

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ 2025 року № _____

СТАНДАРТ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ
НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ
АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

Зміст

Перелік скорочень	3
Склад робочої групи	5
Паспортна частина	8
Загальна частина.....	10
РОЗДІЛ І. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ.....	11
1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги	11
2. Обґрунтування положень стандарту	13
3. Критерії якості реабілітаційної допомоги	13
РОЗДІЛ ІІ. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРОТЯГОМ ГОСТРОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ	15
1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги	15
2. Обґрунтування положень стандарту	16
3. Критерії якості реабілітаційної допомоги	16
РОЗДІЛ ІІІ. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРОТЯГОМ ПІСЛЯГОСТРОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ	19
1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги	19
2. Обґрунтування положень стандарту	19
3. Критерії якості реабілітаційної допомоги	19
РОЗДІЛ ІV. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРОТЯГОМ ДОВГОТРИВАЛОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ	23
1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги	23
2. Обґрунтування положень стандарту	24
3. Критерії якості реабілітаційної допомоги	24
РОЗДІЛ V. ПРОТЕЗУВАННЯ	26
1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги	26
2. Обґрунтування положень стандарту	26
3. Критерії якості реабілітаційної допомоги	27
Індикатори якості реабілітаційної допомоги	29
Кадрові ресурси	35
Матеріально-технічне забезпечення.....	35
Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів використаних при розробці стандарту реабілітаційної допомоги	36
Додатки	

Перелік скорочень

АВК	ампутація верхньої кінцівки
АНК	ампутація нижньої кінцівки
ВК	верхня кінцівка
ДЗР	допоміжні засоби реабілітації
ДЗРХ	допоміжні засоби для ранньої ходьби
ЕМГ	електроміографічні елементи керування для протезів із зовнішнім живленням
ІРП	індивідуальний реабілітаційний план
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
МДРК	мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МПК	мікропроцесорні(електронні) протезні колінні вузли
НК	нижня кінцівка
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
ТП	термінальні пристрої
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 044-1	форма первинної облікової документації № 044-1 «Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216
Форма програми терапії	форма програми терапії, наведена у додатку 2 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затверджена постановою Кабінету

ФРМ ABC	Міністрів України від 03 листопада 2021 року № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» фізична та реабілітаційна медицина шкала впевненості у підтримуванні рівноваги під час певних активностей
ADL AMP	повсякденні активності (activity daily living) 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)
FSST	тест «Чотири квадрати»
IADL	інструментальні повсякденні активності (instrumental activity daily living)
K1 - K4	рейтингова система, яка використовується для оцінки реабілітаційного потенціалу людини для використання протеза
MMSE	коротка шкала дослідження психічного статусу
PEG	анкета оцінки протезування
Quick DASH	короткий опитувальник щодо обмеження функціонування, пов'язаної з плечем, рукою та кистю
SCS	оцінка комфортності кукусоприймальної гільзи за шкалою від 0 до 10
SIGAM	шкала оцінки функціональної мобільності для людей після ампутації кінцівок
UEFI	функціональний індекс верхньої кінцівки

Склад робочої групи

ДУБРОВ Сергій Олександрович	професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, директор комунального неприбуткового підприємства «Київська міська клінічна лікарня №12», голова робочої групи;
СТРІЛКА Василь Євгенійович	директор Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій, заступник голови робочої групи;
ЄГОРОВА Іванна Іванівна	головний спеціаліст відділу трансплантації та реабілітації у сфері охорони здоров'я Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій;
БАТЗДОРФ Джон	президент організації «Prosthetika» (за згодою);
БЕРДЖЕС Лора	спеціалізований фізичний терапевт судинних захворювань та ампутації Імперіал коледжа Лондона (за згодою);
БОРОЗНЮК Назар Володимирович	фізичний терапевт відділення гострої дитячої реабілітації Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» (за згодою);
ВІЛЕНСЬКИЙ Андрій Борисович	медичний директор благодійної організації «Благодійний фонд «Суперлюди» (за згодою);
ГОНЧАР Іван Леонідович	фізичний терапевт Головного військово-медичного клінічного центру (Центральний клінічний госпіталь) Державної прикордонної служби України (за згодою);
ГОРЕГЛЯД Олексій Михайлович	завідувач відділення травматології комунального неприбуткового підприємства «Міська клінічна лікарня № 16» Дніпровської міської ради (за згодою);
ЗАГОРОДНЯ Катерина Олегівна	завідуюча центру фізичної та реабілітаційної медицини комунального неприбуткового підприємства «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» (за згодою);
КОЛОВ Геннадій Борисович	кандидат медичних наук, завідувач відділення кістково-гнійної хірургії державної установи «Інститут

травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України»;

КУМКА
Антоніна Ігорівна директор благодійної організації «Благодійний фонд «Протез хаб» (за згодою);

ЛИТВИНЕНКО
Оксана
Миколаївна протезист-ортезист товариства з обмеженою відповідальністю «Центр протезування та ортезування «ВІЛЬНІ» (за згодою);

МИЛА
Наталія Миколаївна фізичний терапевт Науково-дослідного інституту реабілітації осіб з інвалідністю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (за згодою);

ПАМПУХА
Анастасія
Вікторівна стратегічний радник з юридичних питань проєкту «Реабілітація травм війни» благодійної організації «Благодійний фонд «Пацієнти України» (за згодою);

ПАЩИН
Максим Романович фізичний терапевт комунального неприбуткового підприємства «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» (за згодою);

ПОПЕНКО
Олександр
Олександрович інженер-технолог протезист товариства з обмеженою відповідальністю «ОРТОПЕД» (за згодою);

ПРЕДАЧЕНКО
Олександра
Олегівна фізичний терапевт Головного військово-медичного клінічного центру (Центральний клінічний госпіталь) Державної прикордонної служби України (за згодою);

ТКАЧ
Ірина Григорівна інженер-протезист Дніпропетровського казенного експериментального протезно-ортопедичного підприємства (за згодою);

ХУДА
Сергій Ігорович фізичний терапевт відокремленого підрозділу «Лікарня Святого Миколая» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» (за згодою);

ЦИМБАЛЮК логістичний і операційний директор благодійної
Олена Миколаївна організації «Благодійний фонд «Протез хаб» (за згодою);
ЧАЙКІВСЬКИЙ директор комунального неприбуткового підприємства
Ярослав Федорович «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої
допомоги» (за згодою);

ЩЕГЛЮК старший ординатор відділення реабілітації пацієнтів з
Ольга Іванівна ампутованими кінцівками Військово-медичного
клінічного лікувально-реабілітаційного центру (м. Ірпінь)
(за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО заступник директора Департаменту – начальник
Оксана Іванівна управління стандартизації медичної та реабілітаційної
допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони
здоров'я державного підприємства «Державний
експертний центр Міністерства охорони здоров'я
України», заступник голови робочої групи з
методологічного супроводу.

Рецензенти:

КЕРЕСТЕЙ доцент кафедри фізичної терапії Київського університету
Вадим імені Бориса Грінченка; старший науковий співробітник
Володимирович державної установи «Інститут нейрохірургії імені
академіка А.П. Ромоданова Національної академії
медичних наук України»; фізичний терапевт; керівник
напрямку реабілітації Adonis clinics; провідний спеціаліст
з реабілітації Патронатної служби Сил спеціальних
операцій (волонтер);

РЕБРИНА протезист-ортезист Товариства з обмеженою
Євген Іванович відповідальністю «Без Обмежень».

Дата розробки Стандарту: 2025 рік

Дата перегляду Стандарту: 2030 рік

Паспортна частина

Даний Стандарт реабілітаційної допомоги «Надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки у дорослих і дітей» (далі – Стандарт) не стосується специфічної нозологічної форми, а представляє рекомендації щодо надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки (кінцівок).

Коди стану або захворювання НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

Назва діагнозу: Травматична ампутація кінцівки

S48 Травматична ампутація плеча та плечового поясу

S48.00 Травматична ампутація на рівні плечового суглоба

S48.10 Травматична ампутація на рівні між плечовим та ліктьовим суглобами

S48.90 Травматична ампутація плеча та плечового поясу на неуточненому рівні

S58 Травматична ампутація передпліччя

S58.00 Травматична ампутація на рівні ліктьового суглоба

S58.10 Травматична ампутація на рівні між ліктьовим і променево-зап'ястковим суглобами

S58.90 Травматична ампутація передпліччя на неуточненому рівні

S68 Травматична ампутація зап'ястку та кисті

S68.00 Травматична ампутація великого пальця кисті (повна) (часткова)

S68.10 Травматична ампутація іншого одного пальця кисті (повна) (часткова)

S68.20 Травматична ампутація двох і більше пальців кисті (повна) (часткова)

S68.30 Комбінована травматична ампутація частини пальця (ів) та інших частин зап'ястку та кисті

S68.40 Травматична ампутація кисті на рівні зап'ястку

S68.80 Травматична ампутація інших частин зап'ястку та кисті

S68.90 Травматична ампутація зап'ястку та кисті, на неуточненому рівні

S78 Травматична ампутація на рівні кульшового суглоба та стегна

S78.00 Травматична ампутація на рівні кульшового суглоба

S78.10 Травматична ампутація на рівні між кульшовим та колінним суглобами

S78.90 Травматична ампутація в області кульшового суглоба та стегна на неуточненому рівні

S88 Травматична ампутація гомілки

S88.00 Травматична ампутація на рівні колінного суглоба

S88.10 Травматична ампутація на рівні між колінним і гомілковостопним суглобами

S88.90 Травматична ампутація гомілки, рівень неуточнений

S98 Травматична ампутація на рівні гомілковостопного суглоба та стопи
 S98.00 Травматична ампутація стопи на рівні гомілковостопного суглоба
 S98.10 Травматична ампутація одного пальця стопи
 S98.20 Травматична ампутація двох чи більше пальців стопи
 S98.30 Травматична ампутація інших частин стопи
 S98.40 Травматична ампутація стопи, рівень не уточнений

T05 Травматичні ампутації декількох ділянок тіла
 T05.00 Травматична ампутація обох кистей
 T05.10 Травматична ампутація кисті однієї верхньої кінцівки в комбінації з ампутацією другої верхньої кінцівки (на будь-якому рівні, за винятком кисті)
 T05.20 Травматична ампутація обох верхніх кінцівок (на будь-якому рівні)
 T05.30 Травматична ампутація обох стоп
 T05.40 Травматична ампутація однієї стопи в комбінації з ампутацією другої нижньої кінцівки (на будь-якому рівні, за винятком стопи)
 T05.50 Травматична ампутація обох нижніх кінцівок (на будь-якому рівні)
 T05.60 Травматична ампутація верхніх та нижніх кінцівок в будь-якому поєднанні (на будь-якому рівні)
 T05.80 Травматичні ампутації, які охоплюють інші ділянки тіла в різних комбінаціях
 T05.90 Множинні травматичні ампутації, не уточнені

T11.60 Травматична ампутація верхньої кінцівки, рівень не уточнений

T13.60 Травматична ампутація нижньої кінцівки, рівень не уточнений

T87 Ускладнення, специфічні для реплантації та ампутації
 T87.00 Ускладнення, пов'язані з реплантацією (частини) верхньої кінцівки
 T87.10 Ускладнення, пов'язані з реплантацією (частини) нижньої кінцівки
 T87.20 Ускладнення, пов'язані з реплантацією іншої частини тіла
 T87.30 Неврома ампутованої кукси
 T87.40 Інфекція ампутованої кукси
 T87.50 Некроз ампутованої кукси
 T87.60 Інші та не уточнені ускладнення ампутованої кукси

T92.60 Віддалені наслідки розтрошення та травматичної ампутації верхньої кінцівки

T93.60 Віддалені наслідки розтрошення та травматичної ампутації нижньої кінцівки

У83 Хірургічні операції та інші хірургічні процедури як причина аномальної реакції чи пізнього ускладнення у пацієнта без згадки про випадкове заподіяння шкоди хворому під час процедури

У83.50 Ампутація кінцівки (ок)

Мета стандарту: забезпечення надання якісної, безперервної та ефективної реабілітаційної допомоги на всіх етапах надання пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок).

Цей Стандарт призначений для: фахівців у сфері охорони здоров'я, а також для пацієнтів з ампутацією кінцівки (кінцівок), їх законних представників, зокрема, але не виключно: фахівців з реабілітації (лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, протезистів-ортезистів, психологів, психотерапевтів, сестер/братів медичних з реабілітації, асистентів фізичних терапевтів та ерготерапевтів), лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-педіатрів, лікарів-хірургів, лікарів-хірургів дитячих, лікарів-хірургів судинних, лікарів-ортопедів-травматологів, лікарів-ортопедів-травматологів дитячих, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-психологів, соціальних працівників.

Загальна частина

В Україні кількість осіб з ампутацією однієї або більше кінцівок збільшується значними темпами як наслідок ведення на території країни активних воєнних дій. За даними Міністерства соціальної політики України у 2023 році в рамках державної програми було забезпечено понад 15 000 протезів нижніх кінцівок (далі – НК) та понад 600 протезів верхніх кінцівок (військовослужбовці та цивільні особи). Відповідно, з'явилась критична необхідність у підготовці та затвердженні галузевих стандартів надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки (кінцівок).

Стандарт реабілітаційної допомоги «Надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки у дорослих і дітей» розроблено з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає методи профілактики, діагностики та реабілітації. Стандарт реабілітаційної допомоги розроблено на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки у дорослих і дітей», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

Ознайомитися з Клінічною настановою, заснованою на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки у дорослих і дітей» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

На даний час питання реабілітації пацієнтів з ампутаціями регламентується наступними нормативно-правовими актами у сфері охорони здоров'я: Законом України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я», постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я», постановою Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2021 року № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я», 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 юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/3885.

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.

Реабілітаційна допомога надається мультидисциплінарною реабілітаційною командою (далі – МДРК). МДРК очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини (далі – ФРМ), який відповідає за організацію роботи команди, виконання індивідуального реабілітаційного плану (далі – ІРП) та інших завдань, покладених на команду. Професійний та кількісний склад команди залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації, а також від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу. Лікарі інших спеціальностей долучаються до роботи МДРК в консультативному режимі у разі потреби.

Під час розробки індивідуального плану реабілітації необхідно враховувати наявність супутньої соматичної патології, когнітивної недостатності, психологічні труднощі пацієнта. До складу МДРК, яка надає реабілітаційну допомогу в реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, входить соціальний працівник.

Лише комплексний мультидисциплінарний підхід до реабілітації забезпечить її максимальну ефективність та підвищення рівня функціональних можливостей осіб з ампутацією.

РОЗДІЛ І. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ

1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги

Реабілітаційна допомога пацієнтам з ампутацією надається МДРК або, у визначених законодавством випадках, фахівцями з реабілітації, які надають

реабілітаційну допомогу самостійно, в реабілітаційних закладах/відділеннях/підрозділах, центрах комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю, а також амбулаторно за місцем проживання. Необхідно забезпечити своєчасне направлення, а також доступ пацієнтів до МДРК та закладів, які надають реабілітаційну допомогу, у разі необхідності скерувати пацієнта до закладів та фахівців, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду надається у відділеннях хірургічного профілю закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

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.

Склад МДРК може змінюватися, залежно від потреб пацієнта та етапу надання реабілітаційної допомоги. Члени МДРК повинні мати досвід роботи з пацієнтами, які втратили кінцівки.

Реабілітаційна допомога дітям з ампутацією кінцівки (кінцівок) має надаватись у дитячих багатопрофільних ЗОЗ. Всі діти з ампутацією кінцівки повинні мати доступ до отримання допомоги МДРК, до складу якої можуть також входити лікар-психолог, лікар-невролог дитячий, лікар-педіатр, лікар педіатр-неонатолог або інший лікар-спеціаліст з педіатричною спеціальністю відповідно до стану здоров'я пацієнта тощо.

Лікуючим лікарем особи з ампутацією протягом гострого реабілітаційного періоду є лікар-спеціаліст відповідно до основної патології; лікуючим лікарем особи з ампутацією, яка потребує реабілітації, протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів є лікар ФРМ.

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 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.

Перелік протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні після гострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого

2012 року № 110», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216.

2. Обґрунтування положень стандарту

Фахівцям з реабілітації слід використовувати орієнтований на пацієнта, цілісний підхід до догляду на основі потреб, характеристик та уподобань пацієнта. Цей підхід спрямований на оптимізацію загального стану здоров'я та самопочуття пацієнта. Незалежно від умов догляду, всі пацієнти повинні мати доступ до індивідуальної допомоги, що базується на доказах. Догляд, орієнтований на пацієнта, може зменшити тривожність пацієнтів, підвищити довіру до працівників сфери охорони здоров'я та покращити дотримання режиму. Якісна комунікація є важливою та повинна підкріплюватися інформацією, що базується на доказах, адаптованою до потреб кожного пацієнта.

Ранній початок реабілітації покращує адаптацію до протезування та знижує ризики вторинних ускладнень.

3. Критерії якості реабілітаційної допомоги

Обов'язкові:

- 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;
- 2) реабілітаційну допомогу розпочинати після отримання інформованої згоди особи (у визначених законодавством випадках – законних представників), яка потребує реабілітації, та надавати в мобільному режимі або в палатах гострої реабілітації;
- 3) реабілітаційну допомогу особам, які потребують реабілітації, протягом довготривалого реабілітаційного періоду надавати у вигляді періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги;
- 4) при наданні реабілітаційної допомоги фахівці з реабілітації повинні узгоджувати ІРП, реабілітаційні обстеження та втручання, надавати інформацію про стан здоров'я, прогноз та процес реабілітації на всіх етапах надання реабілітаційної допомоги пацієнтам, батькам/законним представникам та пацієнтам – дітям старше 14 років;
- 5) діти віком до 12 років з ампутацією кінцівки (кінцівок) повинні проходити реабілітацію згідно ІРП із залученням МДРК, всі члени якої мають досвід роботи з дітьми;
- 6) кожен етап реабілітаційної допомоги повинен починатися і закінчуватися первинним і заключним реабілітаційним обстеженням відповідно, що позначає початок і кінець реабілітаційного циклу;

7) протягом усіх реабілітаційних періодів забезпечувати надання психологічної допомоги;

8) якщо особа, яка потребує реабілітації, має стійке обмеження життєдіяльності, організувати проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності з подальшим встановленням статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю»;

9) надавати пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, у доступній формі інформацію щодо загального стану здоров'я особи, плану реабілітаційного оцінювання та реабілітаційних втручань, подальшого спостереження, навчання повсякденних навичок, необхідних для поліпшення результатів реабілітації та соціальної адаптації, контактів для отримання додаткової інформації та консультацій, з особливим акцентом на довготривалих наслідках та позитивній потребі у реабілітаційній допомозі різного обсягу;

10) забезпечити належне оформлення ІРП, який містить дані щодо стану здоров'я особи, діагнозу, плану реабілітаційного оцінювання та реабілітаційних втручань, результатів оцінювання за доменами МКФ, узгодженого з пацієнтом, членами його сім'ї та особами, які здійснюють догляд;

11) забезпечити належне оформлення форми № 044-1 після проведення первинного, етапного та заключного реабілітаційного обстеження;

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 житла з урахуванням потреб особи;

13) надавати пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, інформацію щодо прогнозу стану/захворювання, ґрунтуючись на результатах медичного та реабілітаційного оцінювання;

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

Бажані:

15) пацієнтам з ампутацією, членам їх сімей та особам, що здійснюють догляд, а також усім відповідним фахівцям, які з ними працюють, надавати інформацію про наявні місцеві та регіональні послуги (наприклад, спортивні клуби,

послуги з тимчасового догляду, спеціалізовані освітні заклади, місцеві групи підтримки «рівний-рівному»), та можливість отримання до них доступу.

РОЗДІЛ II. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРОТЯГОМ ГОСТРОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги

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

За можливості, члени МДРК повинні залучатись для надання первинної консультації пацієнту ще до моменту проведення ампутації (у випадку планової ампутації). Якщо ампутація відбувається екстрено, наприклад, через травму, то реабілітаційне обстеження пацієнта має здійснюватись відразу після проведення ампутації кінцівки (кінцівок). За винятком випадків крайньої необхідності, хірургічні втручання повинні враховувати потенціал пацієнта для майбутньої реабілітації та можливості використання протезів. Для всіх запланованих ампутацій проводиться передопераційний консилиум лікарів-спеціалістів за участю лікаря-хірурга та членів МДРК, серед яких повинен обов'язково бути протезист-ортезист.

Усі фахівці з реабілітації, які надають допомогу пацієнтам з ампутацією, повинні знати про підвищений ризик падінь, особливо пацієнтів з АНК. Стратегії мінімізації ризику падіння як з протезом, так і без протеза, починають впроваджувати одразу після операції і переглядають протягом усього періоду надання реабілітаційної допомоги. Особлива увага має приділятися захисту кінцівок, зокрема на ранніх етапах після ампутації, коли ризик падіння є високим, а усвідомлення пацієнтом факту ампутації може бути різним. Для посилення захисту кукси можуть використовуватись спеціальні пристрої, такі як жорсткі знімні пов'язки. Оцінювання та моніторинг болю до, під час та/або після ампутації є важливою частиною реабілітації пацієнта з ампутацією, за можливості, слід розпочинати його до моменту проведення ампутації. 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. Обсяг реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного

періоду є низьким. За потреби об'єм реабілітаційної допомоги в межах низького обсягу може бути збільшений (максимум до однієї години на день).

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 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.

2. Обґрунтування положень стандарту

Метою реабілітації пацієнта з ампутацією кінцівки (кінцівок) у гострому періоді є стабілізація його стану, профілактика ускладнень, а також початок процесу відновлення пацієнта з метою досягнення максимальної незалежності в майбутньому, в тому числі, успішного протезування. 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 позитивного догляду. Завдання цієї фази полягає в тому, щоб: забезпечити комунікацію та координацію догляду, належне медичне, хірургічне та психологічне ведення; розпочати реабілітацію; сприяти загоєнню кукси. Якісний догляд за куксою є життєво важливим для загального стану здоров'я та функціональної здатності пацієнта. Кінець гострого періоду настає, коли рани кукси 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.

3. Критерії якості реабілітаційної допомоги

Обов'язкові:

- 1) провести повну оцінку загального фізичного стану пацієнта, включаючи харчування, стан серцево-судинної, ендокринної, нервової систем, травного тракту та сечового міхура, шкірних покривів, опорно-рухового апарату; за потреби лікар ФРМ надає рекомендації лікуючому лікарю щодо залучення інших спеціалістів за результатами реабілітаційного обстеження;
- 2) графік проведення реабілітаційних сесій координується із наданням медичної допомоги;
- 3) провести навчання медичного персоналу щодо позиціонування пацієнта для профілактики ускладнень від знерухомлення (пролежнів, пневмоній, тромбозів тощо);

4) планування виписки розпочинати вже під час первинної оцінки пацієнта, включно з розробкою плану виписки та його обговоренням з пацієнтом, членами його родини та/або доглядальниками;

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 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;

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;

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;

10) провести оцінку рівня активності та незалежності у повсякденних і інструментальних активностях для навчання пацієнта самотійному виконанню базових побутових дій; надати рекомендації щодо зміни домінантної руки (у разі ампутації верхньої кінцівки (далі – АВК)) згідно з додатком 1 до цього Стандарту;

11) провести оцінку умов помешкання, у якому проживатиме пацієнт після виписки із ЗОЗ щодо доступності і безпеки для пацієнта та надати інформацію щодо можливих його модифікацій, пандусів;

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);

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);

15) провести повну психологічну та когнітивну оцінку пацієнта, виявити психосоціальні симптоми та проблеми (коротка шкала дослідження психічного статусу MMSE, шкала Ранчо Лос 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 юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852);

16) пацієнтам з гострим стресовим розладом та ПТСР провести первинний скринінг відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»»;

17) провести навчання пацієнтів за темами: догляд за куксою, контроль болю, очікувані результати, профілактика ускладнень;

18) забезпечити якісний догляд за куксою: перев'язки, контроль набряку, навчання компресії, формування кукси, моніторинг ознак інфекції або ішемії;

19) підготувати пацієнта до застосування протезних виробів: визначити оптимальну довжину кукси для цілей пацієнта; забезпечити належний догляд за куксою.

Бажані:

20) провести професійне оцінювання: з'ясувати професійні інтереси, сформулювати реалістичний план повернення до праці або перекваліфікації;

21) протягом перших годин після ампутації провести індивідуальні сесії з психологом, які включають підтримку у переживанні втрати частини тіла, кризове консультування;

22) використовувати цифрові/дистанційні рішення у процесі надання реабілітаційної допомоги пацієнтам (відеоінструкції, трекери активності тощо);

23) проводити індивідуальну та групову підтримку груп «рівний-рівному».

РОЗДІЛ III. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРОТЯГОМ ПІСЛЯГОСТРОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги

Загальними завданнями медичної та реабілітаційної допомоги під час післягострого реабілітаційного періоду є: медична допомога відповідно до рекомендацій, наданих наприкінці гострого реабілітаційного періоду; направлення до профільних хірургічних відділень для надання хірургічної допомоги у разі утворення невром; реабілітаційна допомога високого обсягу, яка надається МДРК, зокрема підбір, налаштування, навчання використанню та надання ДЗР відповідно до потреби; прийняття МДРК рішення щодо необхідності протезування та подальше призначення протезування лікарсько-консультативною комісією ЗОЗ; 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.

Для забезпечення ефективного відновлення функціонування пацієнта, реабілітаційна допомога у післягострому періоді має розпочинатись одразу після завершення гострого реабілітаційного періоду, ґрунтуючись на принципах послідовності та безперервності надання реабілітаційної допомоги.

Перелік протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації, затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні після гострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216.

2. Обґрунтування положень стандарту

Метою забезпечення надання реабілітаційної допомоги пацієнту з ампутацією кінцівки (кінцівок) у післягострому реабілітаційному періоді є профілактика станів, які можуть набути характеру хронічних, досягнення оптимальної незалежності у повсякденному функціонуванні, ефективне користування ДЗР та (якщо це відповідає цілям, визначеним ІРП) повернення до активного життя в громаді. Необхідність в проведенні реампутації є показником неякісно наданої медичної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду.

3. Критерії якості реабілітаційної допомоги

Обов'язкові:

- 1) провести оцінку загального фізичного стану пацієнта, за потреби – направити на додаткові обстеження та на консультації до лікарів інших спеціальностей для проведення медичних втручань, пов'язаних із супутніми захворюваннями та станами здоров'я;
- 2) провести реабілітаційне обстеження пацієнта із застосуванням інструментів оцінювання, наведених у додатку 1 до цього Стандарту;
- 3) переглянути потреби та цілі пацієнта (або первинно встановити, якщо реабілітаційна допомога в гострому періоді не надавалася), скласти відповідний розділ ІРП;
- 4) діти віком до 12 років з ампутацією кінцівки (кінцівок) повинні проходити реабілітацію згідно ІРП із залученням МДРК, всі члени якої мають досвід роботи з дітьми;
- 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;
- 6) надати пацієнту інформацію щодо необхідного обладнання та інструкції щодо виконання домашніх вправ для відновлення амплітуди рухів, розвитку сили м'язів та витривалості;
- 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;
- 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;
- 9) провести навчання пацієнта правильному догляду за протезом та технічному обслуговуванню; інструктування та тренування щодо стратегій надягання та знімання протеза;
- 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);

- 11) провести підбір, налаштування та навчання користуванню кріслом колісним (для пацієнтів з АНК), якщо це не було зроблено в гострому періоді;
- 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);
- 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);
- 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;
- 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»;
- 17) провести оцінку психосоціальних симптомів та проблем, когнітивних труднощів, скласти програму терапії за результатами оцінювання;
- 18) провести первинний скринінг та надати психологічну допомогу пацієнтам з депресією відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії»;
- 19) провести первинний скринінг та надати психологічну допомогу пацієнтам з гострим стресовим розладом та ПТСР відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»;
- 20) провести первинний скринінг психічних та поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів відповідно до Стандарту медичної допомоги «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів», затвердженого

наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів»;

21) провести первинний скринінг психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів відповідно до Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів»;

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 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;

23) догляд за куксою: забезпечити продовження нагляду за процесом загоєння рани, формування та компресії кукси;

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;

25) забезпечити процес підбору, виготовлення та застосування протезних виробів, включаючи: первинне складання плану протезування, виготовлення протезів, підгонку, вирівнювання та модифікацію (за потреби); тестування різних компонентів протеза;

26) у процесі призначення первинного протезу при АВК з пацієнтом повинен працювати ерготерапевт; слід провести бімануальне функціональне тренування з використанням первинного протеза;

27) провести оцінку можливості професійної адаптації за наявності показань, оцінку робочого місця, визначити необхідні модифікації робочого місця для покращення функціональності, провести професійне навчання з використанням протеза.

Бажані:

28) для підлітків віком 13-18 років, особливо тих, які досягли скелетної зрілості в ураженій кінцівці, організувати ранній контакт з місцевим ЗОЗ для дорослих, щоб допомогти у майбутньому процесі переходу;

29) перевірити можливості використання спеціалізованих протезів для досягнення цілей у конкретних видах діяльності пацієнта;

30) забезпечення призначення протезу нижньої кінцівки з мікропроцесорним (електронним) колінним вузлом має здійснюватись відповідно до додатку 3 до цього Стандарту;

31) реабілітаційна допомога пацієнтам, які розглядають можливість отримання допомоги з застосуванням методу остеointегративного протезування, повинна надаватись з урахуванням Порядку надання спеціалізованої медичної допомоги з застосуванням методу остеointегративного протезування, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 травня 2025 року № 873 «Про затвердження порядку надання спеціалізованої медичної допомоги з застосуванням методу остеointегративного протезування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12 червня 2025 року за № 897/44303;

32) надати пацієнту матеріали зі специфічною для реабілітаційної послуги або загальною освітньою інформацією (в тому числі про державні програми забезпечення ДЗР, підтримку держави в облаштуванні житла, робочого місця та допомозі у працевлаштуванні тощо), інформаційні бюлетені, буклети та листівки.

РОЗДІЛ IV. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРОТЯГОМ ДОВГОТРИВАЛОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги

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 функцій самообслуговування.

На етапі надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду має надаватись періодична підтримуюча реабілітаційна допомога, яка відповідає принципам послідовності та безперервності. Така допомога може надаватись в стаціонарних або амбулаторних умовах, в тому числі у вигляді домашньої реабілітації або реабілітації у територіальній громаді. Процес надання реабілітаційної допомоги на цьому етапі має починатись з аналізу результатів заключного реабілітаційного обстеження, проведеного на попередньому етапі. У разі досягнення пацієнтом стану функціонування, який потребує лише одного виду терапевтичних втручань (фізичної терапії чи ерготерапії), надання реабілітаційної допомоги в довготривалому реабілітаційному періоді продовжується фахівцем з реабілітації, який надає допомогу самостійно

відповідно до вимог законодавства України. У разі надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації, який надає допомогу самостійно, обсяг реабілітаційної допомоги є низьким.

Надання реабілітаційної допомоги високого обсягу у довготривалому періоді здійснюється з урахуванням протипоказань, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні після гострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216.

2. Обґрунтування положень стандарту

Реабілітація має бути спрямована на покращення рівня функціонування і задоволення потреб пацієнта. Метою надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду є профілактика станів, які можуть перейти у хронічні, досягнення оптимальної незалежності у повсякденному житті, ефективне користування ДЗР та (якщо це відповідає цілям визначеним ІРП) повернення до активного життя в громаді.

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.

3. Критерії якості реабілітаційної допомоги

Обов'язкові:

1) провести повторну оцінку зміни у супутніх медичних станах пацієнта, проведення відповідних втручань, направлення для надання спеціалізованої медичної допомоги і навчання, за потреби; розглянути стратегії профілактики вторинних ускладнень;

2) провести реабілітаційне обстеження та перегляд цілей пацієнта, скласти відповідний розділ ІРП з урахуванням позиттивного догляду, надання допомоги у змінах догляду, включаючи переїзд або інші значні зміни життєвих обставин;

3) фізичному терапевту за результатами реабілітаційного обстеження скласти програму терапії;

- 4) надати пацієнту інформацію про можливості та заходи профілактики травм під час тривалих занять спортом, рекреаційні ресурси, а також про доступні протези чи ДЗР з урахуванням нових технологій;
- 5) провести консультування щодо доступних можливостей для занять спортом та відпочинку;
- 6) провести оцінку потреб пацієнта в модифікації помешкання при будь-яких значних змінах стану здоров'я;
- 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;
- 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;
- 9) провести переоцінку потреб в модифікації водіння при будь-яких значних змінах стану здоров'я або рівня ампутації;
- 10) провести переоцінку та лікування, за потреби, больового синдрому 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;
- 11) у разі виявлення психосоціальних симптомів та проблем, когнітивних труднощів направити пацієнта на консультацію до клінічного психолога або психотерапевта, або лікаря-психолога/лікаря-психотерапевта;
- 12) надати пацієнту інформацію щодо технологічних досягнень в сфері асистивних технологій та протезування, що можуть бути корисними для пацієнта у досягненні індивідуальних потреб та бажаних цілей;
- 13) надати пацієнту інформацію щодо ознак та симптомів невідповідності куксоприймальної гільзи та нагляду за розміром кукси;
- 14) протезування: виготовити протези, здійснити підгонку, вирівнювання та модифікацію (за потреби), ремонт протезів за показаннями, скласти план технічного обслуговування (включаючи перевірку компонентів, оновлення, заміну куксоприймальних гільз і спеціальних пристроїв), відстежувати ознаки потреби в заміні або модифікації протеза;
- 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.

Бажані:

- 16) розглянути можливість використання спеціалізованих протезів для досягнення нових цілей у конкретних видах діяльності пацієнта.

РОЗДІЛ V. ПРОТЕЗУВАННЯ

1. Положення стандарту реабілітаційної допомоги

Протезування є одним з першочергових завдань реабілітації пацієнтів з ампутаціями у післягострому та довготривалому періоді. Процес протезування включає в себе підготовку до протезування, власне підбір тренувального (з подальшим підбором постійного) або первинного протеза, тренування для оволодіння протезом та його обслуговуванням, а в довготривалому періоді – модифікацію протеза (за потреби), заміну та досягнення максимально можливої функціональної здатності та незалежності з протезом, а також профілактику системних та пов'язаних з куксою ускладнень ампутації. Метою підготовки до протезування є підготовка пацієнта та його кукси до початкового протезування. На цьому етапі МДРК визначає, чи є пацієнт кандидатом на протезування, та допомагає пацієнту визначити, який тип протеза(ів) буде найбільш корисним. Під час цього етапу продовжується моніторинг закриття рани та контролю болю, проводяться поточні реабілітаційні заходи та надається постійна психосоціальна підтримка. Для підбору діагностичної гільзи пацієнт повинен пройти медичне та когнітивне обстеження МДРК із залученням інших спеціалістів, за потреби. Початковий протез (тренувальний або первинний) має бути розроблений з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, потреб та цілей пацієнта. Підготовка до протезування завершується підбором початкового протеза. Це зазвичай відбувається в амбулаторних умовах або реабілітаційному відділенні. Етап тренування з протезом знаменує собою поворотний момент у реабілітації пацієнта, який визначається як відповідний кандидат для переходу до підгонки протеза. 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 пацієнт отримує новий компонент протеза або нову стратегію контролю.

2. Обґрунтування положень стандарту

Якісне навчання користуванню протезом є важливим для забезпечення найкращих результатів для пацієнтів з ампутацією кінцівки (кінцівок). Ерготерапевти та фізичні терапевти навчають пацієнтів з ампутацією кінцівки (кінцівок) базовим принципам роботи з пристроєм до безпроблемного використання його у складних завданнях без необхідності замислюватися про рухи. Навчання та практика допомагають пацієнту перенавчатися моториці, досягати

нормальної якості рухів, розвивати навички передбачення та застосовувати вивчені техніки до різноманітних завдань. Серед інших цілей, терапія спрямована на те, щоб навчити пацієнта найкраще користуватися протезом та аналізувати завдання, щоб використовувати його у повсякденній діяльності. Справжня мета навчання користуванню протезом полягає в тому, щоб пацієнт критично дивився на навколишнє середовище, передбачаючи, як протез найкраще йому допоможе та/або як адаптуватися до середовища.

3. Критерії якості реабілітаційної допомоги

Обов'язкові:

- 1) призначити конкретний вид протезу, ортезу чи іншого ДЗР, на основі результатів застосування інструментів оцінювання функціонування, вказаних у додатку 1 до цього Стандарту;
- 2) попередньо оцінити готовність пацієнта до протезування, включаючи: стан кукси (загоєння рани, форму кукси, відсутність інфекцій або виразок); потреби та цілі пацієнта; інтенсивність больового синдрому (включаючи фантомний біль); психоемоційний стан пацієнта;
- 3) ефективність опанування пацієнтом протезу чи ортезу, ДЗР має визначатись членами МДРК (до якої обов'язково входить протезист-ортезист) за результатами використання інструментів оцінювання функціонування, згідно з додатком 1 до цього Стандарту;
- 4) основні елементи, які повинні бути враховані при підборі протезу: конструкція (наприклад, підготовча чи остаточна); анатомічна сторона та рівень ампутації; тип інтерфейсу гільзи (наприклад, м'яка вставка, еластомерна підкладка, гнучкий термопластичний матеріал); тип каркасу гільзи (наприклад, термопластичний або ламінований); для пацієнтів з АВК: механізм підвіски (наприклад, ремінь, присмоктування, анатомічний); термінальний пристрій (далі - ТП); зап'ястний блок (якщо застосовується); ліктьовий блок (якщо застосовується); плечовий блок (якщо застосовується);
- 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;
- 6) досягати успішність занять з опанування протеза шляхом поділу процесу навчання на поетапне виконання пацієнтом індивідуальних контрольних завдань;
- 7) надати пацієнту інформацію щодо протезування з основних тем:

процес виготовлення та встановлення протеза;
 типи кріплень протезів;
 про м'язи, які беруть участь у роботі пристроїв;
 як працюють міоелектричні протези;
 як міоелектричне програмне забезпечення може ідентифікувати перемикання між діями протезів (швидке/повільне, спільне скорочення, подвійний/потрійний імпульс);
 системи розпізнавання патернів руху;
 пояснити, що, незважаючи на те, що існує більше пристроїв і систем управління, використання мікрровольт, що проходять через м'язи, в якості перемикачів не є досконалою системою; трапляються помилки і точний контроль не гарантується;
 перевірити безпеку та ситуації, які можуть бути небезпечними, наприклад, утримання важкої техніки без можливості автоматичного розблокування/відкриття ТП;
 типи ТП для протезів з тяговим керуванням або міоелектричних протезів;
 переваги та недоліки різних ТП;

8) пацієнтам з дуже короткими трансфеморальними ампутаціями або екзартикуляцією кульшового суглоба виготовляти більш складні куксоприймальні гільзи;

9) пацієнтам з дуже короткими трансфеморальними ампутаціями або екзартикуляцією кульшового суглоба багаторазово коригувати куксоприймальні гільзи висококваліфікованим протезистом-ортезистом протягом усього процесу реабілітації з урахуванням змін розміру, форми і чутливості кукс;

10) первинне протезування пацієнтів з двосторонніми трансфеморальними ампутаціями починати з застосування коротких стабілізаційних протезів;

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;

13) при тренуванні пацієнта з протезом проводити навчання керуванню протезом відповідно до типу (тяговий метод чи зовнішнє джерело живлення) згідно з додатком 4 до цього Стандарту;

14) при тренуванні пацієнта з протезом проводити навчання оперуванню всіма суглобами окремо та разом згідно з додатком 5 до цього Стандарту;

15) при тренуванні пацієнта з протезом ВК фахівцю з реабілітації переглядати Бімануальний список завдань, наведений у додатку 6 до цього Стандарту, визначати значущі для пацієнта завдання, а потім тренувати і обговорювати, які підходять є ефективними і що найкраще працює для пацієнта, а

також стратегії для адаптації завдань або об'єктів для полегшення виконання завдань;

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);

17) надати пацієнту інформацію про можливості модернізації протезу, адаптивного обладнання або додаткових засобів (ортези, допоміжні пристрої, функціональні насадки тощо);

18) надати пацієнту інформацію щодо наступних ознак та симптомів, які можуть потребувати модифікації протеза:

постійний біль у куксі або біль, що виникає під час носіння протеза;

порушення цілісності шкіри;

труднощі при одяганні та зніманні протеза;

зміна об'єму кінцівки (як у бік збільшення, так і зменшення);

зміна способу використання протеза;

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));

зворотній зв'язок з пацієнтом щодо ефективності та зручності;

надання письмових рекомендацій щодо догляду за протезом та куксою після завершення надання реабілітаційної допомоги у стаціонарі.

Бажані:

20) забезпечити наявність зворотного зв'язку з пацієнтом через 1, 3 та 6 місяців після початку користування протезом для підтримки тривалої адаптації та попередження ускладнень;

21) забезпечити супровід пацієнта для соціальної інтеграції, зокрема: включення в програми «рівний-рівному», реінтеграцію в громаду, професійну переорієнтацію тощо.

Індикатори якості реабілітаційної допомоги

Перелік індикаторів якості реабілітаційної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ампутаціями кінцівки (кінцівок).
2. Кількість (відсоток) пацієнтів з ампутацією кінцівки, яким було розроблено ІРП.
3. Частка пацієнтів з ампутаціями, для яких були складені програми терапії кожним фахівцем МДРК.
4. Частка пацієнтів, які пройшли консилиум за участю протезиста-ортезиста перед протезуванням (заплановані ампутації або підготовка до протезування).
5. Частка пацієнтів, які продовжили користуватись протезом через 3 місяці після завершення первинної програми протезування.
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.

Паспорти індикаторів якості реабілітаційної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ що надають спеціалізовану медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з ампутацією кінцівки (кінцівок).

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор відображає організаційний аспект запровадження сучасного КМП в регіоні. Якість реабілітаційної допомоги пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок), відповідність надання реабілітаційної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному Стандарту, ефективність втручань даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу зазначених аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок), розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих на певній території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок) та зареєстровані на певній території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ампутацією кінцівки, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП (наданий екземпляр КМП).

Джерелом інформації є КМП пацієнтів з ампутацією кінцівки (кінцівок), наданий ЗОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Кількість (відсоток) пацієнтів з ампутацією кінцівки (кінцівок), яким було розроблено ІРП.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює системність, повноту та якість планування реабілітаційної допомоги пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок) шляхом документального підтвердження наявності ІРП, розробленого відповідно до потреб пацієнта та з урахуванням мультидисциплінарного підходу. Реалізація та моніторинг виконання ІРП характеризує якість реабілітаційної допомоги.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%;

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок), розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ампутацією кінцівки (кінцівок), які звернулися за отриманням реабілітаційної допомоги, і які за

результатами первинного реабілітаційного обстеження потребують реабілітації. Джерелом інформації є статистичний звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість пацієнтів з ампутацією кінцівки, яким надавалась реабілітаційна допомога у визначений період часу (звітний період) в ЗОЗ, що зареєстровані на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість складених ІРП пацієнтів з ампутацією кінцівки (кінцівок), що проходили реабілітаційний курс в ЗОЗ, які зареєстровані в районі обслуговування у визначений період часу (звітний період). Джерелом інформації є ІРП пацієнтів з ампутацією кінцівки (в паперовому або електронному вигляді), медичні записи в ЕСОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Частка пацієнтів з ампутаціями, для яких були складені програми терапії кожним фахівцем МДРК.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор відображає повноту індивідуалізованого реабілітаційного планування та мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів з ампутацією шляхом документального підтвердження складання програм терапії усіма залученими фахівцями МДРК.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%;

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок), розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ампутаціями, які отримували реабілітаційну допомогу.

Джерелом інформації є статистичний звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість пацієнтів з ампутацією кінцівки, яким надавалась спеціалізована реабілітаційна допомога у визначений період часу (звітний період) в ЗОЗ, що зареєстровані на території обслуговування, медичні записи в ЕСОЗ.

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів з ампутаціями, для яких усі фахівці МДРК склали програми терапії.

Джерелом інформації є заповнені програми терапії для пацієнтів з ампутаціями, ЕСОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Частка пацієнтів, які пройшли консиліум за участю протезиста-ортезиста перед протезуванням (заплановані ампутації або підготовка до протезування).

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює забезпечення командного міждисциплінарного підходу до планування протезування, що враховує анатомо-функціональні, психологічні, соціальні та функціональні особливості пацієнта.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу, розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає кількість пацієнтів з плановою ампутацією кінцівки або перед початком первинного протезування.

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів, яким було проведено консиліум за участю протезиста-ортезиста.

Джерелом інформації є: медичні записи в ЕСОЗ, ІРП, програма терапії, форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

5. Частка пацієнтів, які продовжили користуватись протезом через 3 місяці після завершення первинної програми протезування.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює ефективність первинного протезування, індивідуалізації підбору протезу та навчання користуванню ним.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 80%;
 2026 рік – 90%;
 2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу, розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає кількість пацієнтів, яким завершено первинну програму протезування у звітному періоді.

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів, які продовжують користуватись протезом через 3 місяці після завершення первинної програми протезування.

Джерелом інформації є: медичні записи в ІРП, програма терапії, форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

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.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює ефективність реабілітаційних втручань через вимірювання покращення функціональної незалежності пацієнта.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;
 2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу, розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ампутацією.

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів з ампутацією, які покращили показник за індексом Бартел ≥ 10 балів.

Джерелом інформації є: ІРП, програма терапії, форма № 044-1, форма № 003/о. Значення індикатора наводиться у відсотках.

Ресурсне забезпечення виконання стандарту

Кадрові ресурси

Надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок) забезпечується фахівцями з реабілітації, які входять до складу МДРК, зокрема але не виключно: лікарями фізичної та реабілітаційної медицини; фізичними терапевтами; ерготерапевтами; протезистами-ортезистами; психологами, психотерапевтами; сестрами/братами медичними з реабілітації; асистентами фізичних терапевтів; асистентами ерготерапевтів.

У разі досягнення пацієнтом стану функціонування, який потребує лише одного виду терапевтичних втручань, надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з ампутацією кінцівки (кінцівок) забезпечується фахівцем з реабілітації, який надає допомогу самостійно відповідно до вимог законодавства України, а саме, в залежності від потреб в терапії - фізичним терапевтом або ерготерапевтом.

Матеріально-технічне забезпечення

Вимоги до переліку обладнання, необхідного для реалізації Стандарту, матеріально-технічного забезпечення реабілітаційних відділень, підрозділів ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу, наведено в Примірних табелях матеріально-технічного оснащення амбулаторних та стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу дорослим та дітям у післягострому реабілітаційному періоді і Примірному табелі матеріально-технічного оснащення кабінетів для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах фахівцями з реабілітації самостійно та закладами охорони здоров'я, 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 в Переліку допоміжних засобів реабілітації, які можуть надаватись особам з обмеженнями повсякденного функціонування, що отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, шляхом безоплатного користування, наведеному в 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».

Перелік джерел та нормативно-правових актів використаних при розробці стандарту реабілітаційної допомоги

1. 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/
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
3. Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я».
4. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні».
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 року № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю».
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».
11. Наказ Міністерства економіки України від 09 квітня 2022 року № 810-22 «Про затвердження національного класифікатора НК 030:2022».
12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.
13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей».
14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної

допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216.

15. Наказ 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».

16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 липня 2023 року № 1338 «Про затвердження Порядку функціонування кабінетів асистивних технологій», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 серпня 2023 року за № 1503/40559.

17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»».

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 листопада 2024 року № 1946 «Про затвердження Переліку рекомендованих інструментів оцінювання функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я особи».

19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів».

20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 березня 2025 року № 511 «Про затвердження Довідника допоміжних засобів реабілітації та Довідника показників спостережень та їх значень, розроблених на основі LOINC та інших міжнародних систем класифікації».

21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 травня 2025 року № 873 «Про затвердження порядку надання спеціалізованої медичної допомоги з застосуванням методу остеointегративного протезування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 червня 2025 року за № 897/44303.

22. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів».

**Директор Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА

Додаток 1
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання реабілітаційної
допомоги при ампутації кінцівки»
(пункт 3 розділу II)

**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 АМР (без протеза і з протезом)
Тест «Чотири квадрати» FSST (<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/four-square-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 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

Додаток 2
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання реабілітаційної
допомоги при ампутації кінцівки»
(пункт 3 розділу III)

Переваги та недоліки протезів за типами

	Переваги	Недоліки
Без протеза	+ Комфорт (без додаткових пристроїв/ременів/підвісок) + Тактильні відчуття через залишкову кінцівку + Пропріоцептивний зворотний зв'язок, доступний через залишкову кінцівку	- Відсутність активного або механічного захоплення - Обмежена здатність виконувати завдання, що потребують двох рук - Підвищена ймовірність травм здорової кінцівки через надмірне навантаження - Збільшений ризик асиметрії та болю в спині
Пасивний протез	+ Легкий + Естетично привабливий вигляд + Мінімальне зусилля при кріпленні + Низькі вимоги до обслуговування + Відсутність кабелів управління + Силіконові вироби, стійкі до забруднень	- Відсутність функціонального захоплення - Може мати дуже високу вартість - Латексні, ПВХ-рукавички або шкіряні протези легко піддаються забрудненню
Тягові протези	+ Довговічний і підходить для завдань або середовищ, які можуть пошкодити протез із зовнішнім живленням (наприклад, у середовищах з надмірною кількістю води, пилу або вібрації) + Вторинний пропріоцептивний зворотний зв'язок	- Потребує плечевого кріплення - Менша сила захоплення з вільним відкриттям ТП порівняно з електричними варіантами - Видимий гачок і кабелі

	+ Менші витрати на обслуговування порівняно з електричними варіантами + Переважно призначений для важких робіт та активностей + Потребує менше навчання для використання + Може застосовуватися з ТП, специфічними для конкретної активності	
Гібридний протез	+ Одночасне керування ліктем і ТП або зап'ястям + Легший, ніж повністю електричний протез для ліктя + Більша сила захоплення порівняно з тяговим протезом + Переваги електричного ТП та функціонування зап'ястя	- Потребує ременя для ліктя - Чутливий до пошкоджень через вологість або надмірну вібрацію - Потребує обслуговування батареї
Протез із зовнішнім джерелом живлення	+ Пропорційна або змінна швидкість захоплення/обертання + Переваги електричного ТП та функціонування зап'ястя + Можливість більш природного/естетичного вигляду + Потенціал для розпізнавання образів і одночасного контролю + Менша потреба в рухах плечем для роботи ТП	- Збільшений час на навчання - Складне управління, часто трапляються ненавмисні рухи - Потребує ременя для трансгумеральної ампутації - Вимагає обслуговування батареї - Зазвичай важчий за тяговий протез - Складніший у ремонті - Чутливий до пошкоджень від вологи або надмірної вібрації - Має вищу вартість
Протез призначений для виконання конкретного завдання	+ ТП і плече дозволяють виконувати специфічні дії + Може мати мінімальну потребу в кріпленні + Зазвичай має обмежену кількість кабелів керування або їх відсутність	- Відсутність функціонального захоплення - Не підходить для виконання широкого спектра функцій - Може потребувати кількох ТП для різних дій

	+ Довговічний, не потребує обслуговування + Захищає основний протез від пошкоджень	
--	--	--

Додаток 3
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання реабілітаційної
допомоги при ампутації кінцівки»
(пункт 3 розділу III)

Критерії призначення МПК та маршрут пацієнта

Щоб бути кандидатом для призначення МПК, пацієнт повинен:

відповідати принаймні одному критерію в кожному з них: “Рівень ампутації”,
“Рівень активності” та “Рівень мобільності”;
відповідати всім критеріям у розділі “Пацієнт повинен продемонструвати”;
мати хоча б одне з показань у розділі “Показання”;
не мають жодного з протипоказань у розділі “Протипоказання”.

Рівень ампутації:

односторонній трансфеморальний;
екзартикуляція кульшового суглоба;
екзартикуляція колінного суглоба;
двостороння АНК з принаймні однією трансфеморальною ампутацією.

Рівень активності:

К3, пацієнт може ходити з вільним механічним коліном і має здатність або потенціал для активної ходьби зі змінним темпом та подолання перешкод навколишнього середовища в якості амбулаторного пацієнта в громаді.

Рівень мобільності:

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.

Щоб бути кандидатом для призначення МПК, користувач повинен мати зручну, добре підігнану гільзу і мати можливість виходити з дому з вільним коліном. У цьому випадку МПК буде показано:

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;

коли ризик травми від падіння дуже високий через супутній медичний стан (наприклад, заміна суглобів верхньої кінцівки, нездатність захистити голову в разі падіння через пошкодження верхньої кінцівки, підвищений ризик переломів). Щоб довести відсутність факторів для зниження ризику травм, необхідно провести дослідження;

коли зменшення потреби у витраті енергії для ходьби дозволить користувачеві покращити мобільність і подолання перешкод у навколишньому середовищі.

Протипоказання:

обмежена когнітивна здатність розуміти вимоги експлуатації та догляду МПК;

види діяльності К4 (в основному види діяльності, що включають біг, оскільки більшість виробників МПК не рекомендують цього), за винятком випадків, коли виробник спеціально вказує придатність для виду діяльності К4, оскільки більшість виробників МПК не рекомендують використовувати їх для виду діяльності К4;

низький рівень активності - ампутація без можливості або з обмеженою здатністю пересуватися або потенціалом пересування рівною поверхнею з фіксованим темпом;

вага або зріст пацієнта не відповідає рекомендаціям виробника;

діяльність, пов'язана з зануренням у воду, якщо тільки виробник МПК спеціально не зазначає, що МПК є водонепроникним;

недостатньо місця для розміщення МПК (побудовано на доступній довжині) або де косметичний зовнішній вигляд буде проблемою для користувача;

неможливість досягти гарного прилягання куксоприймальної гільзи або забезпечення комфорту користування;

низький рівень мобільності (SIGAM A-C), який не може бути покращений за допомогою МПК;

пацієнт не може переносити вагу пристрою;

неможливість регулярно заряджати батареї МПК;

значна контрактура згинання стегна, що перешкоджає правильному вирівнюванню колінного суглоба та активації МПК відповідно до

рекомендацій виробника. Фіксоване згинання стегна на 30 і більше градусів навряд чи підходить для призначення МПК;
неспроможність користувача здійснювати регулярне технічне обслуговування відповідно до рекомендацій виробника.

Маршрут пацієнта

Відбір пацієнтів

Відповідні пацієнти відбираються повною МДРК відповідно до критеріїв придатності, викладених вище. Пацієнти також можуть звернутися до групи для розгляду їхньої кандидатури на пробне використання та призначення відповідно до критеріїв. Очікується, що більшість випадків будуть пацієнтами, яким первинно був наданий не-МПК, хоча деякі нові первинні пацієнти можуть бути розглянуті, якщо не-МПК не підходить для їх потреб.

Повна клінічна оцінка

Включає повний збір анамнезу та фізикальне обстеження з оцінкою повсякденної діяльності та потреб пацієнта, з урахуванням всіх особистих, соціальних, професійних та заняттєвих аспектів. Одне, або більше показань для призначення МПК повинні бути чітко визначені, і МДРК рекомендовано виключити будь-які можливі протипоказання до призначення МПК.

Постановка цілей

Це процес, орієнтований на пацієнта, який враховує його здібності, потреби та прагнення. Важливо визначити чіткі цілі реабілітації, які повинні бути досягнуті після призначення (конкретні, вимірювані, досяжні, реалістичні та своєчасні). МДРК варто розглянути всі можливі доступні компоненти колінного суглоба (в тому числі, не-МПК), які можуть сприяти досягненню цих цілей.

Випробування

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

Показники результатів

Показники кінцевих результатів рекомендовано оцінювати за допомогою існуючого протезу без МПК, і повинні включати інструменти оцінювання, які визначають показники результатів на основі відповідей пацієнта. Однакові результати мають повторюються до кінця тестування МПК для можливості їх порівняння. Повинні бути чітко виявлені значущі функціональні зміни. Результат повинен бути стійким і сильно пов'язаним з повсякденним життям пацієнта (тобто

не пов'язаним з рідкісним або одноразовим завданням). Настійно рекомендується відеозапис ходи під час виконання завдань, що відповідають узгодженим цілям, як доказ поліпшення. Показники результатів слід оцінювати під час річного контрольного огляду, щоб підтвердити стійкі довгострокові переваги.

Спостереження

Подальші огляди слід проводити з інтервалом у 6 місяців протягом першого року та принаймні щорічно після цього етапу. Під час подальшого спостереження початкові цілі переглядаються, щоб переконатися, що пацієнт продовжує отримувати повну користь від використання МПК. Індивідуальні особисті/функціональні/соціальні, професійні або заняттєві зміни можуть вплинути на придатність пацієнта до використання МПК, і будь-яке призначення слід переглядати/змінювати за клінічними показаннями. Рекомендації виробника та гарантійні умови можуть вимагати подальших оглядів на заздалегідь визначених етапах, і дотримання цих вимог (як з боку МДРК, так і з боку пацієнта) є необхідним. Постачальники послуг і пацієнти несуть відповідальність за регулярне технічне обслуговування, рекомендоване виробником.

Додаток 4
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання реабілітаційної
допомоги при ампутації кінцівки»
(пункт 3 розділу V)

Керування протезом із тяговим методом керування/із зовнішнім джерелом живлення

А. Керування протезом із тяговим методом керування

Протез, що приводиться в дію тілом або за допомогою кабелю, контролюється рухами власного тіла. Залежно від рівня ампутації, великі м'язові рухи фіксуються кабелем, що проходить від кріплення до ТП. Певні комбінації проксимальних рухів створюють натяг через кабель, що призводить до функціонування протеза. Для пацієнта з трансрадіальною ампутацією згинання в плечовому суглобі та відведення лопатки приводить в рух ТП. Важливо навчити пацієнта мінімізувати рухи протилежним плечем і лопаткою, щоб забезпечити оптимальний контроль одностороннього протеза. Для пацієнта з трансгумеральною ампутацією кабель від кріплення до ТП проходить через анкер(и) біля ліктьового суглоба. Згинання в плечовому суглобі та розгинання лопатки призводить до згинання ліктя, коли лікоть розблокований, а ТП відкривається або закривається, залежно від типу ТП (добровільне відкриття або добровільне закриття). Блокування та розблокування ліктьового блока здійснюється за допомогою ремінця, прикріпленого до поясу (упряжі), який проходить до передньої частини плеча в ліктьовий блок. Прикладання натягу через фіксуючий ремінь блокує і розблоковує ліктьовий блок. Блокування ліктьового блока в різних положеннях досягається за допомогою косого розгинання плечового суглоба кукси та опускання лопатки. Для розблокування ліктьового блока спочатку слід відвести фіксуючий ремінь назад, а потім таким же рухом зафіксувати його. Лікоть не зафіксується, якщо не зняти натяг з фіксуючого ремня, що досягається підняттям лопатки при нейтральному або злегка зігнутому плечі. Для нових користувачів відведення плечового суглоба може бути перебільшеним під час розгинання плечового суглоба та притискання лопатки для блокування або розблокування ліктя, проте з покращенням навичок відведення буде використовуватися рідше.

В. Керування протезом із зовнішнім джерелом живлення

Протез із зовнішнім живленням - це протез, який має щонайменше одне моторизоване з'єднання, що живиться від акумулятора і приводиться в дію користувачем за допомогою одного або декількох елементів керування. Найпоширенішими елементами керування для протезів із зовнішнім живленням є електроміографічні (ЕМГ) поверхневі електроди, вбудовані в куксоприймальну

гільзу. Протези з зовнішнім джерелом живленням, які використовують ЕМГ електроди, зазвичай називають “міоелектричними” протезами. ЕМГ електроди можна уявити собі як антени, які вловлюють електричний сигнал, що випромінюється м'язовою тканиною під час скорочення. Потім ці сигнали посилюються і перетворюються на команди, які використовуються для управління рухом певного моторизованого суглоба. Налаштування та програмування можливе за допомогою різних програмних пакетів, які залежать від конкретного протеза, що використовується. Важливо розуміти, що місця розташування ЕМГ не завжди враховують компоненти з зовнішнім живленням. Для розширення можливостей використання з'єднань з зовнішнім живленням доступні інші керуючі елементи, такі як силочутливі резистори, лінійні перетворювачі, тумблери і перемикачі, а також інерційні вимірювальні пристрої.

Залежно від рівня ампутації, типів компонентів і кількості доступних “суглобів”, з яких складається міоелектричний протез, можуть використовуватися різні стратегії керування. Стратегія керування - це метод, який використовується для передачі наміру користувача щодо управління протезом, шляхом перетворення цього наміру в електричний сигнал і використання цього електричного сигналу для активації певного руху суглоба з електроприводом. Різні конфігурації керування можуть бути запрограмовані в протезі протезистом за участю пацієнта і терапевта. Вони включають послідовні та/або одночасні стратегії керування.

Послідовне керування - це система, в якій кожен суглоб контролюється однаковими вхідними сигналами, і користувач повинен циклічно перемикати кожен “режим” (наприклад, “режим кисті”, “режим зап'ястя” або “режим ліктя”), щоб дістатися до руху суглоба, який він бажає контролювати. Для перемикання з одного режиму на інший конфігурація керування може включати такі стратегії, як спільне скорочення двох м'язів, використання жорсткого/швидкого скорочення проти м'якого/повільного скорочення, використання окремого входу. Крім того, можна налаштувати автоматичне перемикання на певний режим після заздалегідь визначеного часу затримки.

Одночасне керування - це використання додаткових елементів керування, які можуть бути призначені для певних рухів. Найпоширенішим прикладом є трансгумеральний протез, який використовує лінійний перетворювач для керування електричним ліктем і два антагоністичних м'язи, які запрограмовані на керування ТП та/або зап'ястям з електроприводом. Таке налаштування дозволяє користувачеві одночасно активувати лікоть з ТП або зап'ястям, оскільки лікоть завжди активний. Управління зап'ястям і ТП здійснюється за допомогою послідовної стратегії, як описано вище.

Системи розпізнавання електроміографічних патернів, розроблені для використання з протезами, можуть покращити здатність пацієнтів з АВК до більш інтуїтивного керування протезами з зовнішнім живленням. Системи розпізнавання патернів використовують масив численних поверхневих електродів ЕМГ і здатні

розпізнавати більш різноманітні патерни м'язових скорочень, порівняно з традиційними одно- або двоелектродними системами. За допомогою комп'ютерного програмного забезпечення ці патерни можна диференціювати і призначити певним моторним командам протеза з зовнішнім живленням. Розпізнавання патернів може принести користь пацієнтам з високим рівнем ампутації та тим, хто переніс цілеспрямовану м'язову реіннервацію.

Ще одним варіантом стратегії керування, що розвивається, є “управління кінцевою точкою”. Ця стратегія дозволяє користувачеві приводити в дію кілька суглобів з електроприводом в одночасному скоординованому русі, щоб вивести ТП в потрібну точку в просторі. Для такого керування краще підходять інерційні одиниці вимірювання або входи розпізнавання патернів ЕМГ. Наприклад, протез верхньої кінцівки з зовнішнім приводом, який включає в себе плече, лікоть, зап'ястя і кисть, має велику кількість ступенів свободи з приводом. Замість того, щоб планувати рух кожного суглоба з приводом, щоб привести протезний ТП у потрібне положення, команди управління, використовуючи “управління кінцевою точкою”, можуть бути спрощені як “рука вгору/вниз”, “рука вліво/вправо”, “рука вперед/назад” тощо. Керування кінцевими точками зменшує кількість необхідних керуючих входів у системі і може забезпечити координовані рухи плеча, ліктя, зап'ястя та кисті. Ця стратегія керування забезпечує альтернативну точку відліку для керування протезом і створює потенціал для поліпшення антропоморфних рухів в протезах для більш проксимальних рівнів ампутацій.

Додаток 5
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання реабілітаційної
допомоги при ампутації кінцівки»
(пункт 3 розділу V)

Керування протезом: оперування всіма суглобами окремо та разом

З тяговим керуванням: навчіть пацієнта керувати всіма рухами пристрою за допомогою загальних рухів тіла. Запропонуйте пацієнту керувати пристроєм на різній висоті та відстані від тіла.

Міоелектричні: почніть з використання програм, щоб максимізувати точність управління, особливо для пацієнтів з більш складними системами управління, такими як швидкий/повільний, подвійний/потрійний імпульс, лінійний потенціометр і розпізнавання патернів руху.

Проведіть тестування точності: попросіть пацієнта виконати чотири рухи зап'ястям і ТП, як описано нижче. Повторіть три рази відкривання, обертання за годинниковою стрілкою, закривання та обертання проти годинникової стрілки. Запишіть, чи були вони а) правильними, б) виконали неправильний рух/затрималися із зазначенням кількості спроб, або в) не змогли. Особа 1) відкриває ТП на 3/4 повного розгинання пальця, 2) супінує на 180 градусів 3) закриває ТП на 1/4 розгинання, і 4) пронує на 180 градусів. Це повторюється тричі, і терапевту слід підказати пацієнту наступний рух, щоб йому не довелося вгадувати. Клініцисти можуть скласти список рухів від 1 до 12, відмітити, коли є помилка або затримка, і отримати відсоток точності, розділивши правильні рухи на 12 рухів, щоб відстежувати прогрес у часі.

Рекомендовано залучити протезиста, оскільки він може запропонувати більше налаштувань для покращення міоелектричного сигналу та контролю.

Якість рухів: рекомендовано навчити пацієнта утримувати опорні суглоби у відповідному положенні, щоб запобігти перенапруженню та незручним рухам. Варто використовувати дзеркала та сигнали терапевта, щоб допомогти пацієнту усвідомити компенсаторні рухи, такі як відведення плеча, надмірне згинання плеча, відведення ліктя або надмірна внутрішня ротація плечової кістки. Підказки терапевта, дзеркала та відеозв'язок (з дозволу пацієнта) можуть бути використані для того, щоб пацієнт навчився підтримувати розгинання грудного відділу хребта, забезпечувати ретракцію/опускання лопатки, тримати лікоть приведеним та уникати вищезгаданих аберантних компенсаторних рухів.

Позиціонування: навчіть пацієнта передбачати відповідне положення, в якому повинні знаходитися протези для оптимального виконання обраного завдання. Наприклад, при підготовці до захвату переконайтеся, що гак або пальці спрямовані у відповідному напрямку, щоб оптимізувати захват. Або, більш конкретно, перед

тим, як взяти предмет з іншої руки, розкрийте протез і поверніть його до здорової руки.

Завдання ротації:

передавати предмети в протез і з протеза в протилежну руку в різних положеннях. Робити це не дивлячись, за спиною, між ногами, а також у всіх положеннях руху ліктя і плеча;

захоплювати та відпускати предмети в різних площинах руху, щоб оптимізувати використання протеза для всіх завдань;

труднощі, пов'язані з опорою на тіло: робота з повним згинанням ліктя, плеча під кутом 90 градусів, над головою або за спиною. Пацієнтам слід розповісти про 3-вимірну функціональну “оболонку” для використання протеза (область навколо тіла, де протезом найлегше керувати), яка знаходиться перед ними;

труднощі з міоелектричною силою: перенесення над головою, дотягування, утримання важких предметів та утримання, щоб не впустити предмети.

Слід експериментувати з використанням ТП з двосторонніми завданнями: попросіть пацієнта спробувати виконати двосторонні завдання (див. список завдань нижче) кількома різними методами/стратегіями і подивіться, що працює найкраще для нього. Обговоріть переваги та недоліки виконання, зосередьтеся на ефективності рухів.

Зав'язування шнурків, або шнурування на дошці: попросіть пацієнта визначити, яка кількість щипків є найефективнішою і як швидко він зможе це зробити, коли знайде найкращий метод.

Спробуйте виконати інші завдання трьома різними способами і обговоріть, який з них працює найкраще.

Регулювання протеза: пацієнт повинен навчитися, за необхідності, регулювати протез або протезну систему керування та опанувати тонкощі керування.

Протез із тяговим керуванням: як відрегулювати довжину кабелю керування. Як затягнути або зафіксувати ТП в одному положенні. Як використовувати прокладку або запобігати натиранню від протеза. Як полагодити зламаний кабель або ремінець.

Міоелектричний протез: як змінювати коефіцієнт підсилення електродів. Коли вимикати пристрій або відключати функції, наприклад, відключення кисті/зап'ястя або блокування суглоба.

Куксоприймальна гільза: як зняти або змінити тиск з куксоприймальної гільзи, а також як виконати різні регулювання кріплення куксоприймальної гільзи.

Утримування предметів під час виконання завдань. Розвиток довіри та навчання, де і коли завдання можна виконувати послідовно. Три точки контролю об'єкта є оптимальними.

Тримання кави під час роботи з клавішами та відчиненими дверцятами.

Утримання стабілізатора під час нарізання.

Завдання зі шнурування шкіри.

Нитки для бісероплетіння.

Нарізання фруктів і нанизування їх на дерев'яну шпажку.

Спритність: заохочуйте до швидкого виконання завдань, щоб підвищити ефективність і покращити роботу.

Хронометраж простих завдань за допомогою секундоміра, наприклад, складання конусів або переміщення блоків.

Попросити пацієнта передбачити, скільки часу знадобиться для виконання певного завдання, і перевірити, чи правильно він це зробив.

Запропонуйте пацієнту знайти спосіб виконати завдання швидше або позмагатися з іншим пацієнтом заради розваги.

Легкий дотик: практикуйте легкі дотики, щоб запобігти деформації або розбиттю певних предметів. Можна виконувати з пінопластовими блоками або тонкими одноразовими пластиковими стаканчиками.

Виконання завдань не дивлячись, наприклад, у темряві, щоб полегшити пропріоцептивні знання та навички з ТП у просторі. Наприклад, такі завдання, як: вдягти/зняти рукавичку, штани, сорочку, піджак, зав'язати краватку.

Повне виконання завдань: більше практики з повторюваними завданнями для підвищення автоматизму та спритності

Складання білизни/рушників, миття посуду, прибирання, пилосос або підмігання.

Завдання з гаманцями, підшивання файлів, шнурування або шиття.

Додаток 6
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання реабілітаційної
допомоги при ампутації кінцівки»
(пункт 3 розділу V)

Бімануальний список завдань для пацієнтів з протезом ВК

Самостійно приймати їжу за допомогою столових приборів Різати їжу ножом Відкривати різноманітні харчові пакети Їсти їжу руками Пити з чашки або пляшки Одягати/знімати бюстгальтер Одягати/знімати сорочку або пуловер Одягати/знімати сорочку на гудзиках, застібати/розстібати манжети і перед Користуватися блискавками та кнопками Одягати/знімати штани Надягати/знімати пояс Одягати/знімати шкарпетки Взувати/роззувати черевики чи чоботи Зав'язувати/розв'язувати шнурки на взутті Закручувати/відкручувати кришку тюбика із зубною пастою Вичавлювати зубну пасту з тюбика Користуватися зубною щіткою для чищення зубів Використовувати зубну нитку Відкривати/закривати пляшку або коробку з таблетками Маніпулювати таблетками Голитися Проводити догляд за залишковими кінцівками	Чистити протез Знімати та надягати протези Перезаряджати акумулятори Змінювати ТП Зняти/прикріпити кріплення протеза Вмикати/вимикати протез Надягати компресійну білизну або рукав Виконувати догляд за шкірою – візуальний огляд Прати одяг Розвішувати одяг Складати одяг Встановлювати прасувальну дошку Гладити одяг Мити посуд вручну Сушити посуд рушником Завантажувати та розвантажувати посудомийну машину Використовувати мітлу та совок Працювати з пилососом Користуватися вологою та сухою шваброю Підмітати/мити підлогу Витирати пил з меблів Чистити стільниці Чистити унітаз/раковину/ванну Застеляти постіль/змінювати простирадла Замінювати мішок для сміття Відкривати/закривати герметичні або нові банки Відкривати кришку банки Нарізати овочі Чистити овочі
---	--

Мити спину	Очищати банан
Наносити дезодорант	Розбивати яйце
Мити/сушити руки	Перемішувати їжу в мисці
Купати/сушити верхню частину тіла	Маніпулювати гарячими каструлями
Купати/сушити нижню частину тіла	Перевертати яйце або млинець лопаткою
Мити/сушити волосся феном	Використовувати мірні чашки
Видувати ніс	Використовувати мірні ложки
Користуватися туалетним папером	Користуватися лопаткою для морозива
Виконувати процедури жіночої гігієни	Використовувати тостер
Користуватися туалетом із змивом	Відкривати банку з кришкою типу «поп-топ» (Кришка-відкидка - це металевий елемент-петля, який відкриває банки для газованих напоїв та консервів)
Витирати себе	Загортати/розгортати їжу у фольгу або поліетиленову плівку
Наносити лосьйон	Ставити посуд у верхню шафу
Наносити макіяж	Зливати молоко з картону
Чистити нігті	Користуватися міксером
Стригти та підпилювати нігті	Використовувати пластикові пакети на замках
Полірувати нігті	Запалювати сірник
Вставляти/виймати контактні лінзи	Пришивати гудзик
Надягати та знімати окуляри	Поворот ключа в замку
Виконувати специфічні завдання для пацієнта	Носити валізу
Відкривати/закривати шпильки	Керувати віконними жалюзі
Змінювати підгузки	Відкривати контейнер для корму для тварин
Розчісувати/укладати волосся дитині	Кріпити та тримати повідець для собаки
Користуватися телефоном і робити нотатки одночасно	Змінювати наповнювач для котячого лотка
Користуватися дверною ручкою	Наповнювати ємність водою
Вставляти ланцюжок у замок	Грати в карти або настільну гру
Вмикати/вимикати шнур у розетку	Користуватися пультом дистанційного керування телевізором
Встановлювати час на годиннику	Налаштовувати радіо
Отримувати решту/рахувати монети	Користуватися комп'ютером: набір тексту, миша
Виймати ключі або гаманець із кишені	Використовувати CD/DVD програвач
Витягати купюру з гаманця	Купувати продукти – штовхати візок, вантажити, розвантажувати
Писати підпис	Носити сумки з продуктами
Відповідати на телефонний дзвінок	

Надсилати текстові повідомлення на мобільний телефон Відкривати пошту Тримати/перегортати сторінки м'якої обкладинки, журналу, газети Увімкнути лампу Використовувати парасольку Замінювати лампочку Вішати картину Користуватися ножицями Користуватися лінійкою Знімати та встановлювати кришку на ручці з чорнилом Точити олівець Складати та запечатувати лист Використовувати канцелярську скріпку Використовувати степлер Заправляти нитку в голку Загортати пакунок Носити піднос Надягати/знімати колготки Зав'язувати краватку або шарф Надягати/знімати рукавички Складати намет Веслувати на човні Стригти газон Фарбувати кімнату Збирати коробку для переїзду	Користуватися торговим автоматом Вносити/отримувати решту Користуватися банкоматом Користуватися громадським транспортом Відкривати та закривати двері автомобіля, багажник і капот Виконувати дії, необхідні для керування транспортним засобом Відкривати/закривати кришку бензобака та дверцята Увімкнути бензонасос Доливати рідину для склоочисників Перевіряти рівень та додавати масло Мити вікна Очищати автомобіль від льоду/снігу Пристібати/відстібати ремінь безпеки Запускати двигун Розпалювати вогонь у вогнищі Готувати їжу на грилі Знищувати бур'яни/підстригати живопліт Встановлювати та підніматися по драбині Керувати елементами управління
---	---