

УДК 355.511.51

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ГОСТРОЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

К.І. Лур'є

*Запорізький державний медичний університет*

**Резюме.** *Стаття має проблемний характер і охоплює окремі питання медичної реабілітації, у частині проведення її у гострому періоді травми (захворювання). Окреслені особливості організації медичної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Показані основні проблеми в організації та проведенні медичної реабілітації в ЗС України; запропоновані шляхи їх усунення.*

**Ключові слова:** *антитерористична операція, нормативно-правові акти, військовослужбовці, гостра медична реабілітація.*

**Вступ.** Медична реабілітація є основним засобом повного або часткового відновлення дефіциту функцій, які виникли внаслідок захворювань, травм чи поранень [1–3]. Однак, медичні заходи є далеко не єдиними, щоб у повному обсязі вирішити задачу, покладені на реабілітацію [4].

Реабілітація (за визначенням Комітету ВООЗ 1980 р.) – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це нереально, – оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві. З огляду на це, медична реабілітація повинна включати заходи, які здатні попередити інвалідність під час захворювання та надати допомогу хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, соціальної, професійної та економічної повноцінності, яка максимально можлива при його захворюванні і дефіциті функцій [5–6].

Згідно з міжнародною класифікацією ВООЗ, прийнятої в Женеві у 1980 р., виділяють наступні рівні медико-біологічних і психо-соціальних наслідків хвороби і травми, які повинні враховуватись при проведенні реабілітації:

– пошкодження (impairment, англ.) – будь-яка аномалія чи втрата анатомічних, фізіологічних, психічних структур чи функцій;

– порушення життєдіяльності (disability, англ.) – які розвинулись у результаті пошкодження, втрати чи можливості здійснювати повсякденну діяльність в манері чи межах, що вважаються нормальними для людського суспільства;

– соціальні обмеження (handicap, англ.) – що виникли у результаті пошкодження і порушення життєдіяльності обмеження і перешкоди для виконання соціальної ролі, вважається нормальною для даного індивіда.

В останні роки до реабілітації введено поняття “якість життя, що пов’язана зі здоров’ям” (healthrelated quality of life, англ.). При цьому саме якість життя розглядають як інтегральну характеристику, на яку потрібно орієнтуватися в оцінці ефективності реабілітації хворих та інвалідів.

Правильне уявлення про наслідки хвороби має принципове значення для розуміння суті медичної реабілітації та спрямованості реабілітаційних зусиль.

**Матеріали досліджень:** нормативно-правові акти з питань реабілітації військовослужбовців України та інших країн, наукові публікації за темою.

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

**Результати досліджень та їх обговорення.** Система медичної реабілітації дозволяє в повному об’ємі проводити реабілітаційно-відновлювальні заходи пораненим і хворим та сприяє підвищенню ефективності всієї системи медичного забезпечення військовослужбовців.

Особливо важливе значення медична реабілітація має для військовослужбовців – учасників бойових дій, військовослужбовців спеціальних контингентів, хворих у гострій фазі та фазі реконвалесценції після гострих захворювань і травм та хворих в фазі ремісії хронічних захворювань. Медична реабілітація при гострих захворюваннях має не тільки відновлювальне значення, але і являється мірою первинної профілактики хронізації та інвалідизації процесу.

Основні напрямки реабілітації: вплив на соматичний стан хворого, корекція психологічного дефекту, відновлення дефіциту функцій, корекція порушеної соціально-побутової активності.

Головним критерієм ефективності системи медичної реабілітації являється не кількість проведених лікувально-діагностичних заходів, а соціальні показники – терміни повернення військовослужбовців в стрій, рівень їх босздатності, професійної надійності та якість життя.

Ефективна і доказова реабілітація хворих можлива виключно за наявності високотехнологічних засобів та новітніх підходів до її структури і організації.

Стандартними умовами забезпечення успішності та ефективності медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України є:

- організація роботи у військово-медичних закладах на всіх етапах надання гострої, підгострої медичної реабілітації та довготривалої допомоги;
- впровадження моделі роботи мультидисциплінарних реабілітаційних бригад;
- впровадження міжнародної класифікації функціонування (далі – МКФ) згідно рекомендацій ВООЗ;
- впровадження нових технологій реабілітації;

– розробка критеріїв ефективності медичної реабілітації для різних груп хворих у відповідності до міжнародних сертифікаційних критеріїв.

Для створення єдиної інформаційної системи маршрутизації та контролю ефективності реабілітаційних заходів за профілем наданої допомоги необхідно:

– підготовка та підвищення професійної кваліфікації спеціалістів по медичній реабілітації згідно міжнародних стандартів ВООЗ та відповідно до стандартів Європейської ради фізичної та реабілітаційної медицини;

– розроблення та впровадження у практичну діяльність протоколів надання медичної реабілітації пораненим та хворим відповідно до патології та наявності функціонального дефіциту;

– забезпечення інтеграції методів медичної реабілітації в систему загально лікувальної мережі;

– науково-практична підтримка системи медичної реабілітації з метою визначення найбільш ефективних методів та заходів на основі доказової медицини;

– розроблення орієнтовних переліків реабілітаційних послуг та матеріально-технічного забезпечення в закладах (відділеннях) медичної реабілітації МО України відповідно до профілю спеціалізації.

Для ефективного функціонування системи медичної реабілітації необхідне дотримання наступних організаційних принципів:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів. Це допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення, а у випадку розвитку інвалідності – боротися з нею на перших етапах лікування.

2. Принцип встановлення цілей та індивідуальний підхід.

3. Безперервність реабілітаційних заходів. Цей принцип є основою ефективності реабілітації, тому, що тільки безперервність та поетапна черговість реабілітаційних заходів є запорукою скорочення часу на лікування, зниження інвалідності і витрат на відновне лікування та довготривале матеріальне утримання інвалідів.

4. Спадкоємність у наданні реабілітаційних послуг.

5. Комплексність реабілітаційних заходів. Під керівництвом лікуючого лікаря реабілітація проводиться й іншими фахівцями: соціологом, психологом, педагогом, юристом та ін.

6. Індивідуальність реабілітаційних заходів. Для підвищення ефективності реабілітації необхідно для кожного конкретного хворого чи інваліда розробляти індивідуальні реабілітаційні програми (плани) з урахуванням загального стану, особливостей перебігу хвороби, вихідного рівня фізичного стану, особистості хворого, віку, статі, професії тощо.

7. Необхідність реабілітації у колективі. Проходження реабілітації разом з іншими хворими чи інвалідами формує у пацієнта почуття члена колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний із наслідками захворювання. Добре ставлення навколишніх надихає і надає впевненості у своїх силах і сприяє швидшому одужанню.

#### 8. Інформативність

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, Міжнародної спілки фізичної та реабілітаційної медицини, до стандартів Європейської ради фізичної та реабілітаційної медицини, які ґрунтуються на даних доказової медицини, для забезпечення ефективного виконання поставлених цілей і завдань медична реабілітація повинна бути ранньою та етапною.

Послуги медичної реабілітації в військово-медичних закладах надаються на етапах гострої, підгострої медичної реабілітації та тривалої допомоги (згідно рекомендацій ВООЗ).

Етапний характер реабілітаційної системи передбачає необхідність суворої спадкоємності етапів, взаємній передачі інформації щодо пацієнта, прогнозування та об'єктивну оцінку результатів.

Реабілітаційні заклади, які поєднані етапною системою, мають спільну стратегічну ціль і діють на основі спільних принципів її досягнення. При цьому вони мають забезпечити індивідуалізацію програми медичної реабілітації для кожного хворого, враховуючи реальні можливості конкретних етапів реабілітації.

Кінцева ціль реабілітації – соціальна, тому і оцінка її ефективності повинна враховувати поряд з медичними показниками також і соціальні. Для військовослужбовців це, наприклад, результати ВЛК з оцінкою придатності до військової служби. Слід також і враховувати реальне повернення до професійної діяльності.

Етапи надання медичної реабілітації в медичних закладах МО України сформовані в залежності від цілей, завдань реабілітації та ресурсних можливостей кожного окремого закладу і розподіляються на гостру, підгостру реабілітацію та довготривалу допомогу (згідно рекомендацій ВООЗ).

#### Етап гострої медичної реабілітації.

Гострої медичної реабілітації потребують пацієнти з бойовими ураженнями, травмами чи захворюваннями, внаслідок яких виник дефіцит функцій на органному та (чи) системному рівні і які потребують заходів корекції, компенсації чи заміщення. Розпочинається реабілітація з моменту надходження пацієнта до лікувального закладу.

На етапі гострої медичної реабілітації доцільно окремо виділяти надання гострої медичної реабілітації у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) та профільних стаціонарних відділеннях. Інтеграція реабілітації в процес

надання гострої невідкладної допомоги у ВРІТ в першу чергу направлена на профілактику ускладнень, в разі розвитку яких значно погіршується стан хворого, що нерідко може стати причиною смерті. В той же час, своєчасно використані спеціальні методики реабілітації можуть мати вирішальне значення для відновлення та компенсації дефіциту функцій (наприклад – «золота доба», «доба надій» в нейрореабілітації).

Гостра медична реабілітація у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії.

Гостра медична реабілітація у ВРІТ є відносно новим, але перспективним напрямком в класичній реабілітації, який отримав розвиток в останні 5–7 років. Дана реабілітація є активним процесом мультимодальної дії, який направлений на попередження і лікування наслідків після перенесеної інтенсивної терапії – ПІТ-синдрому, профілактику ускладнень Bed-rest режиму, збереження фізіологічного і соціального статусу пацієнта після перенесеного критичного стану. Ефективність реабілітації у ВРІТ ґрунтується на даних доказової медицини.

Рекомендована організація реабілітації – реабілітаційні мультидисциплінарні бригади (МДБ) у складі: лікар реаніматолог, невропатолог, лікар ЛФК, ерготерапевт, психолог, лікарі за профілем захворювання (травматологи, ортопеди, логопеди тощо).

Вимоги до членів МДБ – відповідна підготовка щодо особливостей реабілітації хворих у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії.

Активну участь в процесі реабілітації має приймати середній медперсонал для допомоги при проведенні методик реабілітації, особливо мобілізації та ерготерапії.

Координує діяльність МДБ лікар-реаніматолог. У своїй роботі МДБ повинні керуватись нозологічними локальними протоколами по реабілітації у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії.

Основа реабілітації – суто індивідуальний підхід. Для цього лікарем реаніматологом та спеціалістами МДБ проводиться оцінка загального стану пацієнта і визначається реабілітаційний потенціал. Для пацієнтів ВРІТ – це показник максимально можливого позитивного рівня виходу з невідкладного (критичного) стану на момент переведення із ВРІТ. Для пацієнтів з гострою церебральною недостатністю реабілітаційний потенціал оцінюється за шкалою Glasgow Outcome Scale.

Для пацієнтів з іншими невідкладними станами, якщо відповідні нозологічні шкали відсутні, оцінка реабілітаційного потенціалу здійснюється за шкалою Ренкіна або емпірично на основі індивідуального досвіду лікаря реаніматолога та членів МДБ.

Надалі, з урахуванням реабілітаційного стану хворого, членами МДБ складається індивідуальний план.

Основні завдання реабілітації у ВРІТ:

Профілактика ПІТ-синдрому:

Рання мобілізація.

Профілактика застійних пневмоній.

Профілактика пролежнів.

Профілактика інфекційних і тромботичних ускладнень.

Корекція дисфагії.

Формування циркадних ритмів.

Мультисенсорна перцептивна стимуляція і підтримка когнітивного функціонування – відновлення пам'яті, уваги, мислення, регулюючих функцій, мови тощо.

Корекція афективних станів і депресії.

Рання побутова адаптація.

Профілактика наслідків після перенесеної інтенсивної терапії (ПІТ-синдрому).

ПІТ-синдром це синдром «Після Інтенсивної Терапії» (PICS - PostIntensive Care Syndrome), який включає сукупність обмежуючих повсякденне життя пацієнта соматичних, неврологічних та соціально-психологічних наслідків перебування в умовах ВРІТ. У табл. 1 описані основні компоненти ПІТ-синдрому та заходи профілактики.

Рання мобілізація є ефективним методом боротьби з іммобілізаційним синдромом, який розвивається у 55-98% пацієнтів ВРІТ з тривалістю перебування більше 48 годин.

Рання мобілізація є важливим елементом реабілітаційного процесу для пацієнтів ВРІТ, як засіб для покращення функціональної активності, зокрема, здатності до повертання в ліжку, можливості сідати, вставати, робити кроки в якомога ранні терміни. Мінімальна, але самостійна м'язева активність попереджує розвиток атрофії м'язів, як ранньої ознаки іммобілізаційного синдрому.

Основними методиками мобілізації є позиціонування хворого в ліжку, вертикалізація, кінезотерапія та ерготерапія (табл. 2).

Позиціонування є важливим компонентом стратегії реабілітації у ВРІТ, який направлений на активацію рефлексорних реакцій, оптимізацію м'язового тону, сенсорну стимуляцію, попередження розвитку контрактур, пролежнів, підтримку і стабілізацію сегментів тіла, зниження ризику аспірації, покращення сприйняття оточуючого середовища.

Вертикалізація у ВРІТ направлена насамперед на профілактику і лікування ознак ортостатичної недостатності та її наслідків, які розвиваються в умовах ліжкового режиму.

## Основні компоненти ПТТ-синдрому

Тип ускладнень	Вид	Заходи профілактики
Когнітивні	Порушення пам'яті, уваги, мислення, регулюючих функцій	Профілактика гіпоглікемії і делірія
Психологічні	Депресія	Профілактика гіпоглікемії
	Посттравматичний стрес	Обмеження седації (Протокол Stopседація)
	Тривожність	Раннє використання антидепресантів
Вегетативні	Порушення циркадних ритмів	Формування циклів сну і бодрості медикаментозно та реанімаційним регламентом
	Порушення гравітаційного градієнту	Рання вертикалізація, стимуляція стоп
Нейром'язові	Поліміонейропатія критичних станів	Рання мобілізація Кінезотерапія Контроль глікемії Обмеження міорелаксантів Обмеження седації
Легеневі	Зниження дихального об'єму і життєвої ємності легень	Рання вертикалізація пневмокомпресія Дихальні техніки кінезотерапії Допоміжна респіраторна вентиляція Застосування допоміжних режимів ШВЛ
Фізичний статус	Зниження активності в повсякденному житті, погіршення показників теста ходи	Рання реабілітація у ВРІТ з продовженням на наступних етапах
Якість життя	Дефіцит загального стану здоров'я, зниження настрою, наявність больового синдрому тощо	Мультидисциплінарні заняття, направлені на підтримку психічної активності і профілактика інших компонентів ПТТ-синдрому

Кінезотерапія є одним із напрямків лікувальної фізкультури, яка ефективно застосовується у пацієнтів відділень реанімації та інтенсивної терапії.

Під контролем лікаря ЛФК здійснюється комплекс пасивних і активно-пасивних рухів з метою профілактики іммобілізаційних порушень, відновлення толерантності до фізичних навантажень, що сприяє активізації і вертикалізації пацієнта.

## Технології мобілізації, які рекомендуються у структурі ВРІТ

Активність	Опис	Можливі терміни проведення
Позиціонування в ліжку	Послідовні зміни положення тіла пацієнта по відношенню до горизонтальної площини на 3 –х секційному ліжку	з 1 доби, індивідуально
Вертикалізація	Пасивний процес збільшення гравітаційного градієнту у пацієнтів без свідомості чи з тетраплегією на 3-х секційному ліжку, поворотному столі (tilt-table) під контролем лікаря	з 2 доби під контролем STOP сигналів
Пасивна кінезотерапія	Пасивні рухи в суглобах в об'ємі фізіологічних з розтягуванням м'язів (stretching) без участі пацієнта. Використання механотренажерів	з 2 доби під контролем STOP сигналів, індивідуально
Активна кінезотерапія	Вправи з активною участю пацієнта для підтримки і підвищення рухової активності, необхідної для вертикалізації. Використання роботизованої техніки в активному режимі	З 1 доби індивідуально
Сидіння на краю ліжка	Пацієнт сидить на краю ліжка, намагаючись утримати баланс і зміцнити м'язи спини	Початок індивідуально
Пересаджування у крісло	Пересаджування пасивно з використанням підйомника або пасивно-активно з використанням стенда чи допомоги асистента	Проводиться після досягнення 1 години сидіння у ліжку
Стояння	Пацієнт переходить в стояче положення і може втриматися за допомогою асистента або допоміжних засобів	Проводиться після досягнення 1 години сидіння в кріслі
Електронеуро-міостимуляція	Нейром'язева стимуляція м'язових скорочень	із 2 доби
Дихальна гімнастика	Пасивні маневри, які направлені на профілактику респіраторної нейропатії у спонтанно дихаючих і пацієнтів на ШВЛ. Пасивна дихальна гімнастика (контактний пацієнт). Перкусійний ручний масаж грудної клітки. Апаратна високочастотна осциляція грудної клітки	із 1- 2 доби



Ерготерапія. В умовах ВРІТ ерготерапевт навчає хворого повертатися в ліжку, присаджуватись, вставати, стояти, робити кроки, опанувати прості повсякденні дії тощо.

Значення ерготерапії у структурі ВРІТ насамперед полягає в тому, що вона сприяє прискоренню відновлення преморбідного патерна життєдіяльності (performance patterns) пацієнта, тобто поверненню до звичайного режиму життя, соціального статусу. Ерготерапія скорочує термін перебування у ВРІТ], а у пацієнтів на ШВЛ час адаптації до спонтанного дихання. Критеріями ефективної ерготерапії являється позитивна динаміка за шкалою Barthel.

Для вибору індивідуальної комбінації реабілітаційних модулів мобілізації пацієнта і встановлення міждисциплінарної взаємодії застосовується модифікаційний індекс мобільності Рівермід (mRMI-ICU).

Після стабілізації стану і при відсутності протипоказань до транспортування або переведення проводиться подальша маршрутизація хворих для продовження лікування та гострої медичної реабілітації.

Гостра реабілітація у профільних стаціонарних відділеннях та відділеннях відновного лікування.

Гостра медична реабілітація проводиться хворим, які поступили на стаціонарне лікування у профільні відділення, відділення відновного лікування у військові госпіталі та військово-медичні клінічні центри і мають порушення або дефіцит функцій, які потребують лікування та корекції. Гостра медична реабілітація передбачає максимально повне та максимально можливе відновлення (реституцію) здоров'я хворого.

За умов перебування хворого у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) після відновлення порушених життєво важливих функцій організму до стану, який дозволяє переведення (транспортування) хворого, подальша гостра реабілітація є логічним продовженням і закріпленням напрацьованих результатів реабілітації у ВРІТ.

Здійснюють проведення та відповідальні за етап гострої медичної реабілітації у профільних стаціонарних відділеннях та відділеннях відновного лікування лікуючий лікар та мультидисциплінарна бригада під керівництвом лікаря ФРМ.

Організація роботи, завдання МДБ та алгоритм дій:

1. Створення, визначення складу мультидисциплінарної бригади.
2. Оцінка функціонального дефіциту хворого – проводиться на основі клініко-лабораторних та інструментальних досліджень лікуючим лікарем та МДБ.
3. Оцінка реабілітаційного потенціалу
4. Складання (корекція) індивідуальної програми реабілітації.

5. Складання (корекція) індивідуального плану реабілітації
6. Оцінка ефективності реабілітаційних заходів
7. Оцінка реабілітаційного прогнозу
8. Надання МДБ заключення та висновків щодо доцільності (недоцільності) переведення пацієнта на наступний етап реабілітації;

При проведенні оцінка реабілітаційного потенціалу та розробленні індивідуальної програми та плану індивідуальної програми реабілітації

доцільно (рекомендується) використовувати стандартні шкали, які сприяють більш повному уявленню про стан хворого та контролю якості лікування і реабілітації. Наприклад, досить широко застосовуються наступні шкали:

- Шкала Ватерлоу для оцінки ризику розвитку пролежнів;
- Шкала Гамільтона для оцінки вираженості депресивних розладів;
- Шкала Еушорта для оцінки м'язевого тонуусу і спастичності.
- Шкала функціональної незалежності (FIM) для визначення стану рухових функцій, функцій тазових органів, стану інтелекту.

9. Визначення маршрутизації пацієнта на основі його потреб та наявних ресурсних можливостей медичних закладів МО та МОЗ України.

### **Висновки**

Таким чином, при проведенні гострої медичної реабілітації враховуються такі аспекти реабілітаційних заходів:

1. Медичний – включає питання лікувального, лікувально-діагностичного і лікувально-профілактичного плану.

2. Фізичний – охоплює всі питання пов'язані із застосуванням фізичних факторів (фізіотерапія, ЛФК, кінетотерапія, ерготерапія тощо)

3. Психологічний – прискорення процесу психологічної адаптації до нової, в результаті хвороби, життєвої ситуації, профілактика і лікування та розвитку патологічних психічних змін.

4. Професійний – профілактика можливого зниження або втрати працездатності; у інвалідів – по можливості, відновлення працездатності (боєздатності)

5. Соціальний аспект – охоплює питання впливу соціальних факторів на розвиток і перебіг хвороби, соціальної адаптації пацієнта.

### **Література**

1. Радиш Я.Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел) / Я.Ф. Радиш, О.М. Соколова // Економіка та держава. – 2012. – № 3. – С. 103–106.

2. Соколова О.М. Становлення та розвиток медичної реабілітації військовослужбовців у Росії та світі: досвід для України / О.М. Соколова, І.П. Чорний, В.П. Мегедь, Я.Ф. Радиш. – 2012. – С. 51–60.

3. Лесков В.О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. канд. психол. н. Спеціальність 19.00.09 “Психологія діяльності в особливих умовах” / Валерій Олександрович Лесков. – Хмельницький: Національна академія Державної прикордонної служби України ім. Богдана Хмельницького, 2008. – 21 с.

4. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст. 19).

5. Закон України “Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей” (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1992, № 15, ст. 190).

6. Rusk H.A. The growth and development of rehabilitation medicine / H.A. Rusk // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1969. – Vol. 50. – № 8. – P. 463–466.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ**

**К.И.Лурье**

**Резюме.** *Статья имеет проблемный характер и охватывает отдельные вопросы медицинской реабилитации, в части проведения ее в остром периоде травмы (заболевания). Указанные особенности организации медицинской реабилитации военнослужащих-участников боевых действий. Показаны основные проблемы в организации и проведении медицинской реабилитации в ВС Украины; предложены пути их устранения.*

**Ключевые слова:** *антитеррористическая операция, нормативно-правовые акты, военнослужащие, острая медицинская реабилитация.*

## **SOME ASPECTS OF ACUTE MEDICAL REHABILITATION OF UKRAINE'S ARMED FORCES FOR UKRAINIAN ARMED FORCES**

**K.I. Lurie**

**Summary.** *The article is of a problematic nature and covers certain issues of medical rehabilitation, in part of its occurrence in acute period of trauma (illness). The features of organization of medical rehabilitation of servicemen-participants of combat actions are outlined. The main problems in organizing and conducting medical rehabilitation in the Armed Forces of Ukraine are shown; proposed ways to eliminate them.*

**Key words:** *antiterrorist operation, regulations, servicemen, acute medical rehabilitation.*