

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

Стандарту реабілітаційної допомоги за темою «Надання реабілітаційної допомоги при

ампутації кінцівки у дорослих та дітей» (далі – СРД)

(засідання МРГ 23.10.2025/19.11.2025)

<i>Заявник</i>	<i>Пропозиції</i>	<i>Рішення членів мультидисциплінарної робочої групи</i>
Олег КАРПОВ, фізичний терапевт, Асоційований офіцер з реабілітації Бюро ВООЗ України	1. Щодо <u>переліку скорочень</u> та їх назв: • ADL – повсякденні активності (~~activity daily living~~); • AMP – ~~предиктор мобільності при ампутації~~; • CHAMP – ~~комплексний предиктор мобільності з високою активністю (для спортивного протезування)~~; • DASH – опитувальник щодо обмеження функціонування, пов’язаної з плечем, рукою та кистю (~~disabilities of the arm, shoulder, and hand questionnaire~~); • IADL – інструментальні повсякденні активності (~~instrumental activity daily living~~); • K1 - K4 – ~~рейтингова система, яка використовується для оцінки реабілітаційного потенціалу людини для використання протеза~~; • Quick DASH – ~~короткий опитувальник щодо обмеження~~	Пропозицію прийнято частково. Пропонується деякі скорочення з переліку скорочень викласти в наступній редакції: • ADL активність повсякденного життя • AMP прогноз мобільності при ампутації • CHAMP комплексна багаторівнева система прогнозування мобільності • DASH опитувальник обмеження функціонування руки, плеча та кисті • Quick DASH короткий опитувальник обмеження функціонування руки, плеча та кисті • IADL інструментальна активність повсякденного життя • SIGAM алгоритм оцінки функціональної мобільності при ампутації • K0 - K4 система функціональної класифікації для опису функціональних можливостей людей, які перенесли ампутацію нижньої кінцівки • SCS оцінка комфортності куксоприймальної гільзи

функціонування, пов'язаної з плечем, рукою та кистю;

- SCS – оцінка комфортності куксоприймальної гільзи за шкалою від 0 до 10;
- SIGAM – шкала оцінки функціональної мобільності для людей після ампутації кінцівок;
- UEFI – функціональний індекс верхньої кінцівки.

Пропонується викласти в редакції:

AMP – прогноз мобільності при ампутації;

CHAMP – комплексна багаторівнева система прогнозування мобільності;

DASH – опитувальник обмеження функціонування руки, плеча та кисті;

Quick DASH – короткий опитувальник обмеження функціонування руки, плеча та кисті;

ADL – активність повсякденного життя;

IADLs – інструментальна активність повсякденного життя;

SIGAM – алгоритм оцінки

	функціональної мобільності при ампутації; K1 - K4 рейтингова система, яка ~~використовується для оцінки реабілітаційного потенціалу людини для використання протеза~~ для прогнозування функції рухливості з протезом та використання відповідних компонентів протезу; SCS – оцінка комфортності куксоприймальної гільзи за шкалою від 0 до 10; ~~UEFI – функціональний індекс верхньої кінцівки.~~ Післяопераційний протез виготовляється із гіпсових бинтів або з матеріалів адитивних технологій. Застосовується в якості системи ранньої підтримки для кукси, що загоюється, допомагаючи впоратися з болем і набряком, а також захищає від потенційних травм Жорстка знімна пов'язка складається з гіпсу та/або скловолокна в поєднанні з бавовною або поліуретановими подушечками для формування форми кукси.	
--	---	--

Обґрунтування запропонованої пропозиції:

Для того, щоб не створювати десятки різних версій трактувань термінів, бажано дотримуватися певних версій, котрі є затверджені на рівні інших НПА в системі МОЗ. Таким чином, назви деяких зазначених термінів вже затверджені у Наказі МОЗ №1946 від 20 листопада 2024 року. Щодо терміну «SIGAM» то бажано уникати словосполучення «для людей». Водночас цей інструмент не є «шкалою», він радше є «алгоритмом», при перегляді його застосування від розробників. Також, так як в АМР зазначається «при ампутації», то бажано теж узгодити це і в трактуванні цього терміну «при ампутації». Хоча достатньо логічно було б зазначати «при ампутації кінцівок», водночас це треба вносити тоді зміни у Наказ МОЗ №1946. Деякі терміни мали зазначені назви англійською мовою, інші ні. Для уніфікації подання назв, пропоную забрати англійські еквіваленти або ж додати до всіх назв інструментів. Щодо термінів

	ADL та IADLs бажано дотримуватися уніфікованої назви поширені в професійній спільноті та зафіксовані в словнику Мангушева О.О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. ГО «Українське товариство ерготерапевтів»; 2021. юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.69. UEFI функціональний індекс верхньої кінцівки повністю забрати зі Стандарту. Обґрунтування в Пропозиції 40	
	2. До <u>Мети Стандарту</u> «Мета стандарту»: забезпечення надання якісної, безперервної та ефективної реабілітаційної допомоги на всіх етапах надання пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок)». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Мета стандарту: забезпечення надання якісної, безперервної та ефективної реабілітаційної допомоги, заснованої на доказах, при ампутації кінцівки (кінцівок) на всіх етапах надання такої допомоги.	Пропозицію прийнято.

	<u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Це твердження відповідає далі по тексту Стандарту. 3. До пункту 1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги Розділу I Організація надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки «Реабілітаційна допомога протягом післягострого та довготривалого періодів надається у стаціонарних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу в стаціонарних умовах, та/або стаціонарних (реабілітаційних) відділеннях первинного та складного протезування й ортезування реабілітаційних закладів, зокрема протезно-ортопедичних підприємств» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Реабілітаційна допомога протягом післягострого та довготривалого періодів надається у стаціонарних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу в стаціонарних умовах ~~та/або~~	Пропозицію відхилено. Протезно-ортезні підприємства можуть мати різні джерела фінансування стаціонарних відділень.
--	---	--

	стаціонарних ~~—~~ (реабілітаційних) відділеннях ~~—~~ первинного ~~—~~ та складного ~~—~~ протезування ~~—~~ й ортезування ~~—~~ реабілітаційних закладів, ~~—~~ зокрема ~~—~~ протезно-ортопедичних ~~—~~ підприємств» <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Стаціонарне (реабілітаційне) відділення первинного і складного протезування та ортезування були скасовані відповідним наказом Міністерства соціальної політики України від 02.04.2024 № 140-Н. Також у протезно-ортопедичних підприємствах не має обов'язку підписувати договір із НСЗУ на забезпечення реабілітаційної допомоги. Зокрема, в більшості з них відсутні відповідні приміщення та персонал.	
	4. До <u>підпункту 14 пункту 3 Розділу І Організація надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки</u> «14) надавати пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, інформацію з наступних актуальних для них тем, що відповідає	Пропозицію прийнято.

індивідуальним потребам: контроль больових відчуттів; **безпека пацієнтів**; профілактика ускладнень; процедурні питання та питання відновлення; рівень ампутації; варіанти протезування; післяопераційна перев'язка; послідовність надання допомоги при ампутації; **необхідне обладнання; роль членів команди догляду**; керівництво з психосоціального прогнозування; очікувані функціональні результати; позиціонування; процес реабілітації; догляд за куксою; управління набряком; **компресійне обгортання**; догляд за ранами; **час для початку протезування**; профілактика контрактур».

Пропонується викласти в редакції:

«14) надавати пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, інформацію з наступних актуальних для них тем, що відповідає індивідуальним потребам: контроль больових відчуттів; **безпека пацієнта**; профілактика ускладнень; процедурні питання та

	питання відновлення; рівень ампутації; варіанти протезування; післяопераційна перев'язка; послідовність надання допомоги при ампутації; необхідні ДЗР; роль членів МДРК; керівництво з психосоціального прогнозування; очікувані функціональні результати; позиціонування; процес реабілітації; догляд за куксою; управління набряком; компресійна терапія; догляд за ранами; критерії готовності кукси до протезування; профілактика контрактур»	
	5. До <u>пункту 1 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> «Якщо ампутація відбувається екстрено, наприклад, через травму, то реабілітаційне обстеження пацієнта має здійснюватись відразу після проведення ампутації кінцівки (кінцівок)» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Якщо ампутація відбувається екстрено, наприклад, через травму, то реабілітаційне обстеження пацієнта має здійснюватись після	Пропозицію прийнято частково. Пункт 1 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду пропонується викласти в такій редакції: «Якщо ампутація відбувається екстрено, наприклад, через травму, то реабілітаційне обстеження пацієнта має здійснюватись відразу після проведення ампутації кінцівки (кінцівок) та стабілізації стану пацієнта.»

	проведення ампутації кінцівки (кінцівок), при стабілізації стану пацієнта та отримання рекомендацій від оперуючого лікаря-хірурга»	
	6. До пункту 1 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду «Для посилення захисту кукси можуть використовуватись спеціальні пристрої, такі як жорсткі знімні пов'язки» <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Для посилення захисту кукси можуть використовуватись спеціальні пристрої, такі як жорсткі знімні пов'язки» <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Використання терміну «жорсткі знімні пов'язки», що є перекладом англomовних термінів «rigid or semi-rigid residual limb dressing» потребує додаткового роз'яснення та включення в перелік скорочень, оскільки український еквівалент відсутній в українській професійній	Пропозицію відхилено. Терміни не включаються в перелік скорочень, якщо вони наведені без скорочень.

	літературі. Термін «Жорсткі знімні повязки» описаний у пропозиції 1 7. До <u>пункту 1 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> «Протези нижніх кінцівок з куксоприймальними гільзами, виготовленими із застосуванням адитивних технологій (3D друк) (не стосується косметичної обробки куксоприймальної гільзи з використанням таких технологій), можуть використовуватись лише як тренувальні тимчасові протези на етапі підготовки до користування постійними протезами». <u>Пропонується викласти в редакції:</u> «Протези верхніх ~~нижніх~~ кінцівок з куксоприймальними гільзами, виготовленими із застосуванням адитивних технологій (3D друк) (не стосується косметичної обробки куксоприймальної гільзи з використанням таких технологій), можуть використовуватись лише як тренувальні тимчасові протези на етапі підготовки до користування постійними протезами. Для	Пропозицію прийнято частково. «Протези кінцівок з куксоприймальними гільзами мають бути виготовлені із застосуванням безпечних матеріалів, що відповідають вимогам та методам випробування, сертифіковані в Україні відповідно до законодавства.»
--	---	--

протезів нижніх кінцівок, застосування таких технологій обмежується виключно виготовленням їх як післяопераційного протезу протягом гострого та/або післягострого реабілітаційного періоду».

Обґрунтування запропонованої пропозиції:

Використання таких технологій для тимчасових тренувальних протезів на рівні ампутації нижніх кінцівок наразі є шкідливим та експериментальним. На сьогодні не розроблено жодних критеріїв щодо матеріалів, їх якості та відповідність до створення куксоприймальних гільз. На ринку існує декілька видів 3D принтерів, які підприємствами використовуються для вироблення таких гільз. Матеріали деякі з них є занадто м'якими та гнучкими до зміни форми, що не забезпечує чіткої фіксації кукси-гільзи. Тренувальний тимчасовий протез потребує бути високої якості та комфортності, оскільки пацієнт саме на ньому буде освоювати навички ходьби. Жодна міжнародна

	настанова VA/DOD 2025, BASPAR 2020, BSRM 2018 не рекомендують чи не згадують використання таких технологій у процесі реабілітації та протезування. Термін «післяопераційний протез» описаний у пропозиції 1 та відповідає англomовному терміну «Immediate Post-Operative Prostheses (IPOP)s».	
	8. До підпунктів 5, 6, 7 пункту 3 <u>Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 5) провести оцінку функціонування пацієнта – амплітуда рухів: оцінити поточну амплітуду рухів у проксимальних суглобах кукси та протилежної сторони; передопераційне лікування виявлених контрактур; пасивні вправи для амплітуди рухів кукси та контралатеральної кінцівки у всіх доступних площинах; провести бесіду з пацієнтом, членами родини та/або доглядальником про важливість правильного положення тіла для запобігання контрактурам; поступово переходити до активної	Пропозицію прийнято.

допоміжної амплітуди рухів у всіх площинах для кукси та контралатеральної кінцівки згідно з додатком 1 до цього Стандарту;

6) провести оцінку функціонування – велика моторика та рухові навички: оцінити дефіцит сили ВК і НК та провести відповідне втручання, програму зміцнення основних м'язових груп рук і ніг згідно з додатком 1 до цього Стандарту;

7) провести оцінку функціонування – стабілізація тіла та баланс: оцінити ризик падінь та фіксацію показників падінь; вправи для стабілізації тулуба і тіла, оцінити рівень балансу і роботу над його покращенням; статичну рівновагу в положенні сидячи та зміщення ваги в положенні сидячи; оцінити рівень стабілізації тіла та відповідні вправи (нахили таза, мости) згідно з додатком 1 до цього Стандарту.

Пропонується викласти в редакції:

5) провести **функціональну оцінку амплітуди рухів** пацієнта – оцінити поточну амплітуду рухів у **збережених** суглобах кукси та протилежної сторони; провести бесіду з пацієнтом, членами родини та/або доглядальником про важливість правильного положення тіла для запобігання контрактурам; ~~передопераційне лікування виявлених контрактур~~; **Базуючись на результатах проведеної оцінки розглянути використання пасивних вправ та/або вправ активної амплітуди руху з допомогою для покращення амплітуди рухів кукси та контралатеральної кінцівки у всіх доступних площинах; нестунове переходити до активної допоміжної амплітуди рухів у всіх площинах для кукси та контралатеральної кінцівки. При оцінці також використовувати інструменти оцінювання згідно з додатком 1 до цього Стандарту;**

6) провести **функціональну оцінку великої моторики та рухових навичок** пацієнта – велика моторика та рухові навички оцінити

дефіцит сили м'язів ВК і НК та базуючись на результатах проведеної оцінки провести відповідне втручання фізичної терапії. програму — зміцнення основних м'язових груп рук і ніг. При оцінці також використовувати інструменти оцінювання згідно з додатком 1 до цього Стандарту;

7) провести функціональну оцінку рівноваги та постурального контролю пацієнта – стабілізація тіла та балансу: оцінити ризик падіння та рівень рівноваги (статична та динамічна) фіксацію показників падіння; вправи для стабілізації тулуба і тіла, оцінити рівень балансу і роботу над його покращенням; статичну рівновагу в положенні сидячи та стоячи зміцнення ваги в положенні сидячи; оцінити рівень стабілізації тіла та відповідні вправи (нахили таза, мости). Базуючись на результатах проведеної оцінки провести відповідне втручання фізичної терапії. При оцінці також використовувати інструменти

	оцінювання згідно з додатком 1 до цього Стандарту. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Оцінка з «лікуванням» немає нічого спільного щодо твердження «передопераційне лікування виявлених контрактур;»	
	9. До <u>підпункту 8 пункту 3 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 8) включити в програму терапії фізичного терапевта: пасивні вправи для діапазону рухів кукси та контралатеральної кінцівки у всіх доступних площинах, вправи для зміцнення основних м'язових груп рук і ніг, вправи для стабілізації тулуба і тіла, вправи для стабілізації тіла (нахили таза, мости), вправи для корекції (за наявності) контрактур; <u>Пропонується викласти в редакції:</u> ~~8) включити в програму терапії фізичного терапевта: пасивні вправи для діапазону рухів кукси та контралатеральної кінцівки у всіх доступних площинах, вправи для~~	Пропозицію відхилено. Щодо зауваження з приводу «програми терапії» - пропозиція відхилити, оскільки відповідно до пункту 9 Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я»: «Після затвердження індивідуального реабілітаційного плану на загальних зборах МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ КОМАНДИ лікарем фізичної та реабілітаційної медицини кожен фахівець з реабілітації в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження САМОСТІЙНО СКЛАДАЄ ПРОГРАМУ ТЕРАПІЇ, реалізує та оцінює її результативність і ефективність».

~~зміцнення основних м'язових груп рук і ніг, вправи для стабілізації тулуба і тіла, вправи для стабілізації тіла (нахили таза, мости), вправи для корекції (за наявності) контрактур;~~

Обґрунтування запропонованої пропозиції:

Програма терапії забезпечує організацію надання реабілітаційної допомоги під час надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самостійно (згідно Постанови КМУ №1268). Вище в Стандарті зазначалося, що допомога надається командою МДРК. Таким чином цей пункт суперечить твердженням згаданим вище. Зокрема, реабілітаційна допомога в гострому періоді надається в стаціонарному відділенні, де працює команда МДРК, що заповнює ІРП. Також підпункт дублює інформацію в попередніх підпунктах 5-7. Зокрема зазначена інформація надає загальні, розмиті рекомендації, що не відповідає змісту підготовки професіонала в галузі охорони здоров'я Фізичного терапевта. Такі назви як «**мости**» є не доречним,

	дубляж «стабілізація тулуба і тіла» та «стабілізація тіла». 10. До <u>підпункту 9 пункту 3 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 9) розробити та надати пацієнту програму домашніх вправ, спрямовану на покращення амплітуди рухів, стабілізації тіла, баланс, серцево-судинну витривалість; пацієнту пояснити потребу в енергетичних витратах під час користування протезом. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 9) розробити та надати пацієнту програму ~~домашніх вправ~~ програму домашньої терапії, спрямовану на покращення амплітуди рухів, стабілізації тіла, баланс, серцево-судинну витривалість; пацієнту відповідно до функціонального стану та індивідуальних потреб. Пояснити потребу в енергетичних витратах під час користування протезом. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u>	Пропозицію прийнято.
--	---	------------------------------------

	В чинному законодавстві не визначено такого поняття, як домашні вправи. Водночас пропоную використовувати таке словосполучення як, «програму домашньої терапії». Слово «програма» забезпечує необхідність певної структури в документі. А слово «терапія» забезпечує включеність у цю програму не лише такого компонента, як фізичні вправи, але й рекомендації інших фахівців з реабілітації.	
	11. До <u>підпункту 10 пункту 3 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 10) провести оцінку рівня активності та незалежності у повсякденних і інструментальних активностях для навчання пацієнта самостійному виконанню базових побутових дій; надати рекомендації щодо зміни домінантної руки (у разі ампутації верхньої кінцівки (далі – АВК)) згідно з додатком 1 до цього Стандарту; <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію відхилено. Не несе зміни змісту речення, а перша редакція речення не суперечить правилам української мови.

	10) провести оцінку рівня активності та незалежності у повсякденних і інструментальних активностях для навчання пацієнта самостійному виконанню базових побутових дій; надати рекомендації щодо зміни домінантної руки (у разі ампутації верхньої кінцівки (далі – АВК)). При оцінці також використовувати інструменти оцінювання згідно з додатком 1 до цього Стандарту.	
	12. До підпункту 12, 13 пункту 3 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду 12) надавати інформацію про доступні ДЗР та адаптивне обладнання; здійснити підбір, налаштування, навчання використанню та надання ДЗР/допоміжних засобів для ранньої ходьби (далі – ДЗРХ) з метою первинної вертикалізації (у разі АНК); 13) провести підбір, надання, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним (для пацієнтів з АНК)	Пропозицію прийнято частково. Підпункти 12) та 13) пункту 3 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду, викласти в такій редакції зважаючи на те, що забезпечення пацієнтів при ампутації кріслом колісним має відбуватись не лише при наявності двобічної ампутації нижніх кінцівок: «12) надавати інформацію про доступні ДЗР та адаптивне обладнання; здійснювати підбір, налаштування, навчання використанню та надання ДЗР/~~допоміжних засобів для ранньої ходьби (далі – ДЗРХ)~~ з метою первинної вертикалізації (у разі АНК, за потреби);

	<u>Пропонується викласти в редакції:</u> 12) надавати інформацію про доступні ДЗР та адаптивне обладнання та здійснювати підбір, налаштування, навчання використанню та надання ДЗР до індивідуальних потреб пацієнта. допоміжних засобів для ранньої ходьби (далі — ДЗРХ) з метою первинної вертикалізації (у разі АНК); При двобічній ампутації нижніх кінцівок провести підбір, надання, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> У чинному законодавстві відсутній термін ДЗРХ та такі засоби не включені у чинні переліки Допоміжних засобів реабілітації. Необхідно вносити зміни у відповідні НПА. Підпункт 13 об'єднати із 12 оскільки йдеться про ДЗР. Не всім пацієнтам із АНК необхідно забезпечувати кріслом-колісним, а відповідно до функціонального стану. Оскільки мета — рання	13) провести підбір, надання, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним (для пацієнтів з АНК, за потреби).»
--	---	--

	вертикалізація та відновлення мобільності.	
	13. До <u>підпункту 14 пункту 3 Розділу II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 14) забезпечити оцінку наявного больового синдрому перед операцією та інтенсивне лікування болю кукси та фантомного болю (застосування наркотичних знеболювальних, регіональна анестезія та ненаркотичні препарати, особливо для лікування нейропатичного болю); <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 14) забезпечити суб'єктивну та об'єктивну оцінку наявного больового синдрому перед операцією та інтенсивне лікування болю кукси та фантомного болю (застосування ~~наркотичних знеболювальних, регіональна анестезія та ненаркотичні~~ медикаментозними та немедикаментозними засобами), зокрема використовуючи	Пропозицію прийнято

	Стандарт медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей»; <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Узгодити цей підпункт із підпунктом 16, пункту 3 Розділ III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду	
	<u>14. До пункту 1 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду ...здійснення тренувального протезування та/або проведення первинного протезування; вертикалізація та навчання ходи (у разі ампутації однієї або двох НК) із застосуванням тренувального протезу та/або первинного протезу, відновлення функцій самообслуговування.</u>	Пропозицію відхилено. «Первинний протез» та «тренувальний протез» – різні, не тотожні поняття. «Первинний протез» – це термін для першого постійного протеза, який видається пацієнту після ампутації, здебільшого на термін до одного року, щоб допомогти сформувати куксу та навчитися користуватися протезом у повсякденному житті. «Тренувальний протез» – це лікувально-тренувальний протез, який використовується на етапі надання реабілітаційної допомоги для підготовки до постійного протезування,

	<u>Пропонується викласти в редакції:</u> ~~здійснення тренувального протезування та/або проведення первинного протезування;~~ вертикалізація та навчання ходи (у разі ампутації однієї або двох НК) із застосуванням ~~тренувального протезу~~ та/або первинного протезу, відновлення функцій самообслуговування. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Згідно чинного законодавства використовується термін «первинне протезування». Задля уникнення ускладнення в інтерпретації що таке «тренувальний протез», пропоную не ускладнювати тлумачення Постанова КМУ №321. Внести правки далі по тексту Стандарта. 15. До <u>пункту 2 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 2. Необхідність в проведенні реампутації є показником неякісно наданої медичної допомоги	зміцнення м'язів, формування навичок ходьби та самообслуговування. Тому, тренувальний є інструментом для підготовки, а первинний – це перший постійний протез, який пацієнт отримує для адаптації та повсякденного життя після загоєння кукси. Пропозицію прийнято.
--	---	--

протягом гострого реабілітаційного періоду

Пропонується викласти в редакції:

2. ~~Необхідність в проведенні реампутації є показником неякісно наданої медичної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду~~

Обґрунтування запропонованої пропозиції:

Це твердження суперечить наявній науководоказовій базі, щодо виникнення ускладнень після проведених ампутацій кінцівок. Осьове навантаження спричинене використанням протезу, може викликати гетеротопічну осифікацію яка часто спостерігається після бойових травм та не залежить від якості проведеної операції. Heterotopic Ossification Formation in Military Beneficiaries Following Hip- and Pelvic-Level Amputations | Military Medicine | Oxford Academic. Зокрема, в стандарті згадується про це в підпункті 8, пункту 3 Розділу IV Надання реабілітаційної допомоги

	протягом довготривалого реабілітаційного періоду. 16. До <u>підпункту 5 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 5) фізичному терапевту скласти програму терапії, спрямовану на максимальне збільшення амплітуди рухів у проксимальних суглобах ампутованої кінцівки для встановлення та подальшого використання протеза, поступовий перехід до активної амплітуди рухів кукси і контралатеральної кінцівки, продовження профілактики контрактур за допомогою програми розтяжок; направлену на програму вправ для зміцнення ампутованої кінцівки та вправ для стабілізації тулуба і тіла, покращення балансу; здійснити оцінку функціонального рівня ампутованої кінцівки. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> ~~5) фізичному терапевту скласти програму терапії, спрямовану на максимальне збільшення амплітуди рухів у проксимальних суглобах ампутованої кінцівки для~~	Пропозицію прийнято.
--	---	------------------------------------

~~встановлення — та — подальшого використання протеза, поступовий перехід до активної амплітуди рухів кукки і контралатеральної кінцівки, продовження — профілактики контрактур за допомогою програми розтяжок; направлену на програму вправ для зміцнення ампутованої кінцівки та вправ для стабілізації тулуба і тіла, покращення балансу; здійснити оцінку функціонального рівня ампутованої кінцівки.~~

5) Кожний член команди МДРК на основі проведеного реабілітаційного обстеження зазначає свої втручання у індивідуальний реабілітаційний план пацієнта з урахуванням особливостей аспектів подальшого відновлення пацієнта із ампутацією та користуванням протезу.

Обґрунтування запропонованої пропозиції:

Програма терапії суперечить у наданні реабілітаційної допомоги в післягострому періоді згідно чинного законодавства (Наказ МОЗ №1268). Зокрема зазначення такого переліку рекомендацій, що не

	містить жодних об'єктивних даних та загалом не пропонує чітких критеріїв – припинює компетентності зазначеного професіонала в галузі охорони здоров'я. Також є не зрозумілим, чому виділяється один фахівець з команди, при цьому надалі по тексту в інших пунктах Стандарту не згадуються окремо інші фахівці з реабілітації. Зокрема в зазначеному підпункті наявна фраза, що потребує додаткового роз'яснення: • «здійснити оцінку функціонального рівня ампутованої кінцівки; — Що таке функціональний рівень ампутованої кінцівки?	
	17. До <u>підпункту 6 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> б) надати пацієнту інформацію щодо необхідного обладнання та інструкції щодо виконання домашніх вправ для відновлення амплітуди рухів, розвитку сили м'язів та витривалості. <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію прийнято.

	б) надати пацієнту інформацію щодо необхідного ~~обладнання~~ ДЗР та інструкції ~~щодо виконання домашніх~~ ~~вправ~~ програму домашньої терапії для відновлення амплітуди рухів, розвитку сили м'язів та витривалості. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Термін програма домашньої терапії запропонована та обґрунтована у пропозиції 10.	
	18. До <u>підпункту 7 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 7) забезпечити дотримання встановлених методів контролю стану серцево-судинної системи для реабілітації з урахуванням поточного стану серцево-судинної системи пацієнта; заохочувати пацієнта до зниження факторів ризику розвитку ускладнень; розробити програми фізичної терапії для підтримки витривалості та фізичної форми. <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію-прийнято.

	7) забезпечити дотримання встановлених методів контролю стану серцево-судинної системи для реабілітації з урахуванням поточного стану серцево-судинної системи пацієнта; заохочувати пацієнта до зниження факторів ризику розвитку ускладнень; ~~розробити програми фізичної терапії для підтримки витривалості та фізичної форми.~~ <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> В пропозиції 15 зазначена дана інформація з дотриманням чинного законодавства та розвитку мультидисциплінарного підходу у реабілітації.	
	19. До <u>підпункту 11 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 11) провести підбір, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним (для пацієнтів з АНК), якщо це не було зроблено в гострому періоді. <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію прийнято частково. Підпункт 11) пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду, викласти в такій редакції: «11) провести підбір, надання, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним (для пацієнтів з АНК, за потреби), якщо це не було зроблено в гострому періоді.»

	11) провести підбір, налаштування та навчання користуванню ДЗР до індивідуальних потреб пацієнта ~~кріслом колісним (для пацієнтів з АНК)~~, якщо це не було зроблено в гострому періоді; При двобічній ампутації нижніх кінцівок провести підбір, надання, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним. Обґрунтування запропонованої пропозиції: Наведені у Пропозиції 12.	
	20. До <u>підпункту 16 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 16) провести оцінку та лікування болю кукси та фантомного болю відповідно до Стандарту медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей».	Пропозицію відхилено. Оцінку та лікування болю кукси та фантомного болю слід проводити саме відповідно до положень Стандарту медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей».

Пропонується викласти в редакції:

~~16) провести оцінку та лікування болю кукси та фантомного болю відповідно — до~~ **забезпечити суб'єктивну та об'єктивну оцінку наявного больового синдрому та лікування болю кукси та фантомного болю (медикаментозними та немедикаментозними засобами), зокрема використовуючи Стандарт медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей».**

Обґрунтування запропонованої пропозиції:

Взаємоузгодити цей підпункт із підпунктом 14, пункт 13 Розділ II Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду.

Зокрема забрати формулювання «відповідно до», оскільки в

	зазначеному стандарті відсутні окремі положення щодо методів лікування болю в куксі чи фантомного болю.	
	21. До <u>підпункту 23 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 23) догляд за куксою: забезпечити продовження нагляду за процесом загоєння рани, формування та компресії кукси. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 23) ~~догляд за куксою:~~ забезпечити продовження ~~нагляду~~ догляду за процесом ~~загоєння~~ ~~рани,~~ формування ~~та компресії кукси~~ формування кукси, задля створення умов первинного протезування: стабільний обхват кукси; повністю загоєний шов; м'який мобільний рубець; десенситизована шкіра; зміцнені м'язи кукси; відсутність значних контрактур; навчений переміщуватися з використанням ДЗР; ознайомлений з загальними принципами користування первинного протезу;	Пропозицію прийнято.

	максимально незалежний в ADL та IADL з врахуванням функціонального та соматичного стану; відсутність інфекції шкіри та м'яких тканин; відсутність нейром, що впливають на життєдіяльність та інтенсивних больових відчуттів; правильна (конічна) форма.	
	22. До підпункту 24 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду 24) підготувати пацієнта до протезування: оптимізувати форму кукси перед встановленням протеза; навчити пацієнта одягати та знімати протезну систему; скласти графік носіння протеза; навчити пацієнта стежити за точками тиску, контролювати цілісність шкіри та тканин за допомогою поступового збільшення часу носіння протеза та частих перевірок шкіри в місці контакту з вперше встановленою куксоприймальною гільзою. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 24) підготувати пацієнта до протезування: ~~оптимізувати~~	Пропозицію відхилено. У цьому пункті, мова саме про оптимізацію, адже при підготовці до протезування процес включає і формування кукси, і роботу над рубцями, тощо - це все є оптимізацією кукси. У Великому тлумачному словнику сучасної української мови, слово «оптимізувати» означає вибирати найкращий (оптимальний) варіант із можливих; робити оптимальним.

	забезпечити правильну (конічну) форму кукси перед встановленням протеза; навчити пацієнта одягати та знімати протезну систему; скласти графік носіння протеза; навчити пацієнта стежити за точками тиску, контролювати цілісність шкіри та тканин за допомогою поступового збільшення часу носіння протеза та частих перевірок шкіри в місці контакту з вперше встановленою куксоприймальною гільзою. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> «Оптимізувати» означає зробити щось найкращим або більш ефективним шляхом удосконалення вже існуючого процесу чи системи. У реабілітації ми не «оптимізуємо» куксу — ми формуємо, підтримуємо, забезпечуємо правильне загоєння і форму.	
	23. До <u>підпункту 29 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 29) перевірити можливості використання спеціалізованих протезів для досягнення цілей у	Пропозицію прийнято.

	конкретних видах діяльності пацієнта. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 29) перевірити можливості використання спеціалізованих протезів та/або спеціальних виробів для занять спортом для досягнення цілей у конкретних видах діяльності пацієнта. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> У чинному законодавстві відсутній термін «спеціалізованих протезів». При його застосуванні потребується додаткове тлумачення у розділі «Скорочення». Зокрема наявний термін «спеціальні вироби для занять спортом» у Постанові КМУ №518. виправити далі по тексту Стандарту.	
	24. До <u>підпункту 30 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 30) забезпечення призначення протезу нижньої кінцівки з мікропроцесорним (електронним) колінним вузлом має здійснюватись	Пропозицію відхилено. В чинному законодавстві не визначено процедуру призначення протезу нижньої кінцівки з мікропроцесорним (електронним) колінним вузлом на основі результатів оцінювання із застосуванням інструментів оцінювання.

	відповідно до додатку 3 до цього Стандарту. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> ~~30) — забезпечення — призначення протезу — нижньої кінцівки — з мікропроцесорним — (електронним) колінним вузлом має здійснюватись відповідно до додатку 3 до цього Стандарту.~~ <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Регулювання процесу призначення та встановлення мікропроцесорного (електронного) колінного вузла регламентується чинним законодавством Постановою КМУ №321 та Постановою КМУ №518. Запропонований механізм у додатку 3 – не враховує чинні механізми, що свідчить про не адаптацію запозиченого протоколу до діючих норм та правил українського законодавства. Огляд додатку 3 описаний нижче.	
	25. До <u>підпункту 10 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u>	Пропозицію прийнято частково. Підпункт 10 пункту 3 Розділу III Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду викласти в такій редакції:

	10) провести вертикалізацію пацієнта, якщо це не було зроблено в гострому періоді, та навчання ходьби (для пацієнтів з АНК) із застосуванням ДЗРХ, тренувального протезу та/або первинного протезу (у разі доречності). <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 10) провести вертикалізацію пацієнта, якщо це не було зроблено в гострому періоді, та навчання ходьби (для пацієнтів з АНК) із застосуванням ~~ДЗРХ~~ ДЗР, ~~тренувального протезу~~ та/або первинного протезу (у разі доречності). <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Згідно Пропозиції 12 та 14.	«10) провести вертикалізацію пацієнта, якщо це не було зроблено в гострому періоді, та навчання ходьби (для пацієнтів з АНК) із застосуванням ДЗРХ, тренувального протезу та/або первинного протезу (у разі доречності).»; обґрунтування щодо поняття «тренувальний протез», наведено у п. 14.
	26. До <u>пункту 1 Розділу V. Протезування</u> Процес протезування включає в себе підготовку до протезування, власне підбір тренувального (з подальшим підбором постійного) або первинного протеза <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію відхилено. Обґрунтування наведено у п. 14.

	Процес протезування включає в себе підготовку до протезування, власне підбір тренувального ~~(з подальшим підбором постійного)~~ або первинного протеза, <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Згідно Пропозиції 14.	
	27. До <u>пункту 1 Розділу V. Протезування</u> Метою підготовки до протезування є підготовка пацієнта та його кукси до початкового протезування. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> Метою підготовки до протезування є підготовка пацієнта та його кукси до початкового первинного протезування. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Згідно Пропозиції 14.	Пропозицію прийнято.
	28. До <u>пункту 1 Розділу V. Протезування</u> Для підбору діагностичної гільзи пацієнт повинен пройти медичне та когнітивне обстеження МДРК із залученням інших спеціалістів, за потреби.	Пропозицію прийнято частково. Замінити термін “діагностична гільза” на “тренувальна гільза”. Пункт 1 Розділу V. Протезування викласти в такій редакції: «Для підбору тренувальної гільзи пацієнт повинен пройти ~~медичне та когнітивне~~

	<u>Пропонується викласти в редакції:</u> ~~Для підбору діагностичної гільзи пацієнт повинен пройти медичне та когнітивне обстеження МДРК із залученням інших спеціалістів, за потреби.~~ <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> У чинному законодавстві відсутній термін «діагностична гільза». Та не зовсім зрозумілою є вимога у потребі проходження «когнітивного обстеження» заради підбору гільзи.	обстеження МДРК із залученням інших спеціалістів, за потреби.»;
	29. До <u>пункту 1 Розділу V. Протезування</u> Початковий протез (тренувальний або первинний) має бути розроблений з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, потреб та цілей пацієнта. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> ~~Початковий протез (тренувальний або Первинний протез~~ має бути розроблений з урахуванням результатів реабілітаційного	Пропозицію прийнято частково. Пункт 1 Розділу V. Протезування, пропонується викласти в такій редакції: «Тренувальний та/або первинний протез має бути розроблений з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, потреб та цілей пацієнта.»

	обстеження, потреб та цілей пацієнта. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Згідно Пропозиції 14.	
	30. До <u>пункту 1 Розділу V. Протезування</u> Тренування починається з моменту встановлення першого протеза та триває доти, доки пацієнт не продемонструє оптимальні функціональні результати за умови правильного використання протеза під час бажаної функціональної діяльності. Ця фаза включає продовження фізичної реабілітації за потреби, функціональне навчання протезуванню, повернення до професійної та рекреаційної діяльності, а також постійну психологічну підтримку. Пацієнти можуть проходити цю фазу з періодами прогресу та регресу після отримання кожного нового або іншого типу протеза. Під час цієї фази члени МДРК повинні відстежувати потенційні ускладнення, які можуть виникнути під час використання протеза. Ця фаза також може розпочатися, коли	Пропозицію прийнято.

пацієнт отримує новий компонент протеза або нову стратегію контролю.

Пропонується викласти в редакції:

Тренування починається з моменту встановлення ~~першого~~ **первинного** протеза та триває доти, доки пацієнт не продемонструє оптимальні функціональні результати за умови правильного використання протеза під час бажаної функціональної діяльності. ~~Ця фаза~~ **Цей етап** включає продовження фізичної реабілітації за потреби, ~~функціональне навчання протезуванню,~~ повернення до професійної та рекреаційної діяльності, а також постійну психологічну підтримку. Пацієнти можуть проходити ~~цю фазу~~ **цей етап** з періодами прогресу та регресу після отримання кожного нового або іншого типу протеза, **його компонента чи нової системи контролю**. Під час цієї фази члени МДРК повинні відстежувати потенційні ускладнення, які можуть виникнути під час використання протеза. ~~Ця фаза~~ **Цей етап** також

	~~може розпочатися, коли пацієнт отримує новий компонент протеза або нову стратегію систему контролю.~~	
	31. До <u>підпункту 5 пункту 3 Розділу V. Протезування</u> 5) для досягнення успішного протезування при двосторонніх АВК, реабілітаційні заходи повинні бути зосереджені на оцінці амплітуди рухів і сили проксимального суглоба, а також на навчанні пацієнта незалежному зніманню/одяганню протеза та виконанні ADL. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 5) для досягнення успішного протезування при двосторонніх АВК, реабілітаційні заходи повинні бути зосереджені на оцінці амплітуди рухів і сили м'язів проксимального суглоба, а також на навчанні пацієнта незалежному зніманню/одяганню протеза та виконанні ADL.	Пропозицію відхилено. Не несе зміни змісту речення, а перша редакція речення не суперечить правилам української мови.
	32. До <u>підпункту 8 пункту 3 Розділу V. Протезування</u> 8) пацієнтам з дуже короткими трансфеморальними ампутаціями	Пропозицію прийнято. Підпункт 8 пункту 3 Розділу V. Протезування викласти в такій редакції: «8) пацієнтам з дуже короткими

	або екзартикуляцією кульшового суглоба виготовляти більш складні куксоприймальні гільзи. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 8) пацієнтам з дуже короткими трансфеморальними ампутаціями або екзартикуляцією кульшового суглоба ~~виготовляти більш складні куксоприймальні~~ гільзи забезпечувати виготовлення відповідних протезних виробів, що відповідатимуть анатомічним особливостям та гарантуватимуть комфортність. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Неможливо імперативно «приказати» виготовляти складні гільзи. Та й що вважати «складною гільзою», іноді ампутація нижче коліна вимагає не менше професійності у виготовленні гільзи.	трансфеморальними ампутаціями або екзартикуляцією кульшового суглоба забезпечувати виготовлення відповідних протезних виробів, що відповідатимуть анатомічним особливостям та гарантуватимуть комфортність.»
	33. До підпункту 9 пункту 3 <u>Розділу V. Протезування</u> 9) пацієнтам з дуже короткими трансфеморальними ампутаціями або екзартикуляцією кульшового суглоба багаторазово коригувати куксоприймальні гільзи	Пропозицію прийнято частково. Підпункт 9 пункту 3 Розділу V. Протезування викласти в такій редакції: «9) пацієнтам з дуже короткими трансфеморальними ампутаціями або екзартикуляцією кульшового суглоба згідно потреб пацієнта здійснювати необхідні

	висококваліфікованим протезистом-ортезистом протягом усього процесу реабілітації з урахуванням змін розміру, форми і чутливості кукс. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 9) пацієнтам з дуже короткими трансфеморальними ампутаціями або екзартикуляцією кульшового суглоба багаторазово — коригувати куксоприймальні гільзи висококваліфікованим протезистом-ортезистом згідно потреб пацієнта здійснювати необхідні коригувальні процедури куксоприймальної гільзи, задля забезпечення комфортності протягом усього процесу реабілітації з урахуванням змін розміру, форми і чутливості кукс. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> У чинному законодавстві відсутній термін «Висококваліфікований протезист-ортезист».	коригувальні процедури куксоприймальної гільзи, задля забезпечення комфортності протягом усього процесу реабілітації з урахуванням змін розміру, форми і чутливості кукс за висновками протезиста-ортезиста з досвідом роботи 3 або більше років.»
	34. До підпункту 10 пункту 3 Розділ V. Протезування 10) первинне протезування пацієнтів з двосторонніми	Пропозицію відхилено. Дописування слова «stubbies» є зайвим, бо воно позначає «короткі стабілізаційні

	трансфеморальними ампутаціями починати з застосування коротких стабілізаційних протезів. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 10) первинне протезування пацієнтів з двосторонніми трансфеморальними ампутаціями починати з застосування коротких стабілізаційних протезів (stubbies).	протези», яке є зрозумілим та широко використовуваним фахівцями.
	35. До підпунктів 11, 12 пункту 3 Розділу V. Протезування 11) у всіх випадках АНК застосовувати не менше 4 обов'язкових об'єктивних інструментів оцінювання функціонування пацієнта та не менше 2 суб'єктивних інструментів, згідно з додатком 1 до цього Стандарту; 12) у всіх випадках АВК застосовувати не менше 2 обов'язкових об'єктивних інструментів оцінювання функціонування пацієнта та не менше 2 суб'єктивних інструментів, згідно з додатком 1 до цього Стандарту. <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	36. Пропозицію відхилено. Застосовування усіх інструментів оцінювання функціонування пацієнта, згідно з додатком 1 до цього Стандарту для усіх пацієнтів є зайвим, оскільки не всі зазначені інструменти слід використовувати, тому у пунктах 11 та 12 пункту 3 Розділу V. Протезування, передбачено використання мінімальну кількість інструментів оцінювання функціонування пацієнта для забезпечення якісного надання реабілітаційної допомоги. Фахівець з реабілітації має змогу самостійно визначити, які саме інструменти потрібно застосовувати при здійсненні оцінювання функціонування конкретного пацієнта.

11) у всіх випадках АНК застосовувати не менше 4 усі обов'язкові об'єктивні інструменти оцінювання функціонування пацієнта, окрім Тест «Коробка і кубики» (ВВТ) та не менше 2 обов'язкових суб'єктивних інструментів, згідно з додатком 1 до цього Стандарту;

12) у всіх випадках виключно АВК застосовувати не менше 2 обов'язковий об'єктивний інструмент оцінювання функціонування пацієнта тест «Коробка і кубики» (ВВТ) та не менше 2 обов'язкових суб'єктивних інструментів, згідно з додатком 1 до цього Стандарту. У випадку наявності поєднаної ампутації нижньої кінцівки, тоді також застосовується підпункт 11.

Обґрунтування запропонованої пропозиції:

Наявність обов'язкових інструментів оцінювання повинно передбачати їх застосування, без вказування певної кількості. Вони повинні бути базовими та релевантними. При АВК можлива

	ситуація політравми з ампутацією нижньої кінцівки. 37. До підпункту 16 пункту 3 Розділу V. Протезування 16) підбір матеріалів для виготовлення протезу чи ортезу, а також протезні чи ортезні комплектувальні частини (протез коліна, протез стопи, тощо) підбирати протезистом-ортезистом у співпраці з пацієнтом, на основі призначення МДРК та відповідно до маркування виробника комплектувальних частин (наприклад, протезна стопа для рівня мобільності К3 тощо). <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 16) підбір матеріалів для виготовлення протезу чи ортезу, а також протезні чи ортезні комплектувальні частини (~~протез коліна~~ колінний вузол, протез стопи, тощо) підбирати протезистом-ортезистом у співпраці з пацієнтом, на основі призначення МДРК та відповідно до маркування виробника комплектувальних частин (наприклад, протезна стопа для рівня мобільності К3 тощо).	Пропозицію відхилено. Не несе зміни змісту речення, а перша редакція речення не суперечить правилам української мови.
--	--	--

	38. До <u>підпункту 19 пункту 3 Розділу V. Протезування</u> 19) забезпечити регулярний моніторинг функціонального використання протеза, включаючи: повторну оцінку за шкалами функціонування (індекс Бартел, що наведений у пункті 2 додатку 6 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852 та предиктору мобільності при ампутації АМР (без протеза і з протезом)); <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 19) забезпечити регулярний моніторинг функціонального використання протеза, включаючи: повторну оцінку за шкалами функціонування (індекс Бартел, що	Пропозицію прийнято частково. Підпункт 19 пункту 3 Розділу V. Протезування викласти в такій редакції: «19) забезпечити регулярний моніторинг функціонального використання протеза, включаючи: повторну оцінку за шкалами функціонування (індекс Бартел, що наведений у пункті 2 додатку 6 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852 та прогнозу мобільності при ампутації АМР (без протеза і з протезом));»
--	--	---

	наведений у пункті 2 додатку 6 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852 та ~~предиктору мобільності при ампутації АМР (без протеза і з протезом))~~ прогноз мобільності при ампутації.	
	39. До <u>Переліку індикаторів якості реабілітаційної допомоги</u> 5. Частка пацієнтів, які продовжили користуватись протезом через 3 місяці після завершення первинної програми протезування. Пропонується викласти в редакції: 5. Частка пацієнтів, які продовжили користуватись протезом через 3 місяці після завершення первинного програми протезування.	Пропозицію прийнято.

	40. До <u>Переліку</u> індикаторів <u>якості реабілітаційної допомоги</u> 6. Частка пацієнтів з ампутацією кінцівки, які покращили рівень незалежності у повсякденному функціонуванні за індексом Бартел не менш ніж на 10 балів між початком і завершенням реабілітаційного етапу. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 6. Частка пацієнтів з ампутацією кінцівки, які покращили рівень незалежності у повсякденному функціонуванні за індексом Бартел не менш ніж на ~~10~~ 35 балів між початком і завершенням реабілітаційного етапу. <u>Обґрунтування запропонованої пропозиції:</u> Згідно психометричних властивостей Індексу Бартел, щодо категорії пацієнтів із ампутацією кінцівок – наявна наукова-доказова база вказує на мінімальну різницю у 35 балів. Такий параметр як «Мінімальна клінічно важлива різниця (MCID)» зазначає найменшу кількість змін у результатах, які можуть вважатись	Пропозицію прийнято.
--	--	------------------------------------

	важливими для пацієнта. https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/barthel-index 41. До Додатка 1 Обов'язкові: Тест на рівень функціональної досяжності; Тест «Встань і йди» з засіканням часу; Предиктор мобільності при ампутації АМР (без протеза і з протезом) ; Тест «Чотири квадрати» FSST (https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/foursquare-step-test); Тест з використанням кубиків та ящика з засіканням часу. Додаткові: Стійка на одній нозі; L-Тест (застосовується, коли тест «Встань і йди» показав максимальний результат); Тест ходьби на 10 метрів з засіканням часу; Двохвилинний тест ходьби; Шестихвилинний тест ходьби; Шкала балансу Берга; Единбурзька візуальна оцінка ходи; Комплексний предиктор мобільності з високою активністю	Пропозицію прийнято частково. У Додатку 1 наведено перелік інструментів оцінювання функціонування (інструменти, які визначають об'єктивні показники результатів та показники результатів на основі відповідей пацієнта) пацієнтів при ампутації кінцівки, який є мінімальним для забезпечення надання якісної реабілітаційної допомоги. Пропонується перенести «Шестихвилинний тест ходьби» до переліку обов'язкових Інструментів, які визначають об'єктивні показники результатів оцінювання функціонування пацієнта,
--	---	--

	CHAMP (для спортивного протезування); Оцінка здатності до міоелектричного контролю; Тест з використанням дошки з кілками Perdue. Інструменти (тести), які визначають показники результатів на основі відповідей пацієнта Обов'язкові: Шкала впевненості у підтримуванні рівноваги під час певних активностей ABC; Оцінка комфортності кукусприймальної гільзи (SCS) за шкалою від 0 до 10; Опитувальник щодо обмеження функціонування, пов'язаної з плечем, рукою та кистю Quick DASH; Функціональний індекс верхньої кінцівки (UEFI). Додаткові: Анкета оцінки протезування PEG. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> Обов'язкові: ~~Тест на рівень функціональної досяжності;~~	
--	---	--

Тест «Встань і та йди» (TUG);
~~Предиктор мобільності при~~
~~ампутації АМР (без протеза і з~~
~~протезом) Прогноз мобільності~~
при ампутації
(AMPPRO/AMPnoPRO);
Тест «Чотири квадрати» (FSST)
(<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/four-square-step-test>);
~~Тест з використанням кубиків та~~
~~ящика з засіканням часу~~ Тест
«Коробка і кубики» (BBT);
6-хвилинний тест ходи (6MWT).
Додаткові:
Тест «Стійка на одній нозі» (SLS);
~~L-Тест (застосовується, коли тест~~
при максимальному результаті
тесту «Встань і йди» «TUG»
~~показав максимальний результат);~~
~~Тест ходьби на 10 метрів з~~
~~засіканням часу~~ **10-метровий тест**
(10MWT);
~~Двохвилинний тест ходьби~~ **2-**
хвилинний тест ходи (2MWT);
~~Шестихвилинний тест ходьби;~~
~~Шкала балансу Берга~~ **Шкала**
рівноваги Берга (BBS);
Единбурзька візуальна оцінка ходи
(EVGS);

~~Комплексний~~ ~~предиктор~~
~~мобільності з високою активністю~~
Комплексна багаторівнева
система прогнозування
мобільності (CHAMP) (для
~~спортивного протезування);~~
Оцінка здатності до
міоелектричного контролю
(ACMC);
~~Тест з використанням дошки з~~
~~кілками~~ **Пердью Пердью (Purdue**
Pegboard Test).
Інструменти (тести), які
визначають показники
результатів на основі відповідей
пацієнта
Обов'язкові:
Шкала впевненості у підтримуванні
рівноваги під час певних
активностей **(ABC);**
Оцінка комфортності
куксоприймальної гільзи (SCS) за
шкалою від 0 до 10;
~~Опитувальник щодо обмеження~~
~~функціонування, пов'язаної з~~
~~плечем, рукою та кистю~~ **Короткий**
опитувальник обмеження
функціонування руки, плеча та
кисті (Quick DASH);

~~Функціональний індекс верхньої кінцівки (UEFI).~~

Додаткові:

Анкета оцінки протезування (PEG).

Обґрунтування запропонованої пропозиції:

Забрати з переліку обов'язкових тестів, тест **«Тест на рівень функціональної досяжності»** - згідно психометричних властивостей він не дозволяє оцінити баланс для людей з категорії ампутації кінцівок. Також «досягання» є складовою в тесті AMP.

Перенести тест 6-ти хвилинний ходьби з «Додаткових» у «Обов'язкові». Це базовий тест на оцінку толерантності до фізичного навантаження, а також витривалості ходьби. Тест демонструє хорошу кореляцію для такої категорії осіб. (Resnik L, Borgia M. Reliability of outcome measures for people with lower-limb amputations: distinguishing true change from statistical error. Phys Ther 2011 04;91(4):555-565).

UEFI призначений для використання у осіб з дисфункцією

верхніх кінцівок, включаючи захворювання плеча, ліктя, зап'ястя та кисті. Цей інструмент валідний для пацієнтів із загальними захворюваннями опорно-рухового апарату, пацієнтів після операції з видалення раку молочної залози та пацієнтів із хронічною обструктивною хворобою легень. Пропоную забрати його та додати замість нього 1 або 2 тести, котрі пройшли нещодавню валідацію та є першими українськими інструменти з оцінки мобільності пацієнтів із ампутацією. Це або **Індекс Локомоторних Функцій (LCI-5)** та/або **Опитування користувачів протезів щодо мобільності (PLUS-M/FC-12)**. ([https://www.facebook.com/oleh.burii/posts/pfbid0bxNYkKXXCTBVJ1xj8jq1exQuDJpZCWuivWzymn3VyvPDV58CBCmo6wKuXwe4DJDnl?__cf_t__\[0\]=AZXQLLux75gf1WZCc8349Sy3wBewTv4ZosiCvOWFykF7sbH1JXCStK0NcCSs-38aBBKrzly3XD24dpPc85rL8LIImPY4TiFciTfb7fBvBPtlbSZ181HIAMwDe2PyjMnhdY&__tn_](https://www.facebook.com/oleh.burii/posts/pfbid0bxNYkKXXCTBVJ1xj8jq1exQuDJpZCWuivWzymn3VyvPDV58CBCmo6wKuXwe4DJDnl?__cf_t__[0]=AZXQLLux75gf1WZCc8349Sy3wBewTv4ZosiCvOWFykF7sbH1JXCStK0NcCSs-38aBBKrzly3XD24dpPc85rL8LIImPY4TiFciTfb7fBvBPtlbSZ181HIAMwDe2PyjMnhdY&__tn_)

	_=%2CO%2CP-R). Надати також англomовні версії інструментів, оскільки не усі наявні у Наказі МОЗ №1946 від 20 листопада 2024 року, що ускладнює їх пошук. Зокрема узгодити деякі тести з назвами відповідно до цього Закону та Пропозиції 1.	
	42. До Додатка 3 SIGAM D або вище. Пацієнт здатний пройти більше 50 ярдів (45,72 метра) по рівній місцевості. Пацієнт повинен продемонструвати: відповідальне ставлення до протезної реабілітації через активну участь у роботі терапевтичної команди; достатню силу та рівновагу для активації колінного блока; потребу в МПК як основному повсякденному протезі; когнітивне мислення для освоєння управління, експлуатації та догляду за пристроєм; достатню витривалість серцево-судинної системи, щоб відповідати фізичним вимогам амбулаторних пацієнтів поза приміщенням з вільним колінним вузлом. При наявності клінічної картини нестабільної ходи, що	Пропозицію відхилено. «У розділі «Перелік джерел та нормативно-правових актів використаних при розробці стандарту реабілітаційної допомоги» відсутній запозичений протокол з Великобританії» тому, що в ньому зазначений Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки», 2025 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/, на основі якого створений даний СРД. Дана клінічна настанова є результатом синтезу та адаптації для системи охорони здоров'я України клінічних настанов: Rehabilitation after traumatic injury NICE guideline [NG211] Published: 18.01.2022. (https://www.nice.org.uk/guidance/ng211/chapter/Recommendations#rehabilitation-after-limb-reconstruction-limb-loss-or-amputation), VA/DoD Clinical practice guideline for the

	підтверджується частими падіннями, спотиканнями або промахами в анамнезі (наприклад, через ураження протилежної кінцівки або ампутацію) необхідно провести дослідження, щоб довести відсутність факторів для зниження ризику падінь. Випробування Після того, як прийнято рішення про те, що пацієнт підходить для призначення МПК, організовується випробувальний період із МПК разом із виробником. Повинні бути чітко виявлені значущі функціональні зміни. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> SIGAM D або вище. Пацієнт здатний пройти більше 50 ярдів (45,72 метра) по рівній місцевості. Пацієнт повинен продемонструвати: відповідальне ставлення до протезної реабілітації через активну участь у роботі терапевтичної команди; достатню силу та рівновагу для активації колінного блока; потребу в МПК як основному повсякденному протезі;	management of upper limb amputation rehabilitation Version 3.0 – 2024 Based on evidence reviewed through March 2024 (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACPG_Final_508.pdf), Clinical guidelines for the pre and post operative physiotherapy management of adults with lower limb amputations (2016) https://www.bacpar.org/Data/Resource_Downloads/PreandPostOpGuidelines-Recommendations.pdf, VA/DoD Clinical practice guideline for rehabilitation of individuals with lower limb amputation. Version 3.0 – 2024. Based on evidence reviewed through March 2024 https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/amp/LLA-CPG_2024-Guideline_final_20250110.pdf, що були обрані мультидисциплінарною робочою групою як приклади найкращої практики надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з ампутаціями та ґрунтується на доступних до цього часу даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки реабілітаційних оцінювань та втручань, протезування та організаційних принципів її надання.
--	--	--

когнітивне мислення для освоєння управління, експлуатації та догляду за **пристроєм**; **достатню витривалість** серцево-судинної системи, щоб відповідати фізичним вимогам **амбулаторних пацієнтів** поза приміщенням з **вільним колінним вузлом**. При наявності клінічної картини нестабільної ходи, що підтверджується частими падіннями, спотиканнями або **промахами** в анамнезі (наприклад, через ураження протилежної кінцівки або ампутацію) необхідно провести **дослідження**, щоб довести відсутність факторів для зниження ризику падінь.

Випробування
Після того, як прийнято рішення про те, що пацієнт підходить для призначення МПК, організовується випробувальний період із МПК **разом із виробником**.

Повинні бути чітко виявлені **значущі функціональні зміни**.

Обґрунтування запропонованої пропозиції:
При аналізі Додатку 3, можна зауважити низку критичних тверджень, що демонструють

відсутність адаптації запозиченого протоколу до діючих норм та правил українського законодавства. Зокрема, пропонується пункт **«Випробування»** та ще й разом з **«виробником»**. Також цей запозичений протокол з Великобританії чомусь відсутній у розділі **«Перелік джерел та нормативно-правових актів використаних при розробці стандарту реабілітаційної допомоги»**, хоча фактично є повністю скопійованим та сліпо перекладаним.

https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0309364614525801?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Також у Стандарті запропонований інструмент **«SIGAM»**. Інструмент не є перекладаним, а також не представлений його алгоритм застосування у цьому Стандарті, окремими додатками. Цей інструмент вимагає певного попереднього навчання, для успішного його використання. Пропоную видалити цей Додаток 3

	та відповідний пункт у Стандарті, оскільки наразі його реалізація є не виправданою.	
Олексій ЯРЕМЕНКО, керівник Проєкту міжнародної технічної допомоги «Реабілітація в Україні (Rehab4U)», Організація Моментум Вілз фор Хьюменіті (Momentum Wheels for Humanity)	1. До <u>Переліку скорочень</u> ~~ДЗРХ – допоміжні засоби для ранньої ходьби~~ ADL - повсякденні активності (activity daily living) DASH - опитувальник щодо обмеження функціонування, пов'язаної з плечем, рукою та кистю (disabilities of the arm, shoulder, and hand questionnaire) IADL - інструментальні повсякденні активності (instrumental activity daily living) Quick DASH - короткий опитувальник щодо обмеження функціонування, пов'язаної з плечем, рукою та кистю <u>Пропонується викласти в редакції:</u> ~~ДЗРХ – допоміжні засоби для ранньої ходьби~~ 	Пропозицію прийнято частково. Видалити скорочення ДЗРХ, всі інші скорочення викласти в редакції пропозиції №1 від Олега КАРПОВА

ADL - активність повсякденного життя (activities of daily living)

.....

DASH - опитувальник обмеження функціонування руки, плеча та кисті

.....

IADL - інструментальна активність повсякденного життя

.....

Quick DASH - опитувальник обмеження функціонування руки, плеча та кисті

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропонується видалити скорочення та тлумачення «ДЗРХ – допоміжні засоби для ранньої ходьби», оскільки Законом України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я" визначено термін "допоміжні засоби реабілітації", який охоплює будь-які зовнішні вироби (включаючи пристрої, обладнання, прилади чи програмне забезпечення).

Слід відзначити, що в нормативних документах та професійній літературі для фахівців з реабілітації не зустрічається

формулювання "допоміжні засоби для ранньої ходьби", оскільки ці засоби відносяться до функціонального домену "мобільність", який об'єднує різні типи та види допоміжних засобів реабілітації, які призначені для удосконалення та покращення особистої мобільності.

У місцях, де використовувалося скорочення "ДЗРХ" чи відповідний термін пропонується замінити його на "ДЗР".

Пропонується змінити тлумачення скорочення "ADL", оскільки "*Activities of Daily Living*" в перекладі означає "*активність повсякденного життя*", що відповідає Короткому термінологічному словнику ерготерапії Українського товариства ерготерапевтів (сторінка 4, https://ergo-ukraine.com.ua/storage/files/Словник%20ерготерапії_Мангушева_2021.pdf) та Стандарту вищої освіти за спеціальністю І7 (227) Терапія та реабілітація.

Крім того, пропонується змінити тлумачення термінів "DASH" та

“Quick DASH”, оскільки в перекладі “DASH” (the disabilities of the arm, shoulder, and hand) означає *“опитувальник обмеження функціонування руки, плеча та кисті”*, що відповідає у Наказі МОЗ України від 20 листопада 2024 року № 1946 «Перелік рекомендованих інструментів оцінювання функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я особи» (сторінка 21, https://moz.gov.ua/storage/uploads/5f45ee2e-55c6-4de6-9b8d-c7f17147e4e3/dn_1946_20112024_dod.pdf)

Також пропонується змінити тлумачення терміну “LADL” (instrumental activities of daily living), оскільки “LADL” в перекладі означає *“активність повсякденного життя”*, що відповідає Короткому термінологічному словнику ерготерапії Українського товариства ерготерапевтів (сторінка 4, [https://ergo-ukraine.com.ua/storage/files/Словник %20ерготерапії Мангушева 2021.pdf](https://ergo-ukraine.com.ua/storage/files/Словник%20ерготерапії%20Мангушева%202021.pdf)) та Стандарту вищої освіти за

	спеціальністю І7 (227) Терапія та реабілітація 2. До <u>Загальної частини</u> Пацієнти з ампутаціями мають довічну потребу в реабілітації різного обсягу та складності. Жодне специфічне лікування не може відновити втрачену кінцівку, проте низка реабілітаційних втручань може покращити рівні активності, участі та якості життя. Своєчасне та повне надання пацієнту реабілітаційної допомоги, заснованої на доказах, при ампутації кінцівки (кінцівок) на всіх етапах надання такої допомоги фахівцями з реабілітації, сприятиме створенню передумов для швидкого та ефективного проведення протезування, сприяння зміцненню організму, покращенню фізичного стану та успішній соціальній реінтеграції. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> Пацієнти з ампутаціями мають потребу у тривалій реабілітації різного обсягу та складності. Жодне специфічне лікування не може відновити втрачену кінцівку, проте	Пропозицію прийнято.
--	---	------------------------------------

низка реабілітаційних втручань може покращити рівні активності, участі та якості життя. Своєчасне та повне надання пацієнту реабілітаційної допомоги, заснованої на доказах, при ампутації кінцівки (кінцівок) на всіх етапах надання такої допомоги фахівцями з реабілітації, сприятиме створенню передумов для **своєчасного** та ефективного проведення протезування, **покращенню функціонального стану організму**, оптимізації фізичного стану та успішній соціальній реінтеграції.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» поняття «довічна реабілітація» відсутнє, натомість реабілітація визначається як процес, що здійснюється поетапно і може надаватися повторно відповідно до потреб пацієнта, включаючи довготривалий реабілітаційний період.

Крім того, пропонується замість словосполучення «сприяння

	зміцненню організму» використовувати формулювання «покращенню функціонального стану організму», оскільки у документах застосовуються терміни «функціональна реабілітація», «підтримка функціонального стану», «оптимізація фізичного стану пацієнта», а також визначено принцип надання реабілітаційних втручань своєчасно відповідно до клінічного стану та етапу реабілітації. Це узгоджується з клінічними маршрутами реабілітації пацієнтів після ампутацій, затвердженими наказами Міністерства охорони здоров'я України у 2023–2024 рр. у межах реалізації Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».	
	3. До <u>Загальної частини</u> ...Під час розробки індивідуального плану реабілітації необхідно враховувати наявність супутньої соматичної патології, <i>когнітивної недостатності, психологічні труднощі пацієнта.</i> <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію прийнято.

	...Під час розробки індивідуального плану реабілітації необхідно враховувати наявність супутньої соматичної патології, порушень когнітивних, психічних та емоційних функцій. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропонується змінити словосполучення «когнітивної недостатності, психологічні труднощі пацієнта на «порушень когнітивних, психічних та емоційних функцій», оскільки відповідно до МКФ (Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я), впровадженої в Україні на підставі Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», розділ b1 “Mental functions” (українське видання «МКФ для дорослих», УАПТ, Київ, 2020) включає когнітивні, емоційні та психічні функції, порушення яких класифікуються як mental functions impairment.	Пропозицію прийнято. Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду надається у
	4. До <u>пункту 1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги</u>	

	<u>Розділу І. Організація надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки</u> ...Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду надається у відділеннях хірургічного профілю закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ). <u>Пропонується викласти в редакції:</u> ...Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду надається у нереабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), зокрема у відділеннях хірургічного профілю, але не обмежуючись ними. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропозицію сформовано з метою узгодження термінології, яка використовується у Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, який є частиною Постанови КМУ № 1268 від 3 листопада 2021 року, та інших нормативно-правових документів, оскільки надання реабілітаційної допомоги у	нереабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), зокрема у відділеннях хірургічного профілю, але не обмежуючись ними.
--	--	---

	гострому реабілітаційному періоді передбачається в палатах гострої реабілітації, які є структурною одиницею нереабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я.	
	5. До <u>пункту 2. Обґрунтування положень стандарту Розділу I. Організація надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки</u> Фахівцям з реабілітації слід використовувати орієнтований на пацієнта, цілісний підхід <i>до догляду на основі потреб, характеристик та уподобань пацієнта</i>. Цей підхід спрямований на оптимізацію загального стану здоров'я та самопочуття пацієнта. Незалежно від умов <i>догляду</i>, всі пацієнти повинні мати доступ до індивідуальної допомоги, що базується на доказах. <i>Догляд</i>, орієнтований на пацієнта, може зменшити тривожність пацієнтів, підвищити довіру до працівників сфери охорони здоров'я та покращити дотримання режиму. <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію прийнято

	Фахівцям з реабілітації слід використовувати орієнтований на пацієнта, цілісний підхід до надання реабілітаційної допомоги, який базується на індивідуальних потребах, характеристиках та уподобаннях пацієнта. Цей підхід спрямований на оптимізацію загального стану здоров'я та самопочуття пацієнта. Незалежно від умов надання послуг, всі пацієнти повинні мати доступ до індивідуальної допомоги, що базується на доказах. Реабілітаційна допомога орієнтована на пацієнта, може зменшити тривожність пацієнтів, підвищити довіру до працівників сфери охорони здоров'я та покращити дотримання режиму. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропонується використовувати термін «реабілітаційна допомога» замість «догляд» з метою забезпечення уніфікації термінології у сфері охорони здоров'я та узгодження з міжнародною практикою.	
--	--	--

	Крім того, згідно з Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» «реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я — діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі». Це визначення конкретизує зміст діяльності фахівців з реабілітації та відмежовує її від поняття «догляд», яке стосується переважно медсестринських або паліативних послуг.	
	6. До підпункту 1 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги <u>Розділу І. Організація надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки</u> 1) надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду здійснювати в мобільному режимі фахівцями з реабілітації, які входять до складу МДРК стаціонарного	Пропозицію прийнято.

відділення післягострої та довготривалої реабілітації ЗОЗ, який надає медичну допомогу.

Пропонується викласти в редакції:

1) надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду здійснювати в мобільному режимі фахівцями з реабілітації, які входять до складу МДРК стаціонарного відділення післягострої та довготривалої реабілітації ЗОЗ, який надає медичну допомогу; **реабілітаційна допомога в мобільному режимі передбачає надання послуг за місцем перебування пацієнта у нереабілітаційних відділеннях або у палатах гострої реабілітації.**

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропонується доповнення на основі визначень термінів «мобільний режим надання реабілітаційної допомоги» та «палата гострої реабілітації» відповідно до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я,

	затвердженого постановою КМУ № 1268 від 3 листопада 2021. Так, мобільний режим надання реабілітаційної допомоги – це модель роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди або окремих фахівців з реабілітації стаціонарних або амбулаторних відділень післягострої та довготривалої реабілітації, що полягає у наданні реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду <i>за місцем перебування пацієнта в нереабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я або в інших закладах охорони здоров'я, у закладах освіти у сфері охорони здоров'я, у спеціальних закладах загальної середньої освіти, в структурі яких немає жодних реабілітаційних відділень, підрозділів.</i> Натомість, палата гострої реабілітації у закладах охорони здоров'я - структурна одиниця нереабілітаційного відділення, підрозділу для надання <i>реабілітаційної допомоги протягом</i>	
--	--	--

	<i>гострого реабілітаційного періоду мультидисциплінарними реабілітаційними командами або окремими фахівцями з реабілітації особам, які потребують реабілітації, та перебувають на спеціально облаштованих ліжках у складі такого відділення або підрозділу закладу охорони здоров'я, яке надає спеціалізовану медичну допомогу одночасно із продовженням надання цим особам медичної допомоги.</i>	
	7. До <u>підпункту 12 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу І. Організація надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки</u> 12) надавати пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, інформацію щодо переваг і недоліків різних варіантів реабілітаційних втручань, можливих незручностей (больових відчуттів, обмеження рухів тощо) під час їх проведення, потреби в допоміжних засобах реабілітації (далі – ДЗР), способів модифікації	Пропозицію прийнято.

житла з урахуванням потреб особи.

Пропонується викласти в редакції:

12) надавати пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, інформацію щодо переваг і недоліків різних варіантів реабілітаційних втручань, можливих незручностей (больових відчуттів, обмеження рухів тощо) під час їх проведення, потреби в допоміжних засобах реабілітації (далі – ДЗР), способів модифікації **житлового середовища** з урахуванням потреб особи.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Замість слова «житло» рекомендується використовувати формулювання «житлове середовище», з огляду на сучасні підходи в ерготерапії, які акцентують увагу на взаємодії людини з її оточенням. Зокрема, модифікація житлового середовища є ключовим аспектом у забезпеченні участі особи в повсякденному житті (Бочаров А.В., Доцюк Л.Г., Назимок

	Є.В., Войцеховська О.Р. «Основи ерготерапії: синергетичні виміри». Чернівці: Чернівецький національний університет, 2024, с. 45–52).	
	8. До <u>підпункту 14 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу I. Організація надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки</u> 14) надавати пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, інформацію з наступних актуальних для них тем, що відповідає індивідуальним потребам: контроль больових відчуттів; безпека пацієнтів; профілактика ускладнень; процедурні питання та питання відновлення; рівень ампутації; варіанти протезування; післяопераційна перев'язка; послідовність надання допомоги при ампутації; необхідне обладнання; роль членів команди догляду; керівництво з психосоціального прогнозування; очікувані функціональні результати; позиціонування; процес реабілітації; догляд за куксою;	Пропозицію відхилено. Прийнято в редакції пропозиції №4 від Олега КАРПОВА

управління набряком; **компресійне обгортання**; догляд за ранами; час для початку протезування; профілактика контрактур.

Пропонується викласти в редакції:

14) надавати пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, інформацію з наступних актуальних для них тем, що відповідає індивідуальним потребам: контроль больових відчуттів; безпека пацієнтів; профілактика ускладнень; процедурні питання та питання відновлення; рівень ампутації; варіанти протезування; післяопераційна перев'язка; послідовність надання допомоги при ампутації; необхідне обладнання; **роль членів команди, які надають реабілітаційну допомогу**; керівництво з психосоціального прогнозування; очікувані функціональні результати; позиціонування; процес реабілітації; догляд за куксою; управління набряком; **компресійна терапія**; догляд за ранами; час для

початку протезування;
профілактика контрактур.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиція замінити формулювання «*роль членів команди догляду*» на «роль членів команди, які надають реабілітаційну допомогу» з метою уніфікації термінології відповідно до положень Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

Крім того, словосполучення «команда догляду» не відображає обсягу професійних компетенцій цих фахівців і може створювати плутанину з медсестринським або паліативним доглядом.

Також вбачається за доцільне замінити формулювання «компресійне обгортання» на «компресійна терапія», оскільки остатнє формулювання є типовішим та зрозумілішим для фахівців з реабілітації, які використовують даний засіб у своїй практичній діяльності. Крім цього формулювання «компресійна терапія» використовується у

	Маршруті пацієнта з ампутацією (ЕТАП 3: ДОПРОТЕЗНА РЕАБІЛІТАЦІЯ), який є опублікований на веб-сайті МОЗ: https://moz.gov.ua/uk/marshrut-paciyenta-z-amputaciyeyu https://moz.gov.ua/uk/reabilitaciya-paciyentiv-pislya-amputaciyi	
	9. До пункту 1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду Загальними завданнями реабілітаційної допомоги під час гострого реабілітаційного періоду є: надання реабілітаційної допомоги низького або середнього обсягу; навчання медичного персоналу позиціонуванню пацієнта для профілактики ускладнень від знерухомлення (пролежнів, пневмоній, тромбозів тощо), підтримка повного об'єму рухів в суглобах, профілактика контрактур, підвищення витривалості пацієнта, можлива реалізація протоколу вертикалізації, навчання сидінню та переміщенням (у разі ампутацій нижніх кінцівок (далі – АНК)),	Пропозицію прийнято:

підбір, налаштування, навчання використанню та надання ДЗР з метою первинної вертикалізації (у разі АНК), початок формування кукси.

Пропонується викласти в редакції:

Загальними завданнями реабілітаційної допомоги під час гострого реабілітаційного періоду є: надання реабілітаційної допомоги низького або середнього обсягу з метою підтримання чи відновлення найвищого можливого рівня функціонування особи, активності та участі; навчання пацієнта технік позиціонування для профілактики ускладнень, пов'язаних із тривалою іммобілізацією (обмеженням рухливості), таких як пролежні, пневмонії, тромбози тощо; підтримка наявного обсягу (амплітуди) рухів в суглобах, профілактика контрактур; поступове підвищення толерантності до навантажень і витривалості пацієнта; реалізація протоколу вертикалізації;

навчання переходу у положення сидючи, тренування рівноваги та навичок переміщень (у разі ампутацій нижніх кінцівок (далі – АНК)); підбір, налаштування, навчання використанню та надання ДЗР з метою первинної вертикалізації (у разі АНК), початок формування кукси та її підготовка до подальшого протезування.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Необхідність запропонованих змін зумовлена тим, що чинна редакція пункту містить окремі формулювання, які не відображають сучасних підходів до надання реабілітаційної допомоги. Зокрема, формулювання «навчання медичного персоналу позиціонуванню пацієнта» не відповідає принципу активної участі пацієнта у власному відновленні. Відповідно до міжнародної практики, саме пацієнт має бути навчений технік позиціонування, а медичний персонал — володіти цими навичками за замовчуванням.

	Задля ефективного використання ресурсів, пацієнт має бути навчений цьому на ранніх етапах реабілітації та здійснювати самостійний менеджмент під контролем фахівців з реабілітації. Крім того, запропоновані зміни спрямовані на уніфікацію і актуалізацію термінології до сучасних міжнародних підходів у сфері реабілітації. Редакційні уточнення дозволяють усунути неузгодженості у формулюваннях, забезпечити логічну послідовність положень та відповідність стандарту вимогам доказової, пацієнт-орієнтованої та мультидисциплінарної реабілітаційної практики.	
	10. До <u>пункту 1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> ... Якщо ампутація відбувається екстрено, наприклад, через травму, то реабілітаційне обстеження пацієнта має здійснюватись відразу після проведення ампутації кінцівки (кінцівок).	Пропозицію відхилено. Прийнято в редакції пропозиції №5 від Олега КАРПОВА

	<u>Пропонується викласти в редакції:</u> ... Якщо ампутація відбувається екстрено, наприклад, через травму, то реабілітаційне обстеження пацієнта за можливості має здійснюватись відразу після проведення ампутації кінцівки (кінцівок). <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропозиція містить доповнення «за можливості», оскільки не завжди після проведення екстреної ампутації є можливість провести реабілітаційне обстеження. Згідно уточнення, за можливості, даного формулювання реабілітаційне обстеження рекомендується провести відразу після проведення ампутації кінцівки.	
	11. До <u>пункту 1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> Обсяг реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду є низьким. За потреби об'єм реабілітаційної допомоги в межах	Пропозицію відхилено. Таке формулювання не передбачено у чинному законодавстві.

низького обсягу може бути збільшений (максимум до однієї години на день).

Пропонується викласти в редакції:

Обсяг реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду є низьким і, за потреби, може бути збільшений до середнього (максимум до двох годин на день).

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Формулювання суперечить першому абзацу розділу 1 «Положення стандарту реабілітаційної допомоги», у якому зазначено, що під час гострого реабілітаційного періоду здійснюється «надання реабілітаційної допомоги низького або середнього обсягу». Таким чином, чинна редакція пункту звужує зміст попереднього положення, обмежуючи можливість призначення середнього обсягу реабілітаційної допомоги, що суперечить загальній логіці розділу. Відповідно, редакція пункту уточнена з метою усунення

	внутрішньої суперечності з першим абзацом розділу, який допускає надання реабілітаційної допомоги низького або середнього обсягу у гострому періоді. Оновлене формулювання зберігає верхню межу часу (до 2 годин на добу), водночас забезпечуючи індивідуалізацію обсягу реабілітаційних втручань відповідно до клінічної доцільності, стану пацієнта та толерантності до навантаження.	
	12. До <u>пункту 2. Обґрунтування положень стандарту Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> ... Повні міждисциплінарні оцінки медичного, функціонального та психологічного стану пацієнта слід проводити якомога швидше, щоб встановити базовий рівень функціональності і підготувати пацієнта до подальшого плану реабілітації та, зрештою, до пожиттєвого догляду. <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію прийнято.

...Повні міждисциплінарні оцінки медичного, функціонального та психологічного стану пацієнта слід проводити якомога швидше, щоб встановити **наявний** рівень функціональності і підготувати пацієнта до подальшого плану реабілітації та, зрештою, до **тривалої реабілітаційної допомоги**.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиція щодо заміни слова «базовий» на «наявний», зумовлена тим, що слово «наявний» більш коректно використовується зі словосполученням «рівень функціональності», який визначає функціональний стан особи в конкретний час. Формулювання «наявний рівень функціональності» є доречнішим та точнішим у даному контексті.

Крім того, пацієнти з ампутаціями мають потребу не у «пожиттєвій», а у тривалій та поетапній реабілітації, що узгоджується з положеннями Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», у якому реабілітація визначається як процес,

	що здійснюється поетапно і може надаватися повторно відповідно до потреб пацієнта, включаючи довготривалий реабілітаційний період. Крім того, пропозиція використовувати термін «реабілітаційна допомога» замість «догляд» зумовлена необхідністю уніфікації термінології у сфері охорони здоров'я та узгодження з міжнародною практикою.	
	13. До <u>пункту 2. Обґрунтування положень стандарту Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> ~~...Кінець гострого періоду настає, коли рани кукки закриті та вільні від інфекції, шви зняті, самообслуговування з використанням стратегій використання збереженої кінцівки (кінцівок) та адаптивного або постійного медичного обладнання прогресує, пацієнт отримав медичний висновок про відсутність протипоказань та готовність до наступного етапу реабілітації.~~ <u>Пропонується виключити.</u>	Пропозицію прийнято.

	<u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропозиція виключення останнього абзацу зумовлена тим, що в останньому абзаці Розділу II, пункту 1 зазначено, що критерії завершення етапу надання реабілітаційної допомоги та направлення для надання реабілітаційної допомоги на наступний етап наведені в додатку 4 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083. Частина пункту, який пропонується до видалення суперечить критеріям, згаданим у зазначеній вище постанові	
	14. До <u>підпункту 3 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 3) провести навчання медичного персоналу щодо позиціонування пацієнта для профілактики ускладнень від знерухомлення	Пропозицію відхилено. У цьому пункті мова йде саме про необхідність забезпечення та контролю за навчанням медичного персоналу, а у підпункті 16 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду, передбачено навчання пацієнта.

(пролежнів, пневмоній, тромбозів тощо).

Пропонується викласти в редакції:

3) провести навчання пацієнта технік позиціонування для профілактики ускладнень, пов'язаних із тривалою іммобілізацією (пролежнів, пневмоній, тромбозів тощо).

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиція зумовлена тим, що формулювання «навчання медичного персоналу щодо позиціонуванню пацієнта» не відповідає принципу активної участі пацієнта у власному відновленні. Відповідно до міжнародної практики, саме пацієнт має бути навчений технік позиціонування, а медичний персонал — володіти цими навичками за замовчуванням. Задля ефективного використання ресурсів, пацієнт має бути навчений цьому на ранніх етапах реабілітації та здійснювати самостійний менеджмент під контролем фахівців з реабілітації.

	15. До <u>підпункту 6 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> б) провести оцінку функціонування – велика моторика та рухові навички: оцінити дефіцит сили ВК і НК та провести відповідне втручання, <i>програму зміцнення</i> основних м'язових груп рук і ніг згідно з додатком 1 до цього Стандарту. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> б) провести оцінку функціонування – велика моторика та рухові навички: оцінити дефіцит сили ВК і НК та провести відповідне втручання, спрямовані на збільшення сили основних м'язових груп рук і ніг згідно з додатком 1 до цього Стандарту; <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> У відношенні фізичної якості «сила» коректно вживати термін збільшення сили. Теорія і методика фізичного виховання: Том 1. Загальні основи теорії і методики	Пропозицію відхилено. Прийнято в редакції пропозиції №8 від Олега КАРПОВА
--	---	--

	фізичного виховання / Т.Ю. Круцевич. – К., 2018. – 392 с. 16. До <u>підпункту 8 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 8) включити в програму терапії фізичного терапевта: пасивні вправи для діапазону рухів кукси та контралатеральної кінцівки у всіх доступних площинах, вправи для зміцнення основних м'язових груп рук і ніг, вправи для стабілізації тулуба і тіла, вправи для стабілізації тіла (нахили таза, мости), вправи для корекції (за наявності) контрактур. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 8) включити в програму терапії фізичного терапевта: пасивні вправи для підтримки або збільшення діапазону рухів кукси та контралатеральної кінцівки у всіх доступних площинах, вправи для збільшення сили основних м'язових груп рук і ніг, вправи для стабілізації тулуба і тіла, вправи для стабілізації тіла (нахили таза,	Пропозицію прийнято.
--	--	------------------------------------

	мости), вправи для корекції (за наявності) контрактур; <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропонується додати формулювання «для підтримки або збільшення» для більш детальнішого розуміння та узгодження з професійною термінологією. Крім того, у відношенні фізичної якості «сила» коректно вживати термін збільшення сили. Теорія і методика фізичного виховання: Том 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання / Т.Ю. Круцевич. – К., 2018. – 392 с.	
	17. До <u>підпункту 9 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 9) розробити та надати пацієнту програму домашніх вправ, спрямовану на покращення амплітуди рухів, стабілізації тіла, баланс, серцево-судинну витривалість; пацієнту пояснити потребу в енергетичних витратах під час користування протезом.	Пропозицію відхилено. Прийнято в редакції пропозиції №10 від Олега КАРПОВА

	<u>Пропонується викласти в редакції:</u> 9) розробити та надати пацієнту програму домашніх вправ, спрямовану на збільшення амплітуди рухів, стабілізації тіла, баланс, серцево-судинну витривалість; пацієнту пояснити потребу в енергетичних витратах під час користування протезом. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> У відношенні фізичної якості «гнучкість» коректно вживати термін збільшення амплітуди рухів. Теорія і методика фізичного виховання: Том 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання / Т.Ю. Круцевич. – К., 2018. – 392	
	18. До <u>підпункту 10 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 10) провести оцінку рівня активності та незалежності у повсякденних і інструментальних активностях для навчання пацієнта самостійному виконанню базових	Пропозицію прийнято.

побутових дій; надати рекомендації щодо зміни домінантної руки (у разі ампутації верхньої кінцівки (далі – АВК)) згідно з додатком 1 до цього Стандарту.

Пропонується викласти в редакції:

10) провести оцінку виконання пацієнтом заняттєвої активності; навчити застосуванню адаптивних стратегій виконання активностей повсякденного життя таких як, одягання, миття тіла, особиста гігієна, вживання їжі, тощо згідно з додатком 1 до цього Стандарту.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Підпункт 10 пропонується змінити, адже формулювання базується на загальноприйнятих в українському професійному середовищі термінів – «заняттєва активність», «активності повсякденного життя» (Короткий термінологічний словник ерготерапії Українського товариства ерготерапевтів, https://ergo-ukraine.com.ua/storage/files/Словник%20ерготерапії_Мангушева_2021.pdf).

	Зміна домінантної руки є однією із адаптивних стратегій виконання активностей повсякденного життя.	
	19. До <u>підпункту 11 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 11) провести оцінку умов <i>помешкання</i>, у якому проживатиме пацієнт після виписки із ЗОЗ щодо доступності і безпеки для пацієнта та надати інформацію щодо можливих його модифікацій, пандусів. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 11) провести оцінку умов житлового середовища, у якому проживатиме пацієнт після виписки із ЗОЗ щодо доступності і безпеки для пацієнта та надати інформацію щодо можливих його модифікацій, пандусів. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропозиції змін до підпункту 11 надаються з огляду на сучасні підходи в ерготерапії, які акцентують увагу на взаємодії	Пропозицію прийнято.

	людини з її оточенням. Зокрема, модифікація житлового середовища є ключовим аспектом у забезпеченні участі особи в повсякденному житті (Бочаров А.В., Доцюк Л.Г., Назимок Є.В., Войцеховська О.Р. «Основи ерготерапії: синергетичні виміри». Чернівці: Чернівецький національний університет, 2024, с. 45–52).	
	20. До підпунктів 12, 13 пункту 3. <u>Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 12) надавати інформацію про доступні ДЗР та адаптивне обладнання; здійснити підбір, налаштування, навчання використанню та надання ДЗР/допоміжних засобів для ранньої ходьби (далі – ДЗРХ) з метою первинної вертикалізації (у разі АНК); 13) провести підбір, надання, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним (для пацієнтів з АНК). <u>Пропонується викласти в редакції:</u>	Пропозицію відхилено. Прийнято в редакції пропозиції №12 від Олега КАРПОВА

12) інформувати пацієнта про доступні ДЗР, які можуть використовуватися для збільшення мобільності, самостійності, здатності особи для самообслуговування, первинної вертикалізації тощо, та шляхи їхнього отримання;

13) провести забезпечення пацієнта ДЗР (милицями, ходунками, кріслами колісними та іншими ДЗР), яке включає підбір, налаштування та навчання користуванню відповідними ДЗР з врахуванням потреб та можливостей особи;

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиції до підпунктів 12 та 13 зумовлені необхідністю інформуванні пацієнта про ДЗР, які використовуються під час даного етапу надання реабілітаційної допомоги, та шляхів їх отримання, а сам процес забезпечення ДЗР подати у наступному пункті даного розділу Стандарту. Пропозиція змін даного пункту полягає в забезпеченні пацієнта відповідними ДЗР, яке включає підбір,

	налаштування та навчання користуванню ДЗР, а не лише окремим засобом - кріслом колісним, як було оригінально подано. Крісло колісне є одним із багатьох типів ДЗР, тому немає потреби виділяти цей тип ДЗР від інших.	
	21. До <u>підпункту 15 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 15) провести повну психологічну та когнітивну оцінку пацієнта, виявити психосоціальні симптоми та проблеми (коротка шкала дослідження психічного статусу MMSE, шкала Ранчо Люс Амігос, наведені у додатку 6 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрованим в Міністерстві	Пропозицію прийнято.

юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852).

Пропонується викласти в редакції:

15) провести повну психологічну та когнітивну оцінку пацієнта, виявити психосоціальні симптоми та проблеми.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиції до підпункту 15 пояснюються тим, що шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) та коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE) призначені для оцінювання когнітивних порушень у пацієнтів із черепно-мозковою травмою або деменцією, проте не відображають особливостей функціонування осіб після ампутації. Їх включення до переліку інструментів може створювати хибне уявлення про обов'язковість застосування у цій категорії пацієнтів, хоча фактично вони є релевантними лише у випадках поєднаної ампутації та черепно-мозкової травми.

	22. До <u>підпункту 20 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу II. Надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду</u> 20) провести професійне оцінювання: з'ясувати професійні інтереси, сформувати реалістичний план повернення до праці або перекваліфікації. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 20) з'ясувати заняттєві ролі пацієнта, зокрема професійні, та сформувати ймовірний прогноз щодо можливості повернення до виконання цих ролей або необхідності модифікації робочого середовища чи зміни професійної ролі. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропозиція обумовлена необхідністю приведення у відповідність до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP	Пропозицію прийнято.
--	--	------------------------------------

	<u>G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt.com</u>) з урахуванням національного контексту.	
	23. До <u>підпункту 5 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 5) фізичному терапевту скласти програму терапії, спрямовану на максимальне збільшення амплітуди рухів у проксимальних суглобах ампутованої кінцівки для встановлення та подальшого використання протеза, поступовий перехід до активної амплітуди рухів кукси і контралатеральної кінцівки, продовження профілактики контрактур за допомогою <i>програми розтяжок</i>; направлену на програму вправ для зміцнення ампутованої кінцівки та вправ для стабілізації тулуба і тіла, покращення балансу; здійснити оцінку функціонального рівня ампутованої кінцівки. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 5) фізичному терапевту скласти програму терапії, спрямовану на	Пропозицію відхилено. Прийнято в редакції пропозиції №16 від Олега КАРПОВА.

	максимальне збільшення амплітуди рухів у проксимальних суглобах ампутованої кінцівки для встановлення та подальшого використання протеза, поступовий перехід до активної амплітуди рухів кукси і контралатеральної кінцівки, продовження профілактики контрактур за допомогою методів і засобів для збільшення амплітуди руху; направлену на програму вправ для збільшення сили м'язів кукси ампутованої кінцівки та вправ для стабілізації тулуба і тіла, покращення балансу; здійснити оцінку функціонального рівня ампутованої кінцівки. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропозиція пояснюється необхідністю застосування коректної термінології для опису фізичних якостей та змін у них. Теорія і методика фізичного виховання: Том 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання / Т.Ю. Круцевич. – К., 2018. – 392 с.	
	24. До <u>підпункту 6 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної</u>	Пропозицію прийнято.

допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду

б) надати пацієнту інформацію щодо необхідного обладнання та інструкції щодо виконання домашніх вправ для відновлення амплітуди рухів, *розвитку* сили м'язів та витривалості.

Пропонується викласти в редакції:

б) надати пацієнту інформацію щодо необхідного обладнання та інструкції щодо виконання домашніх вправ для відновлення амплітуди рухів, *збільшення* сили м'язів та витривалості.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиція пояснюється необхідністю застосування коректної термінології для опису фізичних якостей та змін у них. Теорія і методика фізичного виховання: Том 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання / Т.Ю. Круцевич. – К., 2018. – 392 с.

	25. До <u>підпункту 8 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 8) провести навчання пацієнта адаптивним технікам одягання, купання, догляду за собою та відвідування туалету без використання протеза; продовжити тренування для зміни домінування руки, якщо це необхідно (для пацієнтів з АВК); навчання інструментальним повсякденним активностям (далі – IADL) та роботу над досягненням незалежності у виконанні більш складних IADL, ~~практиці повсякденних активностей (далі – ADL) та IADL з використанням протеза відповідно до потреб пацієнта.~~ <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 8) провести навчання пацієнта адаптивним стратегіям (зокрема таким, які передбачають зміну домінантної руки) для виконання активностей повсякденного життя:	Пропозицію прийнято.
--	---	------------------------------------

	одягання, миття тіла, догляду за собою та відвідування туалету без використання протеза; розпочати тренування виконання інструментальних активностей повсякденного життя (далі – IADL) та прогресувати до самостійного виконання більш складних IADL. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Зміна формулювання пропонується для відповідності до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP_G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt.com) та загальноприйнятої термінології в українському професійному середовищі.	
	26. До <u>підпункту 10 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 10) провести вертикалізацію пацієнта, якщо це не було зроблено в гострому періоді, та навчання	Пропозицію прийнято.

	ходьби (для пацієнтів з АНК) із застосуванням ДЗРХ, тренувального протезу та/або первинного протезу (у разі доречності). <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 10) провести вертикалізацію пацієнта, якщо це не було зроблено в гострому періоді, та навчання ходьби (для пацієнтів з АНК) із застосуванням ДЗР, тренувального протезу та/або первинного протезу (у разі доречності).	
	27. До <u>підпункту 11 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 11) провести підбір, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним (для пацієнтів з АНК), якщо це не було зроблено в гострому періоді. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 11) провести забезпечення пацієнта ДЗР (милицями, ходунками, кріслами колісними	Пропозицію відхилено. Прийнято в редакції пропозиції №19 від Олега КАРПОВА.

	та іншими ДЗР), яке включає підбір, налаштування та навчання користуванню відповідними ДЗР з врахуванням потреб та можливостей особи, якщо це не було зроблено в гострому періоді. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропозиція змін даного підпункту полягає в забезпеченні пацієнта усіма необхідними та відповідними ДЗР, яке включає підбір, налаштування та навчання користуванню ДЗР, а не лише окремим засобом - кріслом колісним, як було оригінально подано. Крісло колісне є одним із багатьох типів ДЗР, які використовуються під час надання реабілітаційної допомоги, тому немає потреби виділяти цей тип ДЗР від інших.	
	28. До підпунктів 12, 13 пункту 3. <u>Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u>	Пропозицію прийнято.

12) *надати пацієнту підтримку щодо виходу в громадські місця без/з використанням протеза, проводити рекреаційні навчальні заходи/тренування без/з використанням протеза(ів), а також індивідуальну та групову підтримку «рівний-рівному»;*

13) *здійснити оцінку житлових умов пацієнта на предмет доступності та безпеки, якщо це не було зроблено в гострому періоді; оцінку потреб в адаптації помешкання та потреб у додатковому обладнанні (пандус, ліфт, тощо).*

Пропонується викласти в редакції:

12) **ініціювати активності, що передбачають перебування у громадських місцях без/з використанням протеза, проводити рекреаційні навчальні заходи/тренування без/з використанням протеза(ів), а також індивідуальну та групову підтримку «рівний-рівному»;**

13) **здійснити оцінку житлового середовища пацієнта на предмет доступності та безпеки, якщо це не**

було зроблено в гострому періоді; оцінку потреб в **модифікаціях житлового середовища.**

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиції щодо зміни підпунктів 12 та 13 обумовлюються необхідністю приведення у відповідність до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP_G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt.com) та загальноприйнятої термінології в українському професійному середовищі, а також тим, що замість терміну «житло» рекомендується використовувати формулювання «житлове середовище», з огляду на сучасні підходи в ерготерапії, які акцентують увагу на взаємодії людини з її оточенням. Зокрема, модифікація житлового середовища є ключовим аспектом у забезпеченні участі особи в повсякденному житті (Бочаров А.В., Доцюк Л.Г., Назимок Є.В., Войцеховська О.Р. «Основи

	ерготерапії: синергетичні виміри». Чернівці: Чернівецький національний університет, 2024, с. 45–52).	
	29. До <u>підпункту 14 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 14) здійснити оцінку особистого обладнання та навчання використанню ДЗР для виконання ADL (наприклад, обладнання для розпізнавання голосу, одноручна клавіатура, пристрої Bluetooth для пацієнтів з АВК, тощо). <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 14) здійснити оцінку потреби та використання особистого обладнання та проводити навчання користуванню ДЗР для виконання ADL (наприклад, обладнання для розпізнавання голосу, одноручна клавіатура, пристрої Bluetooth для пацієнтів з АВК, тощо). <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u>	Пропозицію прийнято.

	Пропозиція щодо уточнень до підпункту 14 надається з метою приведення до відповідності до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP_G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt.com) та загальноприйнятої термінології в українському професійному середовищі.	
	30. До <u>підпункту 15 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 15) здійснити оцінку, за запитом пацієнта, здатності до водіння, потреби в модифікації автомобіля чи адаптивному обладнанні для водіння, ~~направлення до інструктора з водіння для завершення оцінки здатності до водіння та організації навчання для водія з використанням рекомендованого адаптивного обладнання.~~	Пропозицію прийнято.

	<u>Пропонується викласти в редакції:</u> 15) за потреби та за запитом пацієнта здійснити оцінку здатності до водіння, потреби в модифікації автомобіля чи адаптивному обладнанні для водіння. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Зміна до підпункту 15 пропонується для узгодження з українським нормативним контекстом, адже в національному нормативно-правовому регулюванні непередбачено направлення пацієнта членами МДРК до інструктора з водіння.	
	31. До <u>підпункту 22 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду</u> 22) провести навчання пацієнта щодо наступних тем: позиціонування, контроль больових відчуттів, інструктаж пацієнта щодо вправ для зниження чутливості, догляд за куксою, боротьба з набряком, застосування	Пропозицію прийнято.

компресійної **шкарпетки (лайнера)** на куксу, час для початку протезування/альтернативи протезуванню, переваги та недоліки протезів за типами, згідно із додатком 2 до цього Стандарту, потреби в обладнанні (ДЗР), профілактика ускладнень та контрактур, протезне тренування (одягання та знімання протеза, догляд за протезом, цілісність шкіри, підбір куксоприймальної гільзи), методи запобігання травматизму, контроль ваги.

Пропонується викласти в редакції:

22) провести навчання пацієнта щодо наступних тем: позиціонування, контроль больових відчуттів, інструктаж пацієнта щодо **технік десенсибілізації**, догляд за куксою, менеджмент набряку, застосування **засобів** компресійної **терапії** на куксу, час для початку протезування/альтернативи протезуванню, переваги та недоліки протезів за типами, згідно із додатком 2 до цього Стандарту, потреби в обладнанні (ДЗР), профілактика ускладнень та

	контрактур, протезне тренування (одягання та знімання протеза, догляд за протезом, цілісність шкіри, підбір куксоприймальної гільзи), методи запобігання травматизму, контроль ваги. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Зміна формулювання пропонується для відповідності до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP_G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt.com) та загальноприйнятої термінології в українському професійному середовищі.	
	32. До підпункту 27 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу III. Надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду 27) провести оцінку можливості професійної адаптації за наявності показань, оцінку робочого місця, визначити необхідні модифікації робочого місця для покращення	Пропозицію прийнято.

функціональності, провести професійне навчання з використанням протеза.

Пропонується викласти в редакції:

27) провести детальну оцінку професійних ролей пацієнта, визначити можливість повернення до роботи, необхідності у модифікації робочого середовища, перекваліфікації. Розробити план повернення до професійної діяльності, який передбачає відновлення попередньої ролі або зміну професії, з урахуванням ефективного використання протеза під час виконання професійних завдань при його наявності.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Зміна формулювання пропонується для відповідності до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP_G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt)

	t.com) з урахуванням національного контексту.	
	33. До <u>пункту 1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги Розділу IV. Надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду</u> Загальними завданнями реабілітаційної допомоги під час довготривалого реабілітаційного періоду є надання реабілітаційної допомоги високого обсягу, що надається МДРК в стаціонарних умовах у випадках складного протезування ВК та НК, повторного протезування; забезпечення підтримки функцій ходи (для пацієнтів з АНК), підтримки <i>функцій</i> самообслуговування. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> Загальними завданнями реабілітаційної допомоги під час довготривалого реабілітаційного періоду є надання реабілітаційної допомоги високого обсягу, що надається МДРК в стаціонарних умовах у випадках складного протезування ВК та НК, повторного протезування; забезпечення	Пропозицію прийнято.

	підтримки функцій ходи (для пацієнтів з АНК), підтримки навичок самообслуговування. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), впровадженою в Україні відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та Наказу МОЗ України №1522 від 2021 року щодо застосування МКФ у клінічній практиці, розділ d5 «Self-care» («Самообслуговування») віднесений до домену «Діяльність і участь» та описується як навички виконання повсякденних дій, а не як функція організму. У перекладі МКФ українською мовою («МКФ для дорослих», УАПТ, Київ, 2020) вживається формулювання «навички самообслуговування», що підтверджує коректність використання терміна «навички», а не «функції».	
	34. До <u>пункту 2. Обґрунтування положень стандарту Розділу IV. Надання реабілітаційної допомоги</u>	Пропозицію прийнято частково. Пункт 2. Обґрунтування положень стандарту Розділу IV. Надання реабілітаційної допомоги

	<u>протягом довготривалого реабілітаційного періоду</u> ... Для досягнення мети, у цей період має регулярно переглядатись ІРП (застосовуються інструменти оцінювання функціонування, проводиться опитування пацієнта, проводяться діагностичні обстеження), а у випадку надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самостійно - програма терапії; мають переглядатись підходи до менеджменту болю; пацієнт має брати участь у активній реабілітації для профілактики контрактур у суглобах та з метою опанування ДЗР (протезу, ортезу, крісла колісного тощо); має проводитись моніторинг потреб пацієнта у психологічній, соціальній допомозі та здійснюватись інформування пацієнта стосовно різних аспектів реабілітації. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> ... Для досягнення мети, у цей період має регулярно переглядатись ІРП (застосовуються інструменти оцінювання функціонування,	протягом довготривалого реабілітаційного періоду викласти з урахуванням наявної редакції, доповнивши словосполученням цієї пропозиції, оскільки «навчання використання» і «опанування» - різні за смислом: навчання – це процес, а опанування – є визначенням, що вказує на доконану дію, результат. «... Для досягнення мети, у цей період має регулярно переглядатись ІРП (застосовуються інструменти оцінювання функціонування, проводиться опитування пацієнта, проводяться діагностичні обстеження), а у випадку надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самостійно - програма терапії; мають переглядатись підходи до менеджменту болю; пацієнт має брати участь у активній реабілітації для профілактики контрактур у суглобах та з метою ефективного та безпечного навчання використання і опанування ДЗР (протезу, ортезу, крісла колісного тощо); має проводитись моніторинг потреб пацієнта у психологічній, соціальній допомозі та здійснюватись інформування пацієнта стосовно різних аспектів реабілітації.»
--	--	--

проводиться опитування пацієнта, проводяться діагностичні обстеження), а у випадку надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самостійно - програма терапії; мають переглядатись підходи до менеджменту болю; пацієнт має брати участь у активній реабілітації для профілактики контрактур у суглобах та з метою **ефективного та безпечного навчання використання ДЗР** (протезу, ортезу, крісла колісного тощо); має проводитись моніторинг потреб пацієнта у психологічній, соціальній допомозі та здійснюватися інформування пацієнта стосовно різних аспектів реабілітації.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Заміна слова «опанування» на словосполучення «ефективного та безпечного навчання використання ДЗР» зумовлена детальнішим поясненням даного формулювання для фахівців з реабілітації та інших фахівців сфери охорони здоров'я, та наведена з метою узгодженості професійної термінології, яка

	використовується у цьому проєкті акта. 35. До <u>підпункту 2 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу IV. Надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду</u> 2) провести реабілітаційне обстеження та перегляд цілей пацієнта, скласти відповідний розділ ІРП з урахуванням життєвого догляду, надання допомоги у змінах догляду, включаючи переїзд або інші значні зміни життєвих обставин. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 2) провести реабілітаційне обстеження та перегляд цілей пацієнта, скласти або оновити відповідний розділ ІРП, враховуючи потребу у тривалій реабілітаційній допомозі, та забезпечити пацієнта підтримкою при зміні цих потреб або умов життя, включаючи переїзд чи інші значні життєві обставини. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u>	Пропозицію прийнято.
--	--	------------------------------------

	Пропозиція до підпункту 2 зумовлена коректністю використання терміну «реабілітаційна допомога» замість «догляд» та приведення проєкту акта у відповідність до чинного законодавства України, забезпечення уніфікації термінології у сфері охорони здоров'я та узгодження з міжнародною практикою. Пацієнти з ампутаціями мають потребу не у «пожиттєвій», а у тривалій та поетапній реабілітації, що узгоджується з положеннями Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», у якому реабілітація визначається як процес, що здійснюється поетапно і може надаватися повторно відповідно до потреб пацієнта, включаючи довготривалий реабілітаційний період.	
	36. До <u>підпункту 6 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу IV. Надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду</u>	Пропозицію прийнято.

	б) провести оцінку потреб пацієнта в модифікації <i>помешкання</i> при будь-яких значних змінах стану здоров'я. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> б) провести оцінку потреб пацієнта в модифікації житлового середовища при будь-яких значних змінах стану здоров'я. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Рекомендується використовувати формулювання «житлове середовище», з огляду на сучасні підходи в ерготерапії, які акцентують увагу на взаємодії людини з її оточенням. Зокрема, модифікація житлового середовища є ключовим аспектом у забезпеченні участі особи в повсякденному житті (Бочаров А.В., Доцюк Л.Г., Назимок Є.В., Войцеховська О.Р. «Основи ерготерапії: синергетичні виміри». Чернівці: Чернівецький національний університет, 2024, с. 45–52).	
	37. До підпункту 7 пункту 3. <u>Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу IV. Надання</u>	Пропозицію прийнято.

реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду

7) здійснити оцінку особистого обладнання та необхідних пристосувань для виконання ADL, професійної діяльності та IADL у міру зміни потреб і цілей, навчання відповідно до визначених потреб у особистому обладнанні та ДЗР.

Пропонується викласти в редакції:

7) здійснити оцінку **використання** особистого обладнання та ДЗР, необхідних для виконання ADL, професійної діяльності та IADL у міру зміни потреб і цілей; **проводити** навчання відповідно до визначених потреб у особистому обладнанні та ДЗР.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Зміни до підпункту 7 пропонуються для відповідності до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP_G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt)

	t.com) з урахуванням національного контексту.	
	38. До <u>підпункту 8 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу IV. Надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду</u> 8) для всіх пацієнтів з двосторонньою АНК слід призначити і налаштувати відповідне крісло колісне, незалежно від здатності пацієнта пересуватися на протезах, оскільки такі ускладнення, як неспроможність міодезу, гетеротопічне окостеніння або симптоматичні невроми можуть вимагати хірургічної ревізії, що призводить до тривалого періоду неможливості використання протезів; також крісло колісне використовується при несправності протезів. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 8) для всіх пацієнтів з двосторонньою АНК слід призначити, налаштовувати та навчати безпечному та	Пропозицію прийнято.

ефективному використанню відповідним типом крісла колісного, незалежно від здатності пацієнта пересуватися на протезах, оскільки такі ускладнення, як неспроможність міодезу, гетеротопічне окостеніння або симптоматичні невроми можуть вимагати хірургічної ревізії, що призводить до тривалого періоду неможливості використання протезів; також крісло колісне використовується при несправності протезів.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиція щодо зміни до підпункту 8 полягає в додаванні важливої частини процесу забезпечення кріслом колісним, яка полягає у навчанні безпечному та ефективному використанню даного засобу. Даний крок/етап процес забезпечення будь-яким ДЗР є мінімальним та необхідним елементом ефективного процесу забезпечення ДЗР відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я.

<https://www.gate-tap.org/wp->

	content/uploads/2020/01/TAP-Intro-to-AP-KEY-MESSAGES-RevC-Dec04.pdf. 39. До підпункту 9 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу IV. Надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду 9) <i>провести переоцінку потреб</i> в модифікації водіння при будь-яких значних змінах стану здоров'я або рівня ампутації. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 9) повторно оцінювати здатність до водіння та потреби в модифікації транспортного засобу при будь-яких значних змінах стану здоров'я або рівня ампутації. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропозиції до підпункту 9 пропонуються для відповідності до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP_G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt	Пропозицію прийнято.
--	--	------------------------------------

	t.com) з урахуванням національного контексту.	
	40. До підпункту 15 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу IV. Надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду 15) провести переоцінку професійних потреб та надати рекомендації щодо отримання нових або поточних професійних цілей; у разі значних змін у медичному стані - провести переоцінку потреб в додаткових змінах на робочому місці. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 15) провести повторну оцінку вимог професійної ролі пацієнта та прогресу у відновленні професійної діяльності; оновити план, розроблений на попередніх етапах, враховуючи можливість повернення до попередньої роботи або зміни професійної ролі, з акцентом на ефективне використання протеза та необхідні модифікації робочого середовища; забезпечити за	Пропозицію прийнято.

	потреби навчання додатковим навичкам і тривалу підтримку заняттєвої участі. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Пропонується для відповідності до настанови VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation of Upper and Lower Limb Amputation (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACP_G_Final_508.pdf?utm_source=chatgpt.com) з урахуванням національного контексту.	
	41. До <u>підпунктів 11, 12 пункту 3. Критерії якості реабілітаційної допомоги Розділу V. Протезування</u> 11) у всіх випадках АНК застосовувати не менше 4 обов'язкових об'єктивних інструментів оцінювання функціонування пацієнта та не менше 2 суб'єктивних інструментів, згідно з додатком 1 до цього Стандарту; 12) у всіх випадках АВК застосовувати не менше 2 обов'язкових об'єктивних інструментів оцінювання функціонування пацієнта та не	Пропозицію прийнято.

менше 2 суб'єктивних інструментів, згідно з додатком 1 до цього Стандарту.

Пропонується викласти в редакції:

11) у всіх випадках АНК протягом усіх етапів надання реабілітаційної допомоги застосовувати сумарно не менше 4 об'єктивних інструментів оцінювання функціонування пацієнта та не менше 2 суб'єктивних інструментів, згідно з додатком 1 до цього Стандарту; доцільність застосування кожного з інструментів оцінювання визначається фахівцем з реабілітації залежно від етапу реабілітації, клінічного стану пацієнта, наявних цілей реабілітації та пріоритетних доменів функціонування згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ, ВООЗ, 2001); за потреби допускається використання додаткових інструментів оцінювання;

12) у всіх випадках АВК протягом усіх етапів надання реабілітаційної допомоги застосовувати не менше 2 обов'язкових об'єктивних інструментів оцінювання функціонування пацієнта та не менше 2 суб'єктивних інструментів, згідно з додатком 1 до цього Стандарту; доцільність застосування кожного з інструментів оцінювання визначається фахівцем з реабілітації залежно від етапу реабілітації, клінічного стану пацієнта, наявних цілей реабілітації та пріоритетних доменів функціонування згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ, ВООЗ, 2001); за потреби допускається використання додаткових інструментів оцінювання.

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Пропозиції до підпунктів 11 та 12 зумовлені потребою уточнення вимог до комплексного оцінювання

функціонування пацієнтів із ампутаціями нижніх кінцівок. У попередній редакції відсутня конкретизація мінімальної кількості інструментів, що створює ризики формального або фрагментарного підходу до оцінювання результатів реабілітації. До пункту внесено уточнення, що доцільність застосування кожного інструменту визначається фахівцем з реабілітації залежно від етапу реабілітації, клінічного стану пацієнта та пріоритетних доменів функціонування.

Це забезпечує індивідуалізацію підходу та гнучкість у виборі інструментів відповідно до конкретної клінічної ситуації, не порушуючи при цьому мінімальних вимог до комплексності оцінювання.

Також додано положення про можливість застосування додаткових інструментів оцінювання, рекомендованих міжнародними клінічними настановами, для більш повного відображення динаміки відновлення функцій і адаптації до протезування.

	43. До <u>Переліку індикаторів якості реабілітаційної допомоги</u> 6. Частка пацієнтів з ампутацією кінцівки, які покращили рівень незалежності у повсякденному функціонуванні за індексом Бартел не менш ніж на 10 балів між початком і завершенням реабілітаційного етапу. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> 6. Частка пацієнтів з ампутацією кінцівки, які покращили рівень незалежності у повсякденному функціонуванні за індексом Бартел не менш ніж на 10 балів між початком і завершенням кожного етапу надання реабілітаційної допомоги. <u>Обґрунтування запропонованих пропозицій:</u> Зміна формулювання пов'язана з приведенням у відповідність до терміну – «етап надання реабілітаційної допомоги» (наказ МОЗ від 16.11.2022 № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах»	Пропозицію прийнято частково. Пропонується пункт 6 Переліку індикаторів якості реабілітаційної допомоги викласти з урахуванням прийнятої пропозиції №40 від Олега КАРПОВА у такій редакції: «6. Частка пацієнтів з ампутацією кінцівки, які покращили рівень незалежності у повсякденному функціонуванні за індексом Бартел не менш ніж на 35 балів між початком і завершенням кожного етапу надання реабілітаційної допомоги.»
--	--	---

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>)

Окрім того, мінімально значуща клінічна різниця (МСІВ) індексу Бартел для осіб з ампутаціями не встановлена. На практиці, у випадках нескладних ампутацій початковий рівень за Індексом Бартела може бути вже високим — наприклад, понад 90 з 100 балів. В таких ситуаціях Індекс Бартела втрачає дискримінаційну здатність (тобто більшість пацієнтів будуть класифіковані як «високофункціональні»), що називається ефектом стелі (ceiling effect).

Через ефект стелі Індекс Бартела може бути не достатньо чутливим інструментом для виявлення динаміки невеликих, але функціонально важливих змін у осіб з ампутацією (наприклад, поліпшення балансу, протезної ходи, витривалості).

Тому Індекс Бартела не слід розглядати як єдиний або головний показник функціонального результату для цієї категорії пацієнтів без доповнення

	спеціалізованими тестами, чутливими до змін у мобільності, ходьбі, рівновазі та адаптації до протезу.	
	44. До Додатка 1 до Стандарту реабілітаційної допомоги «Надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки» Перелік інструментів оцінювання функціонування (інструменти, які визначають об'єктивні показники результатів та показники результатів на основі відповідей пацієнта) Інструменти, які визначають об'єктивні показники результатів оцінювання функціонування пацієнта Обов'язкові: Тест на рівень функціональної досяжності; Тест «Встань і йди» з засіканням часу; Предиктор мобільності при ампутації AMP (без протеза і з протезом); Тест «Чотири квадрати» FSST (https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/foursquare-step-test);	Пропозицію відхилено. У Додатку 1 наведено перелік інструментів оцінювання функціонування (інструменти, які визначають об'єктивні показники результатів та показники результатів на основі відповідей пацієнта) пацієнтів при ампутації кінцівки, який є мінімальним для забезпечення надання якісної реабілітаційної допомоги.

	Тест з використанням кубиків та ящика з засіканням часу. Додаткові: Стійка на одній нозі; L-Тест (застосовується, коли тест «Встань і йди» показав максимальний результат); Тест ходьби на 10 метрів з засіканням часу; Двохвилинний тест ходьби; Шестихвилинний тест ходьби; Шкала балансу Берга; Единбурзька візуальна оцінка ходи; Комплексний предиктор мобільності з високою активністю CHAMP (для спортивного протезування); Оцінка здатності до міоелектричного контролю; Тест з використанням дошки з кілками Perdue. Інструменти (тести), які визначають показники результатів на основі відповідей пацієнта Обов'язкові: Шкала впевненості у підтримуванні рівноваги під час певних активностей ABC;	
--	---	--

	Оцінка комфортності куксоприймальної гільзи (SCS) за шкалою від 0 до 10; Опитувальник щодо обмеження функціонування, пов'язаної з плечем, рукою та кистю Quick DASH; Функціональний індекс верхньої кінцівки (UEFI). Додаткові: Анкета оцінки протезування PEG. <u>Пропонується викласти в редакції:</u> Перелік інструментів оцінювання функціонування (інструменти, які визначають об'єктивні показники результатів та показники результатів на основі відповідей пацієнта) Інструменти, які визначають об'єктивні показники результатів оцінювання функціонування пацієнта Обов'язкові: Візуальна аналогова шкала болю; Гоніометрія; Індекс Бартела; Вимірювання обсягу (оцінка набряку) сантиметровою стрічкою;	
--	--	--

	Тест функціонального досягання; Тест «Встань та йди» з засіканням часу; Прогноз мобільності при ампутації; Тест «Чотири квадрати»; Тест «Коробка і кубики». Додаткові: Стояння на одній нозі; L-Тест (застосовується, коли тест «Встань та йди» показав максимальний результат); 10-метровий тест; 2-хвилинний тест ходи; 6-хвилинний тест ходи; Шкала рівноваги Берга; Единбурзька візуальна оцінка ходи; Комплексний предиктор мобільності з високою активністю CHAMP (для спортивного протезування); Оцінка здатності до міоелектричного контролю; Тест з використанням дошки з кілками Perdue. Інструменти (тести), які визначають показники результатів на основі відповідей пацієнта Обов'язкові: Шкала впевненості у підтримуванні	
--	--	--

рівноваги під час певних активностей (ABC);

Оцінка комфортності куксоприймальної гільзи (SCS) за шкалою від 0 до 10 ;

Опитувальник обмеження функціонування руки, плеча та кисті (Quick DASH);

Функціональний індекс верхньої кінцівки (UEFI).

Додаткові:

Анкета оцінки протезування (PEQ).

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Перелік інструментів оцінювання функціонування осіб після ампутації кінцівок доповнено та уточнено відповідно до розділу XIV “Інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при м’язово-скелетних ураженнях у післягострому періоді” наказу МОЗ України №1946 від 20.11.2024 року. В оновленому переліку відображено інструменти, що визначають об’єктивні показники результатів (включно з оцінкою болю, амплітуди рухів, сили м’язів, набряку та функціональної

	незалежності), а також показники результатів на основі відповідей пацієнта. Додані інструменти — візуальна аналогова шкала болю (VAS), гоніометрія, вимірювання обсягу кінцівки сантиметровою стрічкою, та Індекс Бартела — безпосередньо відповідають вимогам стандарту щодо проведення оцінки сили, амплітуди рухів і набряку, однак у чинній редакції стандарту відсутні серед рекомендованих тестів. Таким чином, оновлений перелік інструментів забезпечує повне охоплення ключових доменів МКФ (функції, активність, участь) і дозволяє об'єктивно відслідковувати результати реабілітації осіб після ампутації кінцівок. Формулювання “Анкета оцінки протезування (PEG)” у чинному тексті стандарту є некоректним, оскільки PEG означає Pain, Enjoyment, and General Activity Scale — тест для оцінки болю, а не результатів протезування.	
--	---	--

	Для точності та відповідності міжнародній термінології необхідно виправити на: “Анкета оцінки протезування (PEQ — Prosthesis Evaluation Questionnaire)”.	
ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»	1. <u>Розділ «Матеріально-технічне забезпечення»</u> <u>пропонується викласти в редакції:</u> Примірні переліки необхідного для реалізації стандарту матеріально-технічного забезпечення визначено у Примірному таблиці матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді, Примірному таблиці матеріально-технічного оснащення кабінетів для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах фахівцями з реабілітації самостійно та закладами охорони здоров'я, визначеними Міністерством охорони здоров'я України для надання реабілітаційної допомоги в територіальних громадах,	Пропозицію прийнято.

	Примірному табелі матеріально-технічного оснащення амбулаторних та стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дітям до трьох років у післягострому реабілітаційному періоді, Примірному табелі матеріально-технічного оснащення амбулаторних та стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дітям від трьох років у післягострому реабілітаційному періоді, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 травня 2023 року № 995 «Про затвердження примірних табелів матеріально-технічного оснащення реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу, та кабінетів для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах», та у	
--	---	--

Переліку допоміжних засобів реабілітації, які можуть надаватись особам з обмеженнями повсякденного функціонування, що отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, шляхом безоплатного користування, наведеному у додатку 2 до Державного типового плану реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».

Обґрунтування запропонованих пропозицій:

Під час погодження СРД наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2025 року № 1451 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 31 травня 2023 року № 995» внесені зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 31 травня 2023 року № 995 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення стаціонарних

	реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді».	
--	---	--