. – С. 3–12.
3. Нечаев Э.А. Медицинская реабилитация участников войн и локальных вооруженных конфликтов / Э.А. Нечаев, В.И. Захаров, Ю.М. Захаров // Воен.-мед. журнал. – 1994. – № 2. – С. 4–7.
4. Семенов Б.Н. Об организации службы медицинской реабилитации / Б.Н. Семенов, Н.И. Нестеров, И.А. Аносов и др. // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. Физкультуры. – 1998. – № 2. – С. 44–47.
5. Симоненко В.Б. Использование современных информационных и коммуникационных технологий в процессе поддержания и восстановления здоровья военнослужащих / В.Б. Симоненко, Л.П. Григорьев, С.В. Загаров // Воен.-мед. журнал. – 2009. – № 4. – С. 59–67.
6. Соколова О.М. Становлення і розвиток медичної реабілітації військовослужбовців у Росії та світі: досвід для України / Соколова О.М., І.П. Черный, В.П. Мегедь, Я.Ф. Радиш // [Електронний ресурс] – Спосіб доступу: <http://www.pravoznavec.com.ua/period/article/2866/%D1>. – Заголовок з екрану.
7. Фисун А.Я. Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах: истоки, современное состояние и перспективы / А.Я. Фисун, А.М. Щегольков, В.Е. Юдин, Г.Н. Пономаренко // Воен.-мед. журнал. – 2014. – № 8. – С. 4–15.
8. Юнусов Ф. Обзор организационно-правовых основ медико-социальной реабилитации в европейских странах и в США / Ф. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус // [Електронний ресурс] – Спосіб доступу: <http://www.narcom.ru/publ/info/807>. – Заголовок з екрану.

**Резюме.** *В статье изложен анализ опыта проведения медицинской реабилитации раненым и больным в ведущих странах Европы. Подробно рассмотрена система медицинской реабилитации в Великобритании, Франции, Германии, Швейцарии и выделены основные проблемы в ее функционировании.*

**Ключевые слова:** *медицинская реабилитация, раненые и больные, система, реабилитант.*

**Summary.** *The article describes the analysis of the experience of the medical rehabilitation of the wounded and sick in the leading countries of Europe. In*

*detail the system of medical rehabilitation in the UK, France, Germany and Switzerland, and identified the main problems in its functioning.*

**Keywords:** *medical rehabilitation, the wounded and sick, system, rehabilitants.*

УДК 355.415.6 (1–622)

**ДОПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ  
ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

**Ю.Ф. Клівенко<sup>1</sup>, О.О. Ляшенко<sup>2</sup>, А.М. Галушка<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Центральне військово-медичне управління Збройних Сил України*

<sup>2</sup> *Військово-медичний департамент Міністерства оборони України*

<sup>3</sup> *Науково-дослідний інститут проблем військової медицини УВМА*

**Резюме.** *У статті викладені загальні принципи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил), та основні вимоги для їх реалізації. Детально розглянута сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України та виділені основні проблеми її функціонування.*

**Ключові слова:** *антитерористична операція, медичне забезпечення, лікувально-евакуаційне забезпечення, поранені та хворі, аеромедична евакуація.*

**Вступ.** Шлях військової медицини України від перших кроків в умовах незалежної держави і до сьогодні – це постійний пошук оптимальних варіантів розвитку, фундаментом якого незмінно виступало прагнення до сучасної, якісно нової, більш надійної та ефективної системи медичного забезпечення Збройних Сил (далі – ЗС) України, здатної на найвищому рівні виконувати поставлені завдання у мирний час та особливий період. Водночас, військово-медична служба розвивалась у дуже непростих умовах, завжди під тиском жорстких обмежень, як наслідку складних соціально-економічних реалій. Саме тому, у ЗС України, що реалізують функцію обороноздатності нашої держави, виникла необхідність негайного удосконалення системи медичного забезпечення військовослужбовців в умовах проведення антитерористичної операції (далі – АТО), пошуку нових організаційних форм управління, створення нових методологічних і технологічних підходів до вирішення специфічних медичних проблем тощо [1, 4–6].

**Матеріали і методи.** Матеріалами досліджень слугували наукові публікації, нормативні документи з питань розвитку (реформування) ЗС України та їх медичної служби, а також інші літературні джерела, що розкривають особливості проведення аеромедичної евакуації.