

Результати опрацювання зауважень/пропозицій, що надійшли під час громадського обговорення

Стандарту реабілітаційної допомоги за темою «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку» (далі – СРД)

(засідання МРГ 01.10.2025)

<i>Заявник</i>	<i>Пропозиції</i>	<i>Рішення членів мультидисциплінарної робочої групи</i>
Атаман Юрій Олександрович , лікар ФРМ, лікар-психотерапевт, професор, доктор мед. наук, зав. кафедри фізичної терапії, ерготерапії та спортивної медицини Сумського державного університету	1. Недостатньо уваги приділено іншим складовим реабілітації, зокрема психологічній реабілітації таких пацієнтів, а також соціальній та фізкультурно-спортивній реабілітації. Фраза «забезпечити проведення моніторингу потреб пацієнта у психологічній та соціальній допомозі» та «надавати допомогу для подолання депресії, тривоги, зловживання психоактивними речовинами та болю, проводити скринінг щодо розладів ментального здоров'я, вживання психоактивних речовин та ризику суїциду» (стор. 26) не є достатніми, потрібне зазначення конкретних інструментів та критеріїв якості по впровадженню заходів по підтримці психічного здоров'я та соціальної адаптації. Враховуючи військовий час, чомусь у переліку найбільш значущих порушень психічного здоров'я не	Пропозицію відхилено. 1) При потребі в наданні допомоги щодо психічного здоров'я пацієнта, МДРК: направляє запит до фахівця з психічного здоров'я - пп. 18, стор. 14 СРД; забезпечує консультації інших лікарів-спеціалістів - пп. 20 стор. 14 СРД. 2) В Україні медична допомога пацієнтам з <u>депресією</u> надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003. 3) Медична допомога пацієнтам з розладом, <u>викликаним вживанням психоактивних речовин</u> , надається відповідно до Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», затвердженого наказом

	зазначається ПТСР, пролонгована реакція на горе. Опитувальника MMSE також недостатньо для оцінки психічного здоров'я пацієнта. Можливо, доцільно було б використати термін у цьому контексті термін "комплексна реабілітація".	Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2555, Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 січня 2025 року № 84. 4) Медична допомога пацієнтам з <u>гострим стресовим розладом та ПТСР</u> надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265.
	2. Не визначені обов'язки та відповідальність фізичного терапевта (ФТ), ерготерапевта (ЕТ), терапевта мови та мовлення (ТММ). В стандарті використовується загальний термін "фахівець з реабілітації", проте, які обов'язки у асистента ФТ, ФТ, асистента ЕТ, ЕТ не вказано. Тобто зі стандарту випливає, що фахівець з реабілітації (медична сестра, асистент) мають право здійснювати щорічний огляд пацієнта (стор. 25, пункт 5), не	Пропозицію відхилено. 1) Завдання та обов'язки, фахівців з реабілітації визначено Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117 (зі змінами): - фізичного терапевта – п. 27 розділу «Інші професіонали в галузі медицини»; - ерготерапевта – п. 26 розділу «Інші професіонали в галузі медицини»;

	відповідаючи відповідним кваліфікаційним вимогам. В той же час, у постанові КМУ №1268 (2021) зазначено, що самостійне надання реабілітаційної допомоги можуть здійснювати фахівці ФТ, ЕТ, ТММ. Роль лікаря ФРМ є набагато більш окресленою, згадується 13 разів, тоді, коли ФТ - 3 рази (стор. 8, 12, 19).	- терапевта мови та мовлення – п. 28 розділу «Інші професіонали в галузі медицини»; - асистента ерготерапевта – п. 55 розділу «Фахівці»; - асистента фізичного терапевта - п. 56 розділу «Фахівці». 2) Основні завдання фахівців з реабілітації та соціального працівника в мультидисциплінарній реабілітаційній команді, відповідальність також визначено Типовим положенням про мультидисциплінарну реабілітаційну команду, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268.
	3. Термін "застійна пневмонія" відсутній в класифікації, давно є застарілим і не вживається у діагностиці.	Пропозицію відхилено. Термін «застійна пневмонія» вжито відповідно до додатку 7 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (пункт 7 розділу II), затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083.
	4. В тексті зустрічаються терміни, що потребують додаткового визначення і не є коректними - "нереабілітаційне відділення" (стор. 10), "хронічний період" (стор. 18), "відповідальність МДРК" (стор. 17).	Пропозицію відхилено. 1) Термін «нереабілітаційне відділення» є коректним, оскільки його вжито в тексті відповідно до абзацу 6, 7 пункту 3 Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, підпунктів 2, 6 пункту 9, підпунктів 4, 5 пункту 12,

		підпунктів 1, 2 пункту 15 Типового положення про реабілітаційне відділення, підрозділ, абзацу 2 пункту 1, підпункту 5 пункту 7 Типового положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268. 2) «Хронічний період» стосується тривалого часу розвитку або перебігу захворювання, яке може тривати місяцями або навіть роками. Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з хронічним перебігом описані в пункті 28 Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268. 3) «Забезпечення інформування та навчання пацієнта та/або його законних представників є <u>відповідальністю МДРК</u>»: Межі відповідальності фахівців з реабілітації визначено Типовим положенням про мультидисциплінарну реабілітаційну команду, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268 («несе <u>відповідальність</u> згідно до кваліфікаційної характеристики та в рамках професійних компетентностей») та Довідником кваліфікаційних характеристик
--	--	--

		професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117 (зі змінами) («інформує пацієнта (членів сім'ї, законних представників) з питань його функціонального стану», «проводить навчання та надає консультації»).
	5. Не зрозуміло, коли має розпочинатися реабілітаційна допомога пацієнтам з ТСМ. Варіанти з проекту 1). Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду має починатись одразу після надходження пацієнта в ЗОЗ (стор. 10, ост. абзац); 2). не пізніше 24-72 годин після стабілізації стану пацієнта (стор. 12); 3). не пізніше 72 годин після стабілізації стану (стор. 13). Пропонуємо обрати щось одне.	Пропозицію прийнято. «Не пізніше 72 годин після стабілізації стану пацієнта»
	6. Абзаци на стор. 11 "Направлення пацієнтів із ТСМ, які потребують реабілітації, між реабілітаційними періодами до іншого місця надання реабілітаційної допомоги за наявності обмежень повсякденного функціонування здійснюється відповідно до норм чинного законодавства" та "Завершення	Пропозицію відхилено. Наведені формулювання відмінні за змістом та описують різні дії в процесі надання реабілітаційної допомоги. Зокрема, у першому випадку мова йде про направлення пацієнта з ТСМ між реабілітаційними періодами до іншого місця надання реабілітаційної допомоги для забезпечення безперервності надання цієї допомоги, а у

	етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду, направлення пацієнта на наступні етапи надання реабілітаційної допомоги, або направлення на медсестринський догляд чи інші види медичної допомоги, а також визначення подальшого реабілітаційного маршруту пацієнта має відбуватись відповідно до норм чинного законодавства в сфері охорони здоров'я" дублюють фактично один одний, не несуть змістового навантаження.	другому - мова йде, про завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду та порядок подальшого направлення пацієнта на наступні етапи надання реабілітаційної допомоги.
	7. Перелік інструментів обстеження в додатках є вичерпним? Навіщо вказано є шкала Ранчо-Лос-Амігос, якщо вона стосується тільки уражень головного мозку. Можливо тоді ще додати Глазго, WHODAS, Amr_no_Pro, Берга, Бека, встань та йди. Не зрозуміло, з якою метою обрані саме ці шкали, особливо враховуючи те, що має розглядатися не тільки фізична реабілітація.	Пропозицію відхилено. Перелік інструментів обстеження в додатках є вичерпним, відповідно до маршруту пацієнта при травмах спинного мозку.
	8. На стор. 9 абзаци 2 та 3 протирічать один одному.	Пропозицію відхилено. Абзаци не вступають в протиріччя. «Реабілітаційна допомога пацієнтам із TCM має надаватись мультидисциплінарною

		реабілітаційною командою (далі – МДРК) або, у визначених законодавством випадках, фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно». «Надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ має бути злагодженим, скоординованим та якісно організованим процесом роботи всіх членів МДРК».
	9. На стор. 9 абзац 7 "Фахівці з реабілітації повинні надати пацієнту та/або його законному представнику всю необхідну інформацію про стан здоров'я..." замінити на "Лікуючий лікар (лікар ФРМ в післягострому та довготривалому періодах реабілітації) має надати пацієнту...";	Пропозицію відхилено. 1) Завдання та обов'язки відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117 (зі змінами): - <u>фізичного терапевта</u> - «інформує пацієнта (членів сім'ї, законних представників) з питань його функціонального стану»; - <u>ерготерапевта</u> – «надає консультації родичам та опікунам щодо виявлених порушень і шляхів досягнення особами з обмеженими фізичними, когнітивними та емоційними можливостями максимальної незалежності і максимально можливого рівня здоров'я, залучає їх до планування і виконання домашніх програм ерготерапії». 2) Відповідно до підпункту 4 пункту 8 Типового положення про мультидисциплінарну реабілітаційну

		команду, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268: - <u>ТММ</u> – «аналіз якісних та кількісних даних, на основі яких разом з особою, яка потребує реабілітації, членами її сім'ї, її законним представником встановлює мету та завдання терапії мови та мовлення».
	10. Стор. 20, пункт 7 - пропоную виключити, або додати, що інформування МОЗ здійснюється відповідно до нормативної бази.	Пропозицію відхилено, оскільки інформування повинно бути <u>не в МОЗ, а в НСЗУ</u>; наступний пункт 8 на стор. 20 СРД є логічним продовженням пункту 7 з детальним роз'ясненням: 7) лікар ФРМ або інший член МДРК, який виявив при госпіталізації пацієнта з ТСМ, що потребує реабілітації, пролежні та/або застійну пневмонію, повинен негайно поінформувати керівника ЗОЗ; 8) керівник ЗОЗ, в який поступив пацієнт з ТСМ, що потребує реабілітації, з пролежнями та/або застійною пневмонією, протягом трьох робочих днів повинен поінформувати Національну службу здоров'я України про дефекти надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду за формою, що наведена в додатку 7 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (пункт 7 розділу II) затвердженому наказом Міністерства

		охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.
Олексій ЯРЕМЕНКО Керівник Проекту міжнародної технічної допомоги «Реабілітація в Україні (Rehab4U)», Організація Моментум Вілз фор Хьюменіті (Momentum Wheels for Humanity)	1. До Паспортної частини «Назва діагнозу: Травма спинного мозку» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Назва діагнозу: Ураження спинного мозку» <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Коди стану або захворювання (НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»), які перелічені у паспортній частині включають також і нетравматичні ураження спинного мозку. Термін «травма спинного мозку» має більш вузьке значення, ніж «ураження спинного мозку», оскільки «травма» акцентує увагу виключно на механічному пошкодженні внаслідок зовнішнього впливу, в той час як «ураження спинного мозку» є ширшим поняттям, яке охоплює не лише травматичні, але й нетравматичні випадки уражень	Пропозицію відхилено. Термін «ураження» є більш широким за змістом, в тексті настанови та СРД описано порядок надання реабілітаційної допомоги саме при травмі спинного мозку.

	спинного мозку, що виникають через захворювання, інфекції або дегенеративні процеси. Окрім цього, термін «ураження спинного мозку» є більш коректним перекладом англомовного терміну “Spinal Cord Injury” та відповідає міжнародним стандартам і в подальшому допоможе у плануванні маршрутизації пацієнтів з ураженнями спинного мозку. Просимо розглянути можливість заміни терміну «травма спинного мозку» на «ураження спинного мозку» в даному стандарті та відповідних нормативно-правових актах Міністерства охорони здоров’я України	
	2. До стор. 8 Виключити ~~«Ознайомитися з Клінічною настановою, заснованою на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/en/at_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/»~~ <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції</u> У тексті документа	Пропозицію відхилено, оскільки в розділі «Галузеві стандарти та клінічні настанови» одночасно з опублікуванням стандарту буде розміщена зазначена клінічна настанова (завершена адаптація). Відповідно до пункту 3.4.1. Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві

	використано URL-адресу, яка є загальним посиланням на каталог «Галузеві стандарти та клінічні настанови» на сайті ДЕЦ МОЗ, та не веде безпосередньо до конкретної клінічної настанови (вона відсутня), це може ускладнювати пошук необхідного документа та не дає змоги верифікувати джерело.	юстиції України 29 листопада 2012 року за №2001/22313, розробка положень стандарту реабілітаційної допомоги розпочинається відразу після підготовки попереднього варіанта тексту клінічної настанови ПАРАЛЕЛЬНО з процесом обговорення і рецензування.
	3. До стор. 9 (Загальна частина) «Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ розпочинається в гострому реабілітаційному періоді (~~з першого дня отримання травми пацієнтом~~) та продовжується в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ розпочинається в гострому реабілітаційному періоді (з моменту надходження до закладу охорони здоров'я, але не пізніше 24–72 годин після стабілізації стану пацієнта) та продовжується в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах». <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції</u> У документі наявна	Пропозицію прийнято. «Не пізніше 72 годин після стабілізації стану пацієнта»

	неузгодженість у визначенні моменту початку надання реабілітаційної допомоги: у Загальній частині (стор. 9) зазначено «з першого дня отримання травми пацієнтом»; у Положеннях стандарту (стор. 10) – «одразу після надходження пацієнта в заклад охорони здоров'я»; у Критеріях якості (стор. 12) – «не пізніше 24–72 годин після стабілізації стану пацієнта». Такі різні формулювання створюють неоднозначність і потребують уніфікації, щоб чітко визначити момент початку реабілітаційної допомоги. Узгодження у тексті єдиного варіанту початку надання реабілітаційної допомоги необхідне для забезпечення правової визначеності та уніфікованого застосування стандарту в практиці.	
	4. До пункту 1 Положення стандарту розділу I «Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду має починатись ~~одразу~~ після надходження пацієнта в ЗОЗ та надаватись паралельно з медичною допомогою, а також має	Пропозицію прийнято. «Не пізніше 72 годин після стабілізації стану пацієнта»

	охоплювати заходи для профілактики ускладнень, пов'язаних із знерухомленням пацієнта з ТСМ». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду має починатись з моменту надходження пацієнта до ЗОЗ, але не пізніше 24–72 годин після стабілізації стану пацієнта та надаватись паралельно з медичною допомогою, а також має охоплювати заходи для профілактики ускладнень, пов'язаних із знерухомленням пацієнта з ТСМ».	
	5. До пункту 1 Положення стандарту розділу I «Для прийняття рішення щодо застосування реабілітаційного маршруту та направлення пацієнта з ТСМ, який потребує реабілітації на наступний етап надання реабілітаційної допомоги, лікар ФРМ використовує інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітаційної допомоги при ТСМ у гострому	Пропозицію прийнято.

реабілітаційному періоді, зазначені у додатку 1 до цього Стандарту».

Пропонується викласти в редакції:

«Для прийняття рішення щодо застосування реабілітаційного маршруту та направлення пацієнта з ТСМ, який потребує реабілітації на наступний етап надання реабілітаційної допомоги, лікар ФРМ використовує результати інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітаційної допомоги при ТСМ у гострому реабілітаційному періоді, зазначені у додатку 1 до цього Стандарту, та висновки членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, сформовані за підсумками реабілітаційного обстеження пацієнта».

Обґрунтування запропонованої пропозиції

Формулювання може бути витлумачене так, що лікар ФРМ проводить самостійно усі інструменти оцінювання, що не відповідає мультидисциплінарному

	підходу та фактичному розподілу ролей у команді, необхідно чіткіше розмежувати ролі, оскільки лікар ФРМ використовує результати оцінювання функціонування осіб, проте в більшості їх проводять різні члени мультидисциплінарної реабілітаційної команди.	
	6. До підпункту 12 пункту 3 Критерії якості розділу I ~~«12) за потреби забезпечити пацієнту нейрохірургічну стабілізацію травми хребта, що дозволяє його вертикалізувати»~~ <u>Пропонується:</u> Виключити п. 12 <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції</u> Положення пункту 12 радше належить до клінічних/хірургічних аспектів та відповідає критеріям завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду згідно з Додатком 1 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (підпункт 1 пункт 4 розділу I), затвердженого наказом МОЗ України від 16 листопада 2022 року	Пропозицію відхилено. Відповідно до п. 2 розділу II Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852: «Лікуючим лікарем особи, яка потребує реабілітації, протягом гострого реабілітаційного періоду є лікар-спеціаліст відповідно до основної патології». Тобто, лікуючим лікарем протягом гострого реабілітаційного періоду є лікар-нейрохірург. Одним з <u>критеріїв завершення етапу надання реабілітаційної допомоги</u> протягом гострого реабілітаційного періоду відповідно до Додатку 1 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (підпункт 1 пункт 4 розділу I), затвердженого наказом

	№ 2083, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852, і не може розглядатися як критерій якості стандарту реабілітації.	Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852, є <u>«проведено нейрохірургічну стабілізацію травми хребта, що дозволяє вертикалізувати пацієнта»</u>. Відповідно до п. 3.4.3 розділу III Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року №751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2001/22313, Стандарт реабілітаційної допомоги повинен містити <u>перелік критеріїв при переведенні між періодами реабілітації</u>.
	7. До підпункту 13 пункту 3 розділу I «13) забезпечити пацієнту раннє застосування необхідних допоміжних засобів реабілітації (далі – ДЗР) та асистивних технологій: здійснити підбір ортезів, крісел колісних, протипролежневих матрасів тощо» <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію прийнято.

	«13) забезпечити пацієнту ранній доступ до необхідних асистивних технологій (включаючи здійснення підбору допоміжних засобів реабілітації (далі – ДЗР), зокрема: ортезів, крісел колісних, протипролежневих матрасів тощо.)» <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції</u> Щодо вживання формулювання «ДЗР та АТ» в пункті 13, яке також двічі зустрічається на стор. 18 у «Обґрунтування положень стандарту», та стор. 25 у «Критеріях якості», пункт 6, створює термінологічну плутанину. «Допоміжні (асистивні) технології» - це застосування організованих знань та навичок, пов'язаних з допоміжними засобами реабілітації, включаючи системи та послуги, є ширшим поняттям і включає ДЗР. Використання обох термінів через «та» є некоректним.	
	8. До абзацу 4 підпункту 22 пункту 3 розділу I «у пацієнта відсутні пролежні, застійні пневмонії та проводиться	Прозицію прийнято.

перемінна катетеризація сечового міхура»

Пропонується викласти в редакції:

«у пацієнта відсутні пролежні, застійні пневмонії та **проводиться періодична катетеризація, якщо дозволяє клінічний стан пацієнта»**

Обґрунтування запропонованої пропозиції

Слід звернути увагу на неузгодженість термінів. У тексті застосовано термін «перемінна катетеризація», який не відповідає міжнародній термінології, проєкту професійного стандарту «Сестра медична/брат медичний з реабілітації» та суперечить пункту 11 у цих же критеріях, у якому застосовується термін «періодична катетеризація». У клінічних настановах (PVA, Can-SCIP) та професійному стандарті використовується термін «intermittent catheterization», більш коректним перекладом якого є «періодична катетеризація». Періодична катетеризація є золотим стандартом менеджменту сечового міхура у міжнародних клінічних

	настановах (PVA/Consortium, Can-SCIP). Проте у клінічних ситуаціях, коли її застосування неможливе (наприклад, через анатомічні обмеження, малий об'єм сечового міхура <200 мл, гемодинамічну нестабільність, великооб'ємну інфузійну терапію, порушення когнітивних функцій, прийом великої кількості рідини що вимагає надто частих катетеризацій або високий ризик автономної дисрефлексії), слід застосовувати альтернативні підходи, виходячи з індивідуального стану пацієнта. Відповідно на гострому етапі не завжди можливо налагодити періодичну катетеризацію, тому необхідно передбачити можливість тимчасового відтермінування або альтернатив.	
	9. До підпункту 24 пункту 3 розділу I «24) надавати супровід пацієнтам із ТСМ після виписки з реабілітаційного відділення членами МДРК шляхом проведення онлайнконсультацій, застосування мобільних додатків, телефонного зв'язку або інших дистанційних	Пропозицію прийнято.

засобів; супровід включає моніторинг дотримання режиму реабілітації, контроль за виконанням реабілітаційних втручань та заходів профілактики ускладнень».

Пропонується викласти в редакції:

«24) надавати супровід пацієнтам із ТСМ після виписки з **нереабілітаційного відділення** членами МДРК шляхом проведення онлайнконсультацій, застосування мобільних додатків, телефонного зв'язку або інших дистанційних засобів; супровід включає моніторинг дотримання режиму реабілітації, контроль за виконанням реабілітаційних втручань та заходів профілактики ускладнень».

Обґрунтування запропонованих пропозицій Оприлюднена редакція пункту 24 суперечить положенню стандарту Розділу I на стор. 10, де зазначено: «Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду має надаватись за **місцем перебування пацієнта** в

	нереабілітаційних відділеннях ЗОЗ». Необхідно узгодити формулювання пункту 24 з описом надання реабілітаційної допомоги у Розділ І. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду.	
	10. До абзацу 3 пункту 1 Положення стандарту розділу II «Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді надається стаціонарно та/або амбулаторно, за результатами застосування інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді надається стаціонарно та/або амбулаторно, на підставі результатів застосування інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у	Пропозицію відхилено. 1) Заміна «за результатами застосування інструментів оцінювання функціонування осіб» на «на підставі результатів застосування інструментів оцінювання функціонування осіб» не несе зміни змісту речення, а перша редакція речення не суперечить правилам української мови. 2) Пункт 1. Положення стандарту розділу II має два посилання на наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2083. 3) Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2083 не містить всі інструменти оцінювання, які надаються в додатку 2 до Стандарту.

післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852».

Обґрунтування запропонованих пропозицій Додавання посилання на наказ МОЗ України № 2083 є необхідним для забезпечення юридичної визначеності та легітимності застосування інструментів оцінювання, наведених у додатку 2, оскільки саме цим наказом вони затверджені на державному рівні. Це дозволяє уникнути дублювання та різночитань між стандартом і чинними нормативними актами, забезпечує прозорість і зручність використання документа для практичних фахівців, які мають змогу швидко звернутися до першоджерела, а також відповідає міжнародній практиці, де клінічні настанови, стандарти завжди

	містять посилання на офіційні нормативні джерела. 11. До пункту 2. Обґрунтування положень стандарту розділу II «Післягострий період реабілітаційної допомоги є критично важливим для можливого відновлення нейромоторних функцій пацієнтів із ТСМ, оскільки саме в цей час спостерігається максимальна нейропластичність та активне формування компенсаторних механізмів». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Післягострий період реабілітаційної допомоги є критично важливим для можливого розвитку функціональних можливостей пацієнтів із ТСМ, оскільки саме в цей час спостерігається максимальна нейропластичність та активне формування компенсаторних механізмів». <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> У тексті вжито вузьке формулювання «<i>відновлення нейромоторних функцій</i>». Такий підхід звужує розуміння процесу	Пропозицію прийнято.
--	---	------------------------------------

	реабілітації, оскільки ігнорує сенсорні, вегетативні та психоемоційні аспекти, які є невід’ємними складовими функціонального відновлення та визначають якість життя пацієнта.	
	12. До пункту 2. Обґрунтування положень стандарту розділу II «Використання цього «вікна можливостей» сприяє максимально ефективному функціональному відновленню пацієнта. Формування стратегії самостійності та незалежності пацієнта з ТСМ має починатись одразу після завершення гострого реабілітаційного періоду». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Використання цього «вікна можливостей» сприяє максимально ефективному функціональному відновленню пацієнта. Формування стратегії самостійності пацієнта з ТСМ має починатись одразу після завершення гострого реабілітаційного періоду». <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Формулювання «самостійності та незалежності» є	Пропозицію прийнято.

	тавтологічним, бо в контексті реабілітації ці поняття значною мірою перекривають одне одного.	
	13. До пункту 2. Обґрунтування положень стандарту розділу II «Підготовка до переходу в довготривалий період через раннє планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні громади, включаючи скерування до амбулаторних та спільнотних програм реабілітації (Can-SCIP, ISCoS – рівень B)». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Підготовка до переходу в довготривалий період шляхом раннього планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні громади, включно зі скерування до амбулаторних та програм реабілітації у територіальній громаді (Can-SCIP, ISCoS – рівень B). <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Формулювання «спільнотних програм реабілітації» є калькою з англ. Community-based rehabilitation (CBR), та не відповідає	Пропозицію прийнято.

	чинному українському законодавству. Використання терміну «реабілітація у територіальній громаді» відповідає національному законодавству та відображає сучасну модель організації реабілітаційної допомоги в Україні. Це формулювання є точним аналогом міжнародного поняття community-based rehabilitation, але адаптованим до українського правового поля. Таким чином, воно усуває правову колізію, робить текст документа узгодженим з офіційними актами МОЗ та уряду, а також зберігає відповідність міжнародним рекомендаціям (Can-SCIP, ISCoS). Також можна розглянути термін «реабілітація, що надається у територіальній громаді» (відповідно до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо організації надання реабілітаційної допомоги в Україні»), якщо до моменту затвердження стандарту набуде чинності відповідна постанова КМУ	
--	--	--

	14. До підпункту 3 пункту 3. Критерії якості розділу II «3) при наявності у пацієнта з ТСМ пролежнів та/або застійної пневмонії, інших станів, які унеможливають надання реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарних умовах, пацієнту забезпечити лікування ускладнень, у відділенні, яке відповідає профілю виявленого ускладнення» <u>Пропонується викласти в редакції</u> «3) при наявності у пацієнта з ТСМ пролежнів та/або застійної пневмонії, інших станів, які унеможливають надання реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарних умовах, пацієнту забезпечити лікування ускладнень, у відділенні, яке відповідає профілю виявленого ускладнення, з одночасним продовженням реабілітаційної допомоги у безпечному та доступному обсязі, узгодженому з пацієнтом, його родиною та мультидисциплінарною реабілітаційною командою, для	Пропозицію прийнято.
--	--	------------------------------------

	забезпечення безперервності процесу» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Щодо оприлюдненої редакції пункту 3, то може створювати враження, що реабілітаційний процес переривається до моменту повного лікування ускладнень, хоча міжнародні практики наголошують на паралельності цих процесів.	
	15. До підпункту 10 пункту 3 Критерії якості розділу II «10) фіксується приріст щонайменше -10 балів за Шкалою незалежності при травмі спинного мозку – SCIM IV протягом 4-12 тижнів надання пацієнту з ТСМ реабілітаційної допомоги (для пацієнтів з неповною травмою або з наявним відповідним функціональним потенціалом)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «10) фіксується приріст щонайменше -10 балів за Шкалою незалежності при травмі спинного мозку – SCIM III протягом 4-12 тижнів надання пацієнту з ТСМ реабілітаційної допомоги (для	Пропозицію відхилено. Застосування SCIM IV передбачено у тексті адаптованої клінічної настанови.

пацієнтів з неповною травмою або з наявним відповідним функціональним потенціалом)»

Обґрунтування запропонованих пропозицій В пункті 10 наявне посилання на SCIM IV, але числові пороги зміни мають узгоджуватися з валідованими показниками. Наразі такі пороги офіційно визначені лише для SCIM III; публікації про SCIM IV підтверджують її надійність і чутливість, однак валідованих MCID для цієї версії ще немає. Для оцінювання рівня функціональної незалежності осіб із травмою спинного мозку застосовується шкала Spinal Cord Independence Measure (SCIM), версія IV. Її доцільно зазначити як актуальну версію, щоб Стандарт залишався сучасним і не застарів найближчим часом. Водночас, з огляду на відсутність опублікованих MCID для SCIM IV, некоректно використовувати числові пороги у якості індикаторів саме для цієї версії. У практичній діяльності та для цілей індикаторів варто орієнтуватися на дані для SCIM III: приріст ≥ 4 бали

(мінімально клінічно значуща різниця) та ≥ 10 балів (суттєвий клінічно значущий ефект).

Усі джерела, використані при розробці Стандарту (SCIRE, PubMed ID 23343359), стосуються саме SCIM-III, а не IV. Крім того, впровадження SCIM-IV на даному етапі може бути ускладненим через обмежений доступ до повного інструменту, відсутність широкої бази тренінгів і навчальних матеріалів, відсутність офіційного перекладу; більшість публікацій і практичних впроваджень стосуються SCIM-III.

У SCIRE (2024) також зазначено, що клініцисти рекомендують застосовувати SCIM-III; там же опубліковано безкоштовний тренінг-мануал (https://scireproject.com/wpcontent/uploads/2024/06/SCIM_Toolkit2024_digital.pdf), створений уже після виходу SCIM-IV, що свідчить про практичну доцільність використання SCIM-III на цьому етапі. У наукових публікаціях (включно з PubMed ID: 23343359) оцінки SCIM проводилися на цих

	часових точках як дизайн досліджень, але це не є офіційними критеріями. У міжнародних настановах рекомендується проводити обов'язково в період ≤ 72 год від надходження у ЗОЗ та ≤ 72 год до виписки, проводити (за потреби) проміжні оцінки (наприклад, кожні 4–6 тижнів у стаціонарі або на ключових етапах програми) для відстеження динаміки і планування засобів/догляду та проводити контрольні оцінки після завершення стаціонарної реабілітації (типово у літературі — 3, 6, 12 місяців). MCID для SCIM-III коливається від 4 до 10 балів, а для SCIM-IV очікувано ще нижчий. Для коротких інтервалів (4–6 тижнів) навіть 4–5 балів уже може бути клінічно значущим, особливо у піддоменах.	
	16. До підпункту 11 пункту 3 Критерії якості розділу II «11) пацієнту без/або з низьким функціональним потенціалом (пацієнти з повною травмою, пацієнти з AIS A, пацієнти з високим рівнем TCM) забезпечити здобуття незалежності через	Пропозицію прийнято.

	компенсовану участь (навчений здійснювати догляд самостійно чи керувати доглядом за собою, коли догляд здійснюється іншою особою надаючи інструкції)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «11) пацієнту без/або з низьким функціональним потенціалом (пацієнти з повною травмою (AIS A), пацієнти з високим рівнем TCM) забезпечити здобуття незалежності через компенсовану участь (навчений здійснювати догляд самостійно чи керувати доглядом за собою, коли догляд здійснюється іншою особою надаючи інструкції)»	
	17. До підпункту 14 пункту 3 Критерії якості розділу II «14) пацієнту забезпечити підбір необхідних ДЗР відповідно до його потреб із застосуванням інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при TCM у післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту» <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію прийнято.

	«14) пацієнту забезпечити підбір, налаштування та навчання користуванню необхідними ДЗР відповідно до його потреб із застосуванням інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту»	
	18. До підпункту 19 пункту 3 Критерії якості розділу II «19) пацієнту забезпечити реалізацію менеджменту нейрогенного сечового міхура та обрати індивідуальний режим спорожнення сечового міхура (проводиться періодична катетеризація 4–6 разів/добу, або використовується постійний катетер (якщо періодична катетеризація неможлива), або наявне самостійне сечовипускання (при добровільному контролі пацієнтом); пацієнта навчити розпізнавати ознаки інфекції нижніх сечовивідних шляхів (НСВШ)»	Пропозицію прийнято.

	<u>Пропонується викласти в редакції:</u> «19) пацієнту забезпечити реалізацію менеджменту нейрогенного сечового міхура та обрати індивідуальний режим спорожнення сечового міхура (проводиться періодична катетеризація 4–6 разів/добу, або використовується постійний катетер (якщо періодична катетеризація неможлива), або наявне самостійне сечовипускання (при добровільному контролі пацієнтом), або застосовуються зовнішні засоби відведення сечі (наприклад, уропрезервативи) за наявності відповідних клінічних показань); пацієнта та осіб, які здійснюють догляд, навчити розпізнавати ознаки інфекції нижніх сечовивідних шляхів (НСВШ)» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Необхідність включення змін до пункту 19 про застосування зовнішніх засобів відведення сечі (уропрезервативи та інші.) обґрунтовується тим, що міжнародні клінічні настанови	
--	--	--

	(ISCoS, PVA, SCIRE) визначають їх як одну з прийнятних опцій менеджменту нейрогенного сечового міхура у чоловіків із збереженим або частково контрольованим самотійним сечовипусканням. Використання зовнішніх засобів у таких випадках дозволяє, уникати необхідності довготривалого застосування постійних катетерів, зменшувати ризик інфекційних та механічних ускладнень, підтримувати якість життя та соціальну інтеграцію пацієнтів. Таким чином, відображення цієї опції у стандарті є важливим для забезпечення відповідності сучасним доказовим практикам і надання пацієнтам індивідуалізованих та безпечних стратегій ведення нейрогенного сечового міхура.	
	19. До підпункту 22 пункту 3 Критерії якості розділу II «22) пацієнту забезпечити реалізацію менеджменту нейропатичного болю: регулярний скринінг та оцінку болю з використанням Візуальної аналогової шкали (VAS);	Пропозицію відхилено.

застосовувати комплексний підхід до знеболення: фармакологічні методи та нефармакологічні втручання»

Пропонується викласти в редакції:

«22) пацієнту забезпечити реалізацію менеджменту нейропатичного болю: **регулярний скринінг з використанням опитувальника DN4 (або іншого валідованого інструменту)** та оцінку болю з використанням Візуальної аналогової шкали (VAS); застосовувати комплексний підхід до знеболення: фармакологічні методи та нефармакологічні втручання»

Обґрунтування запропонованих пропозицій Щодо пункту 22, пропозиції змін пояснюються наступним. У «Критеріях якості», пункт 16 (стор. 14), зазначено: «Менеджмент болю пацієнтам із ТСМ здійснювати за результатами проведення оцінки болю, відповідно до Стандарту медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», затвердженого наказом МОЗ

	України від 06 квітня 2023 року №643». Проте у вказаному стандарті відсутні інструменти для скринінгу нейропатичного болю, який є типовим і клінічно значущим при ТСМ. Також можна розглянути шкалу NRS як альтернативу VAS, для урахуванням когнітивних/функціональних обмежень у пацієнтів із ТСМ при комбінованих травмах, та вказати періодичність оцінювання.	
	20. До підпункту 25 пункту 3 Критерії якості розділу II «25) у пацієнта визначити та зафіксувати зони ризику виникнення контрактур; ~~щоденно проводити вправи на розтягнення,~~ використовувати шини/<u>ортези</u>» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «25) у пацієнта визначити та зафіксувати зони ризику виникнення контрактур; забезпечити менеджмент контрактур, шляхом: позиціонування та використання шин/ортезів (за показами), які підтримують оптимальне функціональне положення	Пропозицію прийнято.

кінцівок і уможливляють виконання повсякденних активностей; сприяння активності та застосування функціонально орієнтованих завдань; своєчасної мобілізації та вертикалізації; навчання пацієнта та осіб, що здійснюють догляд, заходам профілактики контрактур»

Обґрунтування запропонованих пропозицій Щодо пункту 25, то слід зазначити, що систематичні огляди з високим рівнем доказовості (включно з Cochrane) показали, що щоденні вправи на пасивний розтяг не є ефективними для профілактики чи лікування контрактур у пацієнтів з ураженням спинного мозку та іншими неврологічними станами. Такі втручання забезпечують лише короточасне збільшення амплітуди рухів, але не запобігають формуванню контрактур у довготривалій перспективі. Відповідно до міжнародних настанов, профілактика контрактур повинна базуватися на: правильному позиціонуванні

	пацієнта, функціонально орієнтованій руховій активності, яка підтримує фізіологічний діапазон рухів, ранній мобілізації та вертикалізації. Шини та ортези розглядаються не лише як засіб профілактики контрактур. Їхнє основне призначення — забезпечення або покращення функціональних можливостей пацієнта, зокрема підтримка оптимального положення кінцівок для виконання рухів і щоденних активностей. Крім того, важливим є інформування пацієнтів та осіб, що здійснюють догляд, про ризики розвитку контрактур і заходи профілактики. Навчання правильному позиціонуванню тіла та базовим стратегіям догляду може знизити ризик контрактур. Пасивні рухи, якщо вони застосовуються, можуть виконуватися родичами чи особами що надають догляд після відповідного інструктажу. Для досягнення клінічного ефекту від вправ на розтяг потрібен значний час, тому у післягострому періоді фахівці мають акцентувати реабілітаційні заходи не на	
--	--	--

	структурних компонентах, а на рівні активності та участі пацієнта; вправи на розтяг повинні бути інтегровані у досягнення функціональних цілей.	
	21. До підпункту 28 пункту 3 Критерії якості розділу II «28) пацієнту з ТСМ забезпечити реалізацію менеджменту спастичності, що включає ~~щонайменше~~ щотижневий моніторинг її проявів з використанням інструменту оцінювання — Модифікованої шкали спастичності Ашворта (MAS)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «28) пацієнту з ТСМ забезпечити реалізацію менеджменту спастичності, що включає моніторинг її проявів з використанням інструменту оцінювання — Модифікованої шкали спастичності Ашворта (MAS)» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Зміни до пункту 28 пояснюються тим, що вимога щотижневого моніторингу	Пропозицію прийнято.

	спастичності за MAS для всіх пацієнтів із TCM може створити додаткове навантаження на персонал (масивне документування, час, ресурси). У стабільних пацієнтів це може бути надлишковим та може перетворитися на формальність без реального впливу на цілі реабілітації. Менеджмент спастичності має включати регулярну оцінку її проявів з використанням стандартизованих інструментів (наприклад, MAS), але насамперед: при первинному оцінюванні; при зміні клінічного стану пацієнта; перед корекцією ІРП; перед призначенням або для оцінки ефективності певних інтервенцій. У перші місяці після травми доцільний частіший моніторинг (наприклад, щомісячно). Надалі — за клінічними показаннями, залежно від стану пацієнта та цілей реабілітації. Відповідно необхідно прибрати дану вимогу, або оптимізувати рекомендацію щодо частоти оцінки спастичності.	
--	--	--

	22. До підпункту 33 пункту 3 Критерії якості розділу II «33) ~~проводити систематичний моніторинг потреб пацієнта у психологічній, соціальній допомозі та~~ здійснювати інформування пацієнта та/або його законних представників щодо різних аспектів реабілітації» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «33) здійснювати інформування пацієнта та/або його законних представників щодо різних аспектів реабілітації» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> У пункті 33 фактично повторюється зміст пункту 16 з розділу «Критерії якості (обов'язкові)», де вже закладена вимога щодо проведення моніторингу потреб пацієнта у психологічній та соціальній допомозі. Дублювання в документі може призвести до того, що перевіряючі структури інтерпретуватимуть це як різні індикатори й вимагатимуть окремого звітування, що підвищує	Пропозицію прийнято.
--	--	------------------------------------

	адміністративне навантаження на ЗОЗ. 23. До підпункту 35 пункту 3 Критерії якості розділу II «35) ... - пацієнт оволодів базовими функціями самообслуговування; - пацієнту надано повний обсяг рекомендацій щодо подальшого забезпечення іншими допоміжними засобами реабілітації, пацієнт навчений їх користуванню; - пацієнту надано рекомендації щодо пристосування житла (у разі потреби)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «35) ... - пацієнт оволодів базовими активностями повсякденного життя; - пацієнту надано повний обсяг рекомендацій щодо подальшого забезпечення іншими допоміжними засобами реабілітації, пацієнт навчений їх користуванню; - пацієнту надано рекомендації щодо пристосування житла (у разі потреби);	Пропозицію відхилено. Критерії завершення надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду наведено <u>дослівно</u> з Додатку 1 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (підпункт 1 пункт 4 розділу I), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 р. за № 1516/38852.
--	--	--

- рекомендації щодо модифікації робочого середовища та повернення до роботи (у разі потреби)».

Обґрунтування запропонованих пропозицій Внести зміни до пункту 35, оскільки термін «активність повсякденного життя» є більш специфічний в контексті ерготерапії та міжнародних практик, передбачає навички, необхідні для задоволення базових потреб, можна виміряти за допомогою SCIM та інтерпретувати відносно очікуваних, ймовірних функціональних результатів для осіб з різними неврологічними рівнями. Крім того, до пункту 35 доцільно додати ще один підкритерій, оскільки рекомендації щодо модифікації робочого середовища та повернення до роботи є необхідним, оскільки відповідно до міжнародних настанов (SCIRE, Can-SCIP) реабілітаційна допомога має включати не лише медичні та функціональні втручання, а й заходи, спрямовані на відновлення

	участі пацієнта у суспільному та професійному житті.	
ГО «Українське товариство ерготерапевтів»	1. До пункту 1. Положення стандарту розділу I. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду «Для прийняття рішення щодо застосування реабілітаційного маршруту та направлення пацієнта з ТСМ, який потребує реабілітації на наступний етап надання реабілітаційної допомоги, лікар ФРМ використовує інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітаційної допомоги при ТСМ у гострому реабілітаційному періоді, зазначені у додатку 1 до цього Стандарту». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Для прийняття рішення щодо застосування реабілітаційного маршруту та направлення пацієнта з ТСМ, який потребує реабілітації на наступний етап надання реабілітаційної допомоги, лікар ФРМ та інші фахівці з реабілітації використовують інструменти оцінювання, які забезпечують	Пропозицію прийнято.

	визначення рівня неврологічного ураження, ступеня функціональної незалежності та ризиків виникнення ускладнень осіб, які потребують реабілітаційної допомоги при ТСМ у гострому реабілітаційному періоді, зазначені у додатку 1 до цього Стандарту». <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Інструменти оцінювання, зазначені у Додатку 1 Стандарту є міжпрофесійними і використовуються різними членами МДПК. Наприклад, застосування SCIM є компетентністю ерготерапевтів, а оцінка пролежнів (шкала Брайдена) - медичної сестри/брата з реабілітації. Уточнення призначення шкал забезпечує відповідність мети кожної шкали завданням стандарту.	
	2. До підпункту 13 пункту 3. Критерії якості розділу I. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду «13) забезпечити пацієнту раннє застосування необхідних допоміжних засобів реабілітації (далі – ДЗР) та асистивних	Пропозицію відхилено. Прийнято пропозицію №7 від Олексія ЯРЕМЕНКА.

	технологій: здійснити підбір ортезів, крісел колісних, протипролежневих матрасів тощо» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «13) забезпечити пацієнту раннє застосування необхідних допоміжних засобів реабілітації: здійснити підбір ортезів, крісел колісних, протипролежневих матрасів тощо» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Відповідно до загальноприйнятих у світі та законодавчо визначених в Україні визначень термінів “допоміжні засоби реабілітації” (ДЗР) та “асистивні технології” (АТ) термін АТ включає в себе як сам засіб (ДЗР), так і пов’язані з ним системи, процеси і послуги. Використання обидвох термінів в одному реченні є невірним. У контексті частин тексту Стандарту, в яких ці терміни використовуються доцільно використовувати один із термінів - допоміжні засоби реабілітації.	Пропозицію відхилено. Прийнято пропозицію №7 Олексія ЯРЕМЕНКА, який пропонує
	3. До пункту 2. Обґрунтування положень стандарту розділу II. Надання реабілітаційної допомоги	

	при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді «Метою забезпечення надання реабілітаційної допомоги пацієнту з ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді є досягнення максимально можливого рівня функціональної незалежності, активної участі в житті суспільства та покращення якості життя шляхом міждисциплінарної реабілітації, орієнтованої на індивідуальні потреби (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень А); попередження ускладнень, пов'язаних із втратою рухової, сенсорної та вегетативної функцій (контрактури, пролежні, інфекції, остеопороз тощо) (PVA 2021, Can-SCIP, SCIRE); формування навичок самоогляду, мобільності, користування ДЗР та асистивними технологіями (Can-SCIP, SCIRE 2021 – рівень В); забезпечення психоемоційної стабільності та підтримки мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі (Can-SCIP, SCIRE); поступова підготовка до переходу в хронічний період із	використовувати термін «асистивні технології».
--	---	---

	налагодженням реабілітаційного супроводу на рівні громади (Can-SCIP, SCIRE, ISCoS – рівень B). Необхідні дії для досягнення цієї мети: формування МДРК ІРП із урахуванням результатів комплексного обстеження пацієнта, включаючи клінічну, інструментальну та функціональну оцінку; залучення пацієнта до процесу планування, реалізації та моніторингу реабілітації, включаючи участь у визначенні цілей та виборі стратегій досягнення результатів (SCIRE, Can-SCIP – рівень B); забезпечення доступу пацієнта до навчання з питань самоогляду, переміщення, користування допоміжними засобами реабілітації (ДЗР) та асистивними технологіями (АТ), профілактики ускладнень, а також надається психосоціальна підтримка (Can SCIP, PVA 2021 – рівень A); реабілітаційні втручання з доведеною ефективністю: функціональні тренування ходьби (при наявному потенціалі), пересування (SCIRE, Can-SCIP – рівень B), тренування сили,	
--	--	--

витривалості, рівноваги та координації (SCIRE, Can-SCIP – рівень B-C), навчання самообслуговуванню (SCIRE – рівень C), навчання користуванню технічними засобами реабілітації (SCIRE – рівень B); забезпечення психологічної підтримки, нейропсихологічної допомоги та мотивації до участі в реабілітаційному процесі (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень B); забезпечувати комплексну підтримку сексуального та репродуктивного здоров'я пацієнтів із TCM відповідно до їхніх індивідуальних потреб (SCIRE 2021, Can-SCIP, PVA 2021 – рівень C D); підготовка до переходу в довготривалий період через раннє планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні громади, включаючи скерування до амбулаторних та спільнотних програм реабілітації (Can-SCIP, IScoS – рівень B)».

Пропонується викласти в редакції:

«Метою забезпечення надання реабілітаційної допомоги пацієнту з

	ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді є досягнення максимально можливого рівня функціональної незалежності, активної участі в житті суспільства та покращення якості життя шляхом міждисциплінарної реабілітації, орієнтованої на індивідуальні потреби (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень А); попередження ускладнень, пов'язаних із втратою рухової, сенсорної та вегетативної функцій (контрактури, пролежні, інфекції, остеопороз тощо) (PVA 2021, Can-SCIP, SCIRE); формування навичок самоогляду, мобільності, користування ДЗР (Can-SCIP, SCIRE 2021 – рівень В); забезпечення психоемоційної стабільності та підтримки мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі (Can-SCIP, SCIRE); поступова підготовка до переходу в хронічний період із налагодженням реабілітаційного супроводу на рівні громади (Can-SCIP, SCIRE, ISCoS – рівень В). Необхідні дії для досягнення цієї мети: формування МДРК ІРП із	
--	---	--

	урахуванням результатів комплексного обстеження пацієнта, включаючи клінічну, інструментальну та функціональну оцінку; залучення пацієнта до процесу планування, реалізації та моніторингу реабілітації, включаючи участь у визначенні цілей та виборі стратегій досягнення результатів (SCIRE, Can-SCIP – рівень B); забезпечення доступу пацієнта до навчання з питань самодогляду, переміщення, користування ДЗР, профілактики ускладнень, а також надається психосоціальна підтримка (Can SCIP, PVA 2021 – рівень A); реабілітаційні втручання з доведеною ефективністю: функціональні тренування ходьби (при наявному потенціалі), пересування (SCIRE, Can-SCIP – рівень B), тренування сили, витривалості, рівноваги та координації (SCIRE, Can-SCIP – рівень B-C), навчання самообслуговуванню (SCIRE – рівень C), навчання користуванню технічними засобами реабілітації (SCIRE – рівень B); забезпечення	
--	--	--

	психологічної підтримки, нейропсихологічної допомоги та мотивації до участі в реабілітаційному процесі (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень B); забезпечувати комплексну підтримку сексуального та репродуктивного здоров'я пацієнтів із TCM відповідно до їхніх індивідуальних потреб (SCIRE 2021, Can-SCIP, PVA 2021 – рівень C D); підготовка до переходу в довготривалий період через раннє планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні громади, включаючи скерування до амбулаторних та спільнотних програм реабілітації (Can-SCIP, ISCoS – рівень B)».	
	4. До підпункту 6 пункту 3. Критерії якості розділу III. Надання реабілітаційної допомоги при TCM протягом довготривалого реабілітаційного періоду «6) пацієнтів та/або осіб, які здійснюють догляд, навчати користуванню призначеними ДЗР та асистивними технологіями відповідно до потреб (крісла колісні, подушки, ортези,	Пропозицію відхилено. Прийнято пропозицію №7 Олексія ЯРЕМЕНКА, який пропонує використовувати термін «асистивні технології».

	підйомники тощо); навчати навичкам самостійного щоденного догляду, профілактики ускладнень» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «6) пацієнтів та/або осіб, які здійснюють догляд, навчати користуванню призначеними ДЗР відповідно до потреб (крісла колісні, подушки, ортези, підйомники тощо); навчати навичкам самостійного щоденного догляду, профілактики ускладнень»	
	5. До пункту 2. Обґрунтування положень стандарту розділу II. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді «Післягострий період реабілітаційної допомоги є критично важливим для можливого відновлення нейромоторних функцій пацієнтів із ТСМ, оскільки саме в цей час спостерігається максимальна нейропластичність та активне формування компенсаторних механізмів. Використання цього «вікна можливостей» сприяє максимально	Пропозицію відхилено. Прийнято пропозицію №11 Олексія ЯРЕМЕНКА, який пропонує «розвитку функціональних можливостей».

	ефективному функціональному відновленню пацієнта». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Післягострий період реабілітаційної допомоги є критично важливим для можливого відновлення нейромоторних та сенсорних функцій пацієнтів із ТСМ, оскільки саме в цей час спостерігається максимальна нейропластичність та активне формування компенсаторних механізмів. Використання цього «вікна можливостей» сприяє максимально ефективному функціональному відновленню пацієнта». <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Моторні функції є лише одним із видів функцій, відновлення чи компенсація яких є критично важливою. Недоцільно зазначати лише один вид, нівелюючи таким чином, інші, зокрема, сенсорні функції.	
	6. До пункту 2. Обґрунтування положень стандарту розділу II. Надання реабілітаційної допомоги	Пропозицію прийнято.

при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді
«Формування стратегії самостійності та незалежності пацієнта з ТСМ має починатись одразу після завершення гострого реабілітаційного періоду»
Пропонується викласти в редакції:
«Формування та розвиток самостійності у виконанні повсякденних активностей пацієнта з ТСМ має починатись у гострому реабілітаційному періоді та активно продовжуватись у післягострому реабілітаційному періоді».
Обґрунтування запропонованих пропозицій Самостійність та незалежність є синонімічними термінами і їх застосування разом недоцільне. В ерготерапевтичній практиці застосовується термін “самостійність”.
 Міжнародні настанови, зокрема SCIRE та NICE, рекомендують розпочинати тренування повсякденних активностей вже в гострому періоді, як тільки медичний стан пацієнта є

	стабільним. Рання реабілітація у гострому етапі пов'язана з швидшим переходом на післягострий етап та ефективнішими функціональними спроможностями. https://scireproject.com/wp-content/uploads/2022/03/Rehabilitation-Practices_v7.pdf?utm_source=chatgpt.com https://www.nice.org.uk/guidance/ng211/resources/rehabilitation-after-traumatic-injury-pdf-66143770162117?utm_source=chatgpt.com	
	7. До пункту 2. Обґрунтування положень стандарту розділу II. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді «Необхідні дії для досягнення цієї мети: формування МДРК ІРП із урахуванням результатів комплексного обстеження пацієнта, включаючи клінічну, інструментальну та функціональну оцінку; залучення пацієнта до процесу планування, реалізації та моніторингу реабілітації,	Пропозицію прийнято.

	включаючи участь у визначенні цілей та виборі стратегій досягнення результатів (SCIRE, Can-SCIP – рівень B); забезпечення доступу пацієнта до навчання з питань самоогляду, переміщення, користування допоміжними засобами реабілітації (ДЗР) та асистивними технологіями (АТ), профілактики ускладнень, а також надається психосоціальна підтримка (Can SCIP, PVA 2021 – рівень A); реабілітаційні втручання з доведеною ефективністю: функціональні тренування ходьби (при наявному потенціалі), пересування (SCIRE, Can-SCIP – рівень B), тренування сили, витривалості, рівноваги та координації (SCIRE, Can-SCIP – рівень B-C), навчання самообслуговуванню (SCIRE – рівень C), навчання користуванню технічними засобами реабілітації (SCIRE – рівень B); забезпечення психологічної підтримки, нейропсихологічної допомоги та мотивації до участі в реабілітаційному процесі (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень B);	
--	---	--

забезпечувати комплексну підтримку сексуального та репродуктивного здоров'я пацієнтів із TCM відповідно до їхніх індивідуальних потреб (SCIRE 2021, Can-SCIP, PVA 2021 – рівень C D); підготовка до переходу в довготривалий період через раннє планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні громади, включаючи скерування до амбулаторних та **спільнотних програм реабілітації** (Can-SCIP, ISCoS – рівень B)».

Пропонується викласти в редакції:

«Необхідні дії для досягнення цієї мети: формування МДПК ІРП із урахуванням результатів комплексного обстеження пацієнта, включаючи клінічну, інструментальну та функціональну оцінку; залучення пацієнта до процесу планування, реалізації та моніторингу реабілітації, включаючи участь у визначенні цілей та виборі стратегій досягнення результатів (SCIRE, Can-SCIP – рівень B); забезпечення доступу пацієнта до навчання з

	питань самоогляду, переміщення, користування допоміжними засобами реабілітації (ДЗР) та асистивними технологіями (АТ), профілактики ускладнень, а також надається психосоціальна підтримка (Can SCIP, PVA 2021 – рівень А); реабілітаційні втручання з доведеною ефективністю: функціональні тренування ходьби (при наявному потенціалі), пересування (SCIRE, Can-SCIP – рівень В), тренування сили, витривалості, рівноваги та координації (SCIRE, Can-SCIP – рівень В-С), навчання самообслуговуванню (SCIRE – рівень С), навчання користуванню технічними засобами реабілітації (SCIRE – рівень В); забезпечення психологічної підтримки, нейропсихологічної допомоги та мотивації до участі в реабілітаційному процесі (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень В); забезпечувати комплексну підтримку сексуального та репродуктивного здоров'я пацієнтів із ТСМ відповідно до їхніх індивідуальних потреб (SCIRE	
--	--	--

	2021, Can-SCIP, PVA 2021 – рівень C D); підготовка до переходу в довготривалий період через раннє планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні громади, включаючи скерування до амбулаторних програм реабілітації та програм реабілітації у територіальних громадах (Can-SCIP, ISCoS – рівень B)» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> В українському законодавстві і в широкому вжитку не використовується термін “спільнотні програми реабілітації”. Відповідно, його використання у Стандарті може призвести до різночитань. Законодавчо визначений термін - реабілітація у територіальній громаді.	
	8. До підпункту 10 п. 3. Критерії якості розділу II. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді «10) фіксується приріст щонайменше -10 балів за Шкалою незалежності при травмі спинного мозку – SCIM IV	Пропозицію прийнято.

	протягом 4-12 тижнів надання пацієнту з TCM реабілітаційної допомоги (для пацієнтів з неповною травмою або з наявним відповідним функціональним потенціалом)» Обґрунтування Мінімально клінічно важлива різниця (MCID) для SCIM IV наразі не встановлена науковими дослідженнями. Проте, вона встановлена для SCIM III: 4 бали - “незначний” клінічно значущий приріст, 10 балів - “суттєвий”. <u>Пропозиція:</u> Відповідно, посилення у Стандарті на приріст у 10 балів за SCIM IV є необґрунтованим.	
	9. До підпункту 11 пункту 3. Критерії якості розділу II. Надання реабілітаційної допомоги при TCM у післягострому реабілітаційному періоді «11) пацієнту без/або з низьким функціональним потенціалом (пацієнти з повною травмою, пацієнти з AIS A, пацієнти з високим рівнем TCM) забезпечити здобуття незалежності через компенсовану участь (навчений здійснювати догляд самостійно чи	Пропозицію відхилено. Прийнято пропозицію Олексія ЯРЕМЕНКА №16 щодо залишення AIS A в дужках.

	керувати доглядом за собою, коли догляд здійснюється іншою особою надаючи інструкції)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «11) пацієнту без/або з низьким функціональним потенціалом (пацієнти з повною травмою, пацієнти з високим рівнем TCM) забезпечити здобуття незалежності через компенсовану участь (навчений здійснювати догляд самотійно чи керувати доглядом за собою, коли догляд здійснюється іншою особою надаючи інструкції)» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> У межах шкали ISNCSCI “повна травма” = AIS A. Відповідно, недоцільно використовувати обидва терміни через кому.	
	10. До підпункту 14 пункту 3 Критерії якості розділу II. Надання реабілітаційної допомоги при TCM у післягострому реабілітаційному періоді «14) пацієнту забезпечити підбір необхідних ДЗР відповідно до його потреб із застосуванням інструментів оцінювання	Пропозицію відхилено. У додатку 2 наведено перелік інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при TCM у післягострому реабілітаційному періоді, який є мінімальним для забезпечення надання якісної реабілітаційної допомоги. Формулювання “застосуванням відповідних інструментів оцінювання” не фіксує переліку

	функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «14) пацієнту забезпечити підбір необхідних ДЗР відповідно до його потреб із застосуванням відповідних інструментів оцінювання» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Зазначених у Додатку 2 Стандарту інструментів оцінювання недостатньо для кваліфікованого підбору ДЗР. Зокрема, відсутні антропометричні вимірювання без яких неможливо підібрати найбільш часто використовуваний при ТСМ ДЗР - крісло колісне. Відповідно, посилення у тексті на інструменти оцінювання із Додатку 2 не дозволить вірно підібрати ДЗР.	інструментів, що мають бути використані при наданні реабілітаційної допомоги в післягострому реабілітаційному періоді.
	11. До підпункту 15 пункту 3 Критерії якості розділу II. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді	Пропозицію прийнято.

«15) наявність доказів (документи з підписами пацієнта/його законного представника) того, що пацієнт та/або особа, яка здійснюватиме догляд, отримали повний обсяг рекомендацій щодо подальшого забезпечення ДЗР та навчені користуванню кожним з призначених ДЗР; забезпечити проведення **функціонального тестування користування ДЗР** в умовах реабілітаційного відділення або підрозділу ЗОЗ»

Пропонується викласти в редакції:

«15) наявність доказів (документи з підписами пацієнта/його законного представника) того, що пацієнт та/або особа, яка здійснюватиме догляд, отримали повний обсяг рекомендацій щодо подальшого забезпечення ДЗР та навчені користуванню кожним з призначених ДЗР; забезпечити проведення **навчання та перевірку правильності та безпечності використання ДЗР пацієнтом та/або особи, яка здійснюватиме догляд** в умовах реабілітаційного відділення або підрозділу ЗОЗ»

	<u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Термін «функціональне тестування» передбачає використання стандартизованих тестів для оцінювання функціональних можливостей. У даному випадку йдеться про перевірку практичних умінь користування засобами. Використання некоректного терміну створює ризик неоднокового тлумачення та ускладнює впровадження стандарту.	
	12. До підпункту 25 пункту 3. Критерії якості розділу II. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді «25) у пацієнта визначити та зафіксувати зони ризику виникнення контрактур; щоденно проводити вправи на розтягнення, використовувати шини/ортези» <u>Пропонується:</u> Виключити рекомендацію щодо щоденного проведення вправ на розтягнення та використання шин/ортезів	Пропозицію відхилено. Прийнято в редакції пропозиції №20 від Олексія ЯРЕМЕНКА.

	<u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Систематичні огляди свідчать, що пасивне розтягнення та застосування шин/ортезів не призводять до суттєвого збільшення діапазону рухів, не запобігають формуванню контрактур і не впливають на довільну чи мимовільну рухову активність, включаючи прояви спастичності. Passive Stretching and Orthoses in Spinal Cord Injury Rehabilitation: A Systematic Review DOI: 10.1002/j.2042-6984.2022.01077.x Доступно на: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11666664/	
	13. До підпункту 35 пункту 3. Критерії якості розділу II. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді «35) критерії завершення надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду: - ... - пацієнт оволодів базовими функціями самообслуговування;	Пропозицію відхилено. Критерії завершення надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду наведено дослівно з Додатка 1 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (підпункт 1 пункт 4 розділу І), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованим в Міністерстві

	- пацієнту надано повний обсяг рекомендацій щодо подальшого забезпечення іншими допоміжними засобами реабілітації, пацієнт навчений їх користуванню; - пацієнту надано рекомендації щодо пристосування житла (у разі потреби)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «- пацієнт оволодів можливими активностями повсякденного життя; ... - пацієнту надано рекомендації щодо пристосування житла та робочого місця (у разі потреби)». <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Оскільки розвиток навичок самообслуговування належить до сфери діяльності ерготерапевтів, доцільно використовувати уніфікований термін професії — «активність повсякденного функціонування». Мангушева О.О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. ГО «Українське товариство ерготерапевтів»; 2021..	юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.
--	--	---

	https://ergo-ukraine.com.ua/storage/files/Словник%20ерготерапії_Мангушева_2021.pdf Пристосування робочого місця є важливим аспектом реабілітації пацієнтів з травмою спинного мозку.	
	14. До Паспортів індикаторів якості реабілітаційної допомоги 3. Частка пацієнтів із ТСМ, яким було проведено оцінювання функціонування з застосуванням інструментів оцінювання функціонування за шкалою SCIM IV. «Бажаний рівень значення індикатора: 2025 рік – 90%; 2026 рік та подальший період – 100%» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Бажаний рівень значення індикатора: 2025 рік – 30%; 2026 рік та подальший період – 70%». <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> На даний час в Україні	Пропозицію відхилено.

	немає офіційного перекладу і валідизованої шкали SCIM IV, тому її масове застосування обмежене. 15. До Переліку джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту «1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку», 2025 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/gal_uzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi» У Переліку джерел та нормативно-правових актів уточнити або видалити посилання на електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку», 2025 рік», оскільки за наданим посиланням документ не знайдено. Пропонується Включення у стандарт посилань на недоступні документи створює ризик невідповідності та ускладнює користування стандартом. Уточнення або видалення	Пропозицію відхилено, оскільки в розділі «Галузеві стандарти та клінічні настанови» одночасно з опублікуванням стандарту буде розміщена зазначена клінічна настанова (завершена адаптація). Відповідно до пункту 3.4.1. Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2001/22313, розробка положень стандарту реабілітаційної допомоги розпочинається відразу після підготовки попереднього варіанта тексту клінічної настанови ПАРАЛЕЛЬНО з процесом обговорення і рецензування.
--	--	---

	посилання забезпечує достовірність переліку джерел та полегшує використання стандарту практичними фахівцями.	
	16. До Переліку джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту «16. The spinal cord independence measure: how much change is clinically significant for spinal cord injury subjects https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343359/ 17. The spinal cord independence measure: how much change is clinically significant for spinal cord injury subjects (Міра незалежності спинного мозку: наскільки зміни є клінічно значущими для осіб з травмами спинного мозку) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343359/ https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2012.756942». <u>Пропонується</u> У Переліку джерел стандарта об'єднати записи 16 та 17, оскільки вони посилаються на одне й те саме дослідження (The spinal cord independence measure: how	Пропозицію прийнято.

	much change is clinically significant for spinal cord injury subjects) і мають ідентичні посилання на PubMed та журнал. Об'єднання записів забезпечує точність, узгодженість та спрощує користування списком джерел для фахівців.	
	17. До Додатка 1 «Інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітаційної допомоги при ТСМ у гострому реабілітаційному періоді» «Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) (при наявності сполученої травми головного мозку) Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE)» <u>Пропонується</u> Виключити із переліку інструментів у Додатку 1 «Шкалу когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF)» та «Коротку шкалу дослідження психічного статусу (MMSE)» як критерії оцінювання у гострому реабілітаційному періоді <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос	Пропозицію відхилено. Відповідно до Додатка 1 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (підпункт 1 пункт 4 розділу І), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852, одним з критеріїв завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду на Реабілітаційному маршруті при травмах спинного мозку є здійснення реабілітаційного оцінювання пацієнта відповідно до Короткої шкали дослідження психічного статусу (MMSE), шкали Ранчо Лос Амігос (у разі наявності сполученої важкої травми головного мозку).

	(RLCF) та Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE) призначені для оцінювання когнітивних порушень при черепно-мозковій травмі та деменції, проте не відображають функціонування осіб з травмою спинного мозку. Їх наявність у переліку інструментів може вводити в оману щодо обов'язковості застосування, хоча фактично вони не є релевантними для більшості пацієнтів з TCM.	
	18. До додатка 2 «Інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при TCM у післягострому реабілітаційному періоді» «Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE) Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) (при наявності сполученої травми головного мозку)» <u>Пропонується</u> Виключити із переліку інструментів у Додатку 2 «Шкалу когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF)» та «Коротку шкалу дослідження психічного статусу»	Пропозицію прийнято.

	(MMSE)» як критерії оцінювання у післягострому реабілітаційному періоді <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) та Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE) призначені для оцінювання когнітивних порушень при черепно-мозковій травмі та деменції, проте не відображають функціонування осіб з травмою спинного мозку. Їх наявність у переліку інструментів може вводити в оману щодо обов'язковості застосування, хоча фактично вони не є релевантними для більшості пацієнтів з TCM.	
	19. До додатка 3 «Інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при TCM у довготривалому реабілітаційному періоді» «Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE) Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) (при наявності сполученої травми головного мозку)»	Пропозицію прийнято.

	<u>Пропонується</u> Виключити із переліку інструментів у Додатку 3 «Шкалу когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF)» та «Коротку шкалу дослідження психічного статусу (MMSE)» як критерії оцінювання у довготривалому реабілітаційному періоді <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) та Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE) призначені для оцінювання когнітивних порушень при черепно-мозковій травмі та деменції, проте не відображають функціонування осіб з травмою спинного мозку. Їх наявність у переліку інструментів може вводити в оману щодо обов'язковості застосування, хоча фактично вони не є релевантними для більшості пацієнтів з ТСМ.	
	20. Переглянути Додаток 1 до наказу МОЗ України від 16.11.2022 № 2083 “Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах” щодо критерій	Пропозицію відхилено. Не входить в компетенцію ДЕЦ та МДРГ.

	завершення етапів надання реабілітаційної допомоги. Зокрема, щодо виключення з переліку критеріїв переведення пацієнта з гострого на післягострий реабілітаційний період Mini-Mental State Examination (MMSE) та Шкалу когнітивного функціонування Rancho Los Amigos (RLCF).	
	21. Додати до Стандарту інформацію про менеджмент критично важливих та небезпечних станів для осіб з ТСМ - менеджмент автономної дизрефлексії, пролежнів, психо-емоційних розладів. Дана інформація є у настанові Can-SCIP.	Пропозицію відхилено. Дана інформація буде відображена у стандарті медичної допомоги.
	22. У тексті Стандарту неодноразово згадується «функціональний потенціал»: відповідний функціональний потенціал, низький функціональний потенціал, наявність функціонального потенціалу - проте, відсутнє пояснення терміну і критерії його визначення для ТСМ. Пропозиція додати пояснюючу інформацію у текст чи додаток до Стандарту.	Пропозицію прийнято. «Функціональний потенціал» замінено на «реабілітаційний потенціал».

	23. Рекомендуємо розглянути можливість застосування у даній версії Стандарту SCIM III замість SCIM IV. Основним обґрунтуванням є те, що SCIM III є значно більш дослідженою - більшість клінічних даних, публікацій, протоколів побудовані саме на SCIM III; для SCIM III описані орієнтири клінічно значущої зміни (MCID); використання SCIM III забезпечує коректні порівняння з минулими результатами (до/після, між закладами, з літературою, реєстрами). Для SCIM IV, до прикладу, навіть немає визначених орієнтирів клінічно значущої зміни. Переклад і валідація україномовної версії SCIM IV займе значну кількість часу, що зробить неможливим її використання одразу після затвердження Стандарту. Натомість, хоч україномовна версія SCIM III теж не є валідизованою, її переклад вже давно використовується у клінічній практиці і ерготерапевти мають досвід його використання. Відповідно, вважаємо, що у даній	Пропозицію відхилено. Застосування SCIM IV передбачено у тексті адаптованої клінічної настанови.
--	--	--

	версії Стандарту варто використовувати SCIM III, паралельно напрацьовуючи україномовну версію SCIM IV і згодом внести зміни у Стандарт, замінивши SCIM III на SCIM IV.	
Всеукраїнське громадське об'єднання «Українська Асоціація фізичної терапії»	1. До Паспортної частини «Назва діагнозу: Травма спинного мозку» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Назва діагнозу: Ураження спинного мозку» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> У міжнародних клінічних настановах (SCIRE, ISCoS, NICE) використовується узагальнений термін spinal cord injury (SCI), що охоплює як травматичні, так і нетравматичні випадки ураження спинного мозку. Використання у проекті акта лише терміну «травма» звужує сферу застосування та виключає пацієнтів із пухлинами, інфекціями, ішемічними чи дегенеративними ураженнями, які мають ідентичні реабілітаційні потреби. Термін «ураження спинного мозку» є більш науково коректним і універсальним,	Пропозицію відхилено. Термін «ураження» є більш широким за змістом, в тексті настанови та СРД описано порядок надання реабілітаційної допомоги саме при травмі спинного мозку.

	відповідає сучасним міжнародним підходам та дозволяє застосовувати положення стандарту до всіх осіб із неврологічними ушкодженнями незалежно від їх етіології.	
	7. До Загальної частини «...Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ розпочинається в гострому реабілітаційному періоді (~~з першого дня отримання травми пацієнтом~~) та продовжується в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «...Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ розпочинається в гострому реабілітаційному періоді (з моменту надходження до закладу охорони здоров'я, але не пізніше 24–72 годин після стабілізації стану пацієнта) та продовжується в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах». <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> У документі наявна неузгодженість у визначенні моменту початку надання реабілітаційної допомоги: у	Пропозицію прийнято.

	Загальній частині зазначено «з першого дня отримання травми пацієнтом», у Положеннях стандарту – «одразу після надходження пацієнта в заклад охорони здоров'я», а у Критеріях якості – «не пізніше 24–72 годин після стабілізації стану пацієнта». Такі різні формулювання створюють неоднозначність та ризик різночитань у практиці. Тому необхідне узгодження єдиного визначення початку реабілітаційної допомоги, що забезпечить правову визначеність і уніфіковане застосування положень стандарту.	
	8. До пункту 2. Обґрунтування положень стандарту розділу II «Післягострий період реабілітаційної допомоги є критично важливим для можливого відновлення нейромоторних функцій пацієнтів із ТСМ, оскільки саме в цей час спостерігається максимальна нейропластичність та активне формування компенсаторних механізмів. Використання цього «вікна можливостей» сприяє максимально ефективному функціональному	Пропозицію прийнято.

відновленню пацієнта. Формування стратегії самостійності та незалежності пацієнта з ТСМ має починатись одразу після завершення гострого реабілітаційного періоду.

Реабілітація повинна бути спрямована на покращення функціонування пацієнта з урахуванням його потреб. Метою забезпечення надання реабілітаційної допомоги пацієнту з ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді є досягнення максимально можливого рівня функціональної незалежності, активної участі в житті суспільства та покращення якості життя шляхом міждисциплінарної реабілітації, орієнтованої на індивідуальні потреби (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень А); попередження ускладнень, пов'язаних із втратою рухової, сенсорної та вегетативної функцій (контрактури, пролежні, інфекції, остеопороз тощо) (PVA 2021, Can-SCIP, SCIRE); формування навичок самогляду, мобільності, користування ДЗР та

	асистивними технологіями (Can-SCIP, SCIRE 2021 – рівень B); забезпечення психоемоційної стабільності та підтримки мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі (Can-SCIP, SCIRE); поступова підготовка до переходу в хронічний період із налагодженням реабілітаційного супроводу на рівні громади (Can-SCIP, SCIRE, ISCoS – рівень B). Необхідні дії для досягнення цієї мети: формування МДПК ІРП із урахуванням результатів комплексного обстеження пацієнта, включаючи клінічну, інструментальну та функціональну оцінку; залучення пацієнта до процесу планування, реалізації та моніторингу реабілітації, включаючи участь у визначенні цілей та виборі стратегій досягнення результатів (SCIRE, Can-SCIP – рівень B); забезпечення доступу пацієнта до навчання з питань самоогляду, переміщення, користування допоміжними засобами реабілітації (ДЗР) та асистивними технологіями (АТ), профілактики ускладнень, а також	
--	--	--

	надається психосоціальна підтримка (Can-SCIP, PVA 2021 – рівень A); реабілітаційні втручання з доведеною ефективністю: функціональні тренування ходьби (при наявному потенціалі), пересування (SCIRE, Can-SCIP – рівень B), тренування сили, витривалості, рівноваги та координації (SCIRE, Can-SCIP – рівень B-C), навчання самообслуговуванню (SCIRE – рівень C), навчання користуванню технічними засобами реабілітації (SCIRE – рівень B); забезпечення психологічної підтримки, нейропсихологічної допомоги та мотивації до участі в реабілітаційному процесі (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень B); забезпечувати комплексну підтримку сексуального та репродуктивного здоров'я пацієнтів із ТСМ відповідно до їхніх індивідуальних потреб (SCIRE 2021, Can-SCIP, PVA 2021 – рівень C-D); підготовка до переходу в довготривалий період через раннє планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні	
--	--	--

громади, **включаючи скерування** до амбулаторних та **спільнотних програм реабілітації** (Can-SCIP, ISCoS – рівень B)».

Пропонується викласти в редакції:

«Післягострий період реабілітаційної допомоги є критично важливим для можливого **розвитку функціональних можливостей** пацієнтів із TCM, оскільки саме в цей час спостерігається максимальна нейропластичність та активне формування компенсаторних механізмів.

Використання цього «вікна можливостей» сприяє максимально ефективному функціональному відновленню пацієнта. Формування стратегії самостійності пацієнта з TCM має починатись одразу після завершення гострого реабілітаційного періоду.

Реабілітація повинна бути спрямована на покращення функціонування пацієнта з урахуванням його потреб. Метою забезпечення надання реабілітаційної допомоги пацієнту з

	ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді є досягнення максимально можливого рівня функціональної незалежності, активної участі в житті суспільства та покращення якості життя шляхом міждисциплінарної реабілітації, орієнтованої на індивідуальні потреби (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень А); попередження ускладнень, пов’язаних із втратою рухової, сенсорної та вегетативної функцій (контрактури, пролежні, інфекції, остеопороз тощо) (PVA 2021, Can-SCIP, SCIRE); формування навичок самоогляду, мобільності, користування ДЗР та асистивними технологіями (Can-SCIP, SCIRE 2021 – рівень В); забезпечення психоемоційної стабільності та підтримки мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі (Can-SCIP, SCIRE); поступова підготовка до переходу в хронічний період із налагодженням реабілітаційного супроводу на рівні громади (Can-SCIP, SCIRE, ISCoS – рівень В). Необхідні дії для досягнення цієї	
--	---	--

	мети: формування МДРК ІРП із урахуванням результатів комплексного обстеження пацієнта, включаючи клінічну, інструментальну та функціональну оцінку; залучення пацієнта до процесу планування, реалізації та моніторингу реабілітації, включаючи участь у визначенні цілей та виборі стратегій досягнення результатів (SCIRE, Can-SCIP – рівень B); забезпечення доступу пацієнта до навчання з питань самодогляду, переміщення, користування допоміжними засобами реабілітації (ДЗР) та асистивними технологіями (АТ), профілактики ускладнень, а також надається психосоціальна підтримка (Can-SCIP, PVA 2021 – рівень A); реабілітаційні втручання з доведеною ефективністю: функціональні тренування ходьби (при наявному потенціалі), пересування (SCIRE, Can-SCIP – рівень B), тренування сили, витривалості, рівноваги та координації (SCIRE, Can-SCIP – рівень B-C), навчання самообслуговуванню (SCIRE –	
--	---	--

рівень C), навчання користуванню технічними засобами реабілітації (SCIRE – рівень B); забезпечення психологічної підтримки, нейропсихологічної допомоги та мотивації до участі в реабілітаційному процесі (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень B); забезпечувати комплексну підтримку сексуального та репродуктивного здоров'я пацієнтів із TCM відповідно до їхніх індивідуальних потреб (SCIRE 2021, Can-SCIP, PVA 2021 – рівень C-D); підготовка до переходу в довготривалий період **шляхом раннього** планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні громади, **включно зі скерування** до амбулаторних та **програм реабілітації у територіальній громаді** (Can-SCIP, ISCoS – рівень B)».

Обґрунтування запропонованих пропозицій У чинному формулюванні використано поняття «відновлення нейромоторних функцій», що звужує акцент лише до рухових проявів. Проте сучасні

наукові джерела (SCIRE, NICE, ISCoS) підкреслюють, що у післягострому періоді можливий розвиток ширшого спектра функціональних можливостей пацієнтів із ТСМ, включно з руховими, сенсорними, вегетативними та когнітивними компонентами. Використання терміну «розвиток функціональних можливостей» точніше відображає мультидисциплінарну спрямованість реабілітації, уникає редуccionізму до суто моторних функцій і відповідає концепції Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (ICF). Таким чином, зміна формулювання робить текст більш науково коректним, узгодженим із міжнародними стандартами та придатним для комплексного застосування на практиці.

Термін «спільнотні програми реабілітації» є прямим перекладом з англійської *community-based rehabilitation (CBR)* і не має нормативного закріплення в українському законодавстві.

	Натомість поняття «реабілітація у територіальній громаді» відповідає чинним правовим актам і відображає сучасну систему організації реабілітаційної допомоги в Україні. Воно фактично є еквівалентом міжнародного терміну <i>community-based rehabilitation</i>, однак адаптованим до українського контексту. Використання цього формулювання дозволяє уникнути правових суперечностей, забезпечує узгодженість тексту документа з офіційними документами МОЗ і уряду, водночас залишаючись у відповідності до міжнародних рекомендацій (Can-SCIP, ISCoS). Додатково може застосовуватися варіант «реабілітація, що надається у територіальній громаді» – у разі ухвалення відповідних змін до постанов Кабінету Міністрів України.	
	9. До підпункту 3 п. 3. Критерії якості розділу II «3) при наявності у пацієнта з ТСМ пролежнів та/або застійної пневмонії, інших станів, які унеможливають надання	Пропозицію прийнято. В редакції пропозиції О. ЯРЕМЕНКА №14.

реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарних умовах, пацієнту забезпечити лікування ускладнень, у відділенні, яке відповідає профілю виявленого ускладнення;

Пропонується викласти в редакції:

«3) при наявності у пацієнта з ТСМ пролежнів та/або застійної пневмонії, інших станів, які унеможливають надання реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарних умовах, пацієнту забезпечити лікування ускладнень, у відділенні, яке відповідає профілю виявленого ускладнення, із забезпеченням подальшого надання реабілітаційної допомоги у максимально безпечному та виправданому обсязі, погодженому з пацієнтом, його близькими та мультидисциплінарною реабілітаційною командою, що забезпечує неперервність процесу»

Обґрунтування запропонованих пропозицій У початковому

	формулюванні передбачено лише переведення пацієнта з ТСМ до відділення відповідного профілю для лікування ускладнень, без уточнення подальшої організації реабілітаційної допомоги. Такий підхід суперечить принципу безперервності реабілітаційного процесу, закріпленому у міжнародних настановах (SCIRE, Can-SCIP, NICE) і в національному законодавстві. Продовження реабілітаційних втручань у безпечному та доступному обсязі навіть під час лікування ускладнень є критично важливим для профілактики вторинних уражень, збереження функціональних можливостей пацієнта та підтримки його мотивації. Залучення пацієнта, його родини та мультидисциплінарної реабілітаційної команди до визначення цього обсягу забезпечує індивідуалізований підхід та узгодженість дій між усіма учасниками процесу.	
	5. До підпункту 10 пункту 3 Критерії якості розділу II	Пропозицію відхилено. Застосування SCIM IV передбачено у тексті адаптованої клінічної настанови.

«10) фіксується приріст щонайменше -10 балів за Шкалою незалежності при травмі спинного мозку – **SCIM IV** протягом 4-12 тижнів надання пацієнту з ТСМ реабілітаційної допомоги (для пацієнтів з неповною травмою або з наявним відповідним функціональним потенціалом)»

Пропонується викласти в редакції:

«10) фіксується приріст щонайменше -10 балів за Шкалою незалежності при травмі спинного мозку – **SCIM III** протягом 4-12 тижнів надання пацієнту з ТСМ реабілітаційної допомоги (для пацієнтів з неповною травмою або з наявним відповідним функціональним потенціалом)»

Обґрунтування запропонованих пропозицій У пункті 10 зазначено посилення на SCIM IV, однак використані числові пороги змін не відповідають валідованим даним. На сьогодні мінімально клінічно значущі зміни (MCID) офіційно підтверджені лише для SCIM III. Хоча публікації свідчать про високу надійність і чутливість SCIM IV,

	валідованих MCID для цієї версії ще не опубліковано. Тому для відображення сучасності документа доцільно вказати SCIM IV як актуальну версію шкали, проте числові індикатори результативності слід визначати на основі SCIM III: приріст ≥ 4 бали як мінімально значущий клінічний ефект і ≥ 10 балів як суттєве клінічно значуще покращення	
	6. До підпункту 11 пункту 3 Критерії якості розділу II «11) пацієнту без/або з низьким функціональним потенціалом (пацієнти з повною травмою, пацієнти з AIS A, пацієнти з високим рівнем TCM) забезпечити здобуття незалежності через компенсовану участь (навчений здійснювати догляд самостійно чи керувати доглядом за собою, коли догляд здійснюється іншою особою надаючи інструкції)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «11) пацієнту без/або з низьким функціональним потенціалом (пацієнти з повною травмою (AIS A), пацієнти з високим рівнем TCM)	Пропозицію прийнято.

	забезпечити здобуття незалежності через компенсовану участь (навчений здійснювати догляд самостійно чи керувати доглядом за собою, коли догляд здійснюється іншою особою надаючи інструкції)»	
	7. До підпункту 14 пункту 3 Критерії якості розділу II «14) пацієнту забезпечити підбір необхідних ДЗР відповідно до його потреб із застосуванням інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «14) пацієнту забезпечити підбір, налаштування та навчання користуванню необхідними ДЗР відповідно до його потреб із застосуванням інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту»	Пропозицію прийнято.

	<u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> У початковому формулюванні акцент зроблено лише на підборі допоміжних засобів реабілітації (ДЗР). Однак міжнародні клінічні рекомендації (ISCoS, WHO, SCIRE) підкреслюють, що ефективність використання ДЗР визначається не лише їх призначенням, а й правильним налаштуванням під індивідуальні потреби пацієнта та навчанням користуванню. Включення цих елементів до стандарту забезпечує функціональність та безпечність застосування засобів, сприяє досягненню максимальної незалежності та зменшує ризики вторинних ускладнень. Таким чином, запропоноване уточнення робить вимогу більш практичною та узгодженою з міжнародними підходами до реабілітації пацієнтів із ТСМ.	
	8. До підпункту 19 пункту 3 Критерії якості розділу II «19) пацієнту забезпечити реалізацію менеджменту нейрогенного сечового міхура та	Пропозицію прийнято.

обрати індивідуальний режим спорожнення сечового міхура (проводиться періодична катетеризація 4–6 разів/добу, або використовується постійний катетер (якщо періодична катетеризація неможлива), або наявне самостійне сечовипускання (при добровільному контролі пацієнтом); **пацієнта навчити** розпізнавати ознаки інфекції нижніх сечовивідних шляхів (НСВШ)»

Пропонується викласти в редакції:

«19) пацієнту забезпечити реалізацію менеджменту нейрогенного сечового міхура та обрати індивідуальний режим спорожнення сечового міхура (проводиться періодична катетеризація 4–6 разів/добу, або використовується постійний катетер (якщо періодична катетеризація неможлива), або наявне самостійне сечовипускання (при добровільному контролі пацієнтом), **або застосовуються зовнішні засоби відведення сечі (зокрема уропрезервативи) за**

наявності медичних показань); пацієнт та особи, які здійснюють догляд, повинні бути навчені своєчасному розпізнаванню ознак інфекцій нижніх сечовивідних шляхів (НСВШ)»

Обґрунтування запропонованих пропозицій У початковій редакції описані лише основні варіанти спорожнення сечового міхура (періодична катетеризація, постійний катетер, самотійне сечовипускання). Проте міжнародні клінічні рекомендації (ISCoS, EAU Guidelines, SCIRE) включають також використання зовнішніх засобів відведення сечі (наприклад, уропрезервативів) як безпечну й ефективну альтернативу для чоловіків із ТСМ за наявності відповідних клінічних показань. Їх застосування може зменшити ризик ускладнень, підвищити комфорт і якість життя пацієнтів. Додатково, у міжнародних протоколах підкреслюється необхідність навчання не лише самого пацієнта, а й осіб, які здійснюють догляд, розпізнаванню ознак інфекцій нижніх сечовивідних шляхів

	(НСВШ), що сприяє ранньому виявленню ускладнень і своєчасному лікуванню. Таким чином, запропоноване уточнення робить положення більш повним, практично орієнтованим і узгодженим з міжнародними стандартами менеджменту нейрогенного сечового міхура.	
	9. До підпункту 25 пункту 3 Критерії якості розділу II «25) у пацієнта визначити та зафіксувати зони ризику виникнення контрактур; щоденно проводити вправи на розтягнення, використовувати шини/ортези» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «25) у пацієнта визначити та зафіксувати зони ризику виникнення контрактур; забезпечити менеджмент контрактур, шляхом: позиціонування та використання шин/ортезів (за показами), які підтримують оптимальне функціональне положення кінцівок і уможливають виконання повсякденних активностей; сприяння	Пропозицію прийнято.

активності та застосування функціонально орієнтованих завдань; своєчасної мобілізації та вертикалізації; навчання пацієнта та осіб, що здійснюють догляд, заходам профілактики контрактур»

Обґрунтування запропонованих пропозицій

У чинному формулюванні профілактика контрактур зводиться лише до вправ на розтягнення та застосування шин/ортезів. Такий підхід не відображає сучасних науково обґрунтованих практик. Міжнародні настанови (SCIRE, ISCoS, NICE) рекомендують комплексний менеджмент контрактур, що включає: правильне позиціонування та використання ортезів для підтримання функціонального положення кінцівок і забезпечення можливості виконання повсякденних активностей; своєчасну мобілізацію та вертикалізацію для зменшення ризику ускладнень; стимулювання активності через функціонально орієнтовані завдання; навчання пацієнтів та осіб, які здійснюють

	догляд, заходам профілактики контрактур. Така редакція розширює перелік ефективних інтервенцій, відповідає сучасним доказовим підходам і забезпечує реалістичність застосування стандарту в клінічній практиці.	
	10. До підпункту 25 пункту 3 Критерії якості розділу II «28) пацієнту з ТСМ забезпечити реалізацію менеджменту спастичності, що включає щонайменше щотижневий моніторинг її проявів з використанням інструменту оцінювання — Модифікованої шкали спастичності Ашворта (MAS)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «28) пацієнту з ТСМ забезпечити реалізацію менеджменту спастичності, що включає моніторинг її проявів з використанням інструменту оцінювання — Модифікованої шкали спастичності Ашворта (MAS)» <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій</u> У чинному	Пропозицію прийнято.

	формулюванні вказана фіксована частота («щонайменше щотижневий моніторинг»), що не відповідає сучасним клінічним підходам. Міжнародні настанови (SCIRE, ISCoS, NICE) рекомендують здійснювати регулярний моніторинг спастичності з використанням валідованих інструментів (зокрема, MAS), проте частота оцінювання має визначатися індивідуально — залежно від стану пацієнта, динаміки симптомів, етапу реабілітації та клінічної доцільності. Заміна жорсткої вимоги гнучким формулюванням забезпечує відповідність доказовим підходам, дозволяє мультидисциплінарній команді адаптувати частоту моніторингу до потреб конкретного пацієнта та уникнути ризику формального виконання стандарту без клінічної обґрунтованості.	
--	--	--