



Комплексна реабілітація онкологічних пацієнтів: роль фармацевтичної підтримки в процесі відновлення

О. Г. Алексєєв^{1D,F}, В. В. Чемирисов^{1D,C}, Ю. Ю. Сізінцова^{1D,A,B}, Д. Ю. Тарнавська^{1D,E}

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

Комплексна реабілітація онкологічних хворих передбачає одночасне застосування різних видів реабілітації, мета й завдання яких мають бути узгоджені. Для ефективного лікування онкохворих важливо здійснювати реабілітаційні заходи від початку захворювання, комплексно, систематично та за індивідуальною схемою для конкретного пацієнта. Комплексна реабілітація включає низку лікувальних і відновлювальних заходів. Вибір реабілітації прямо залежить від типу та тяжкості перебігу захворювання, фізіологічних особливостей організму, результатів аналізів і рекомендацій лікаря, беруть до уваги і інші медичні аспекти. Комплексна реабілітація необхідна не тільки для профілактики рецидивів пухлинної хвороби, корекції ускладнень внаслідок стандартного лікування, але й для підвищення якості життя таких пацієнтів, їхньої активної життєдіяльності у родині, інтеграції в суспільне життя. Ці фактори обґрунтовують доцільність забезпечення хворих онкологічного профілю індивідуальними програмами реабілітації не тільки на час перебування у спеціалізованих лікувальних закладах, але протягом тривалішого відновлення в реабілітаційних центрах.

Мета роботи – аналіз сучасної проблематики комплексної реабілітації онкологічних хворих.

Матеріали і методи. Пошук інформаційних джерел здійснено з використанням офіційних баз нормативно-правових актів України, а також актуальних даних законодавчо-нормативної бази у сфері охорони здоров'я, медичної реабілітації та соціальної політики. Перевагу надавали джерелам, що регулюють питання медичної допомоги онкологічним пацієнтам, організації реабілітаційного процесу та впровадження індивідуальних програм реабілітації. У ході роботи застосовано методи аналізу, порівняння, синтезу, узагальнення, пояснення та класифікації.

Результати. Вивчено проблематику комплексної реабілітації онкологічних хворих. Такий вид реабілітації визначено як головний і необхідний для профілактики рецидивів хвороби та підвищення якості життя пацієнтів онкологічного профілю. Наведено класифікацію пацієнтів на клінічні групи. На підставі результатів аналізу даних зробили висновок, що комплексна реабілітація має відповідати кожній групі клінічних випадків.

Висновки. Детально розглянувши й проаналізувавши проблематику комплексної реабілітації онкологічних пацієнтів, визначили, що реабілітація є важливою складовою соціальної політики, оскільки дає змогу пацієнтові брати участь у суспільному житті, реалізувати свої здібності і знання на ринку праці, крім того, реалізація таких заходів сприяє зменшенню кількості непрацездатних осіб, а отже позитивно впливає на соціально-економічну сферу.

Ключові слова: онкологічні хворі, комплексна реабілітація, індивідуальна програма реабілітації, клінічні групи онкохворих, експертиза ступеня зниження життєдіяльності.

Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2025. Т. 18, № 2(48). С. 228-232

Comprehensive rehabilitation of cancer patients: the role of pharmaceutical support in the recovery process

O. H. Aleksieiev, V. V. Chemyrsov, Yu. Yu. Sizintsova, D. Yu. Tarnavska

The current implementation of complex rehabilitation of cancer patients involves various types of rehabilitation that may interact with each other. For effective comprehensive treatment of cancer patients, it is important to carry out rehabilitation approaches from the very beginning, comprehensively, systematically and according to an individual scheme for a specific patient. Comprehensive rehabilitation includes a whole complex of therapeutic and rehabilitation treatments. The choice of rehabilitation depends on the type and severity of illness, physiological characteristics of the body, test results and doctor's recommendations, as well as a number of other medical aspects. Comprehensive rehabilitation is necessary not only to prevent relapses of swelling illness and to neutralize the complications of standard treatment, but also to improve the quality of life of such patients, their active life in the homeland, integration in the family life. The above is aimed at providing cancer patients with individual rehabilitation programs (IRPs) not only for the duration of their stay in specialized medical institutions, but also for longer-term recovery in rehabilitation centers.

ARTICLE INFO

UDC 614.1/2:616-006.6-036.838-085
DOI: 10.14739/2409-2932.2025.2.312204

Current issues in pharmacy and medicine: science and practice. 2025;18(2):228-232

Keywords: cancer diseases, rehabilitation, individual rehabilitation program, clinical groups of cancer patients, examination of the stage of decline in life expectancy.

Received: 21.03.2025 // Revised: 29.05.2025 // Accepted: 02.06.2025

© The Author(s) 2025. This is an open access article under the [Creative Commons CC BY 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

The aim: analysis of modern problems of complex rehabilitation of cancer patients.

Materials and methods. The search for information sources was conducted using official databases of Ukrainian legal and regulatory acts, as well as current documents within the legislative and normative framework in the fields of healthcare, medical rehabilitation, and social policy. Priority was given to sources governing the provision of medical care to oncology patients, the organization of rehabilitation processes, and the implementation of individualized rehabilitation programs. During the work, the method of analysis, comparison, synthesis, generalization, explanation and classification were used.

Results. Study of the problems of complex rehabilitation of cancer patients. First of all, the identification of this rehabilitation as the main and necessary for the prevention of relapses of the disease and improvement of this type patient's quality of life. A certain classification of patients by clinical groups was carried out and a conclusion was made that comprehensive rehabilitation should correspond to each group of clinical cases.

Conclusions. The analysis of current issues in the comprehensive rehabilitation of oncology patients confirms that rehabilitation is a key component of social policy, as it enables individuals to participate fully in social life and apply their skills and knowledge in the labor market. Furthermore, the implementation of such measures contributes to a reduction in disability rates, thereby positively influencing the socio-economic development of society.

Keywords: cancer diseases, rehabilitation, individual rehabilitation program, clinical groups of cancer patients, examination of the stage of decline in life expectancy.

Current issues in pharmacy and medicine: science and practice. 2025;18(2):228-232

У низці законодавчих актів України визначено завдання для компенсації обмежень життєдіяльності, спричинених порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму [1,2,3,4].

Мета роботи

Аналіз сучасної проблематики комплексної реабілітації онкологічних хворих.

Матеріали і методи дослідження

Пошук джерел інформації здійснено шляхом опрацювання чинної нормативно-правової бази України, що регламентує питання медичної та соціальної реабілітації, зокрема щодо онкологічних хворих. Вивчали передусім закони України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я та інші офіційні документи, що визначають правові, організаційні та функціональні аспекти впровадження індивідуальних програм реабілітації. Взято до уваги положення нормативних актів щодо класифікації клінічних груп пацієнтів, критеріїв зниження життєдіяльності та принципів забезпечення безперервної комплексної допомоги.

Під час дослідження застосовано загальнонаукові методи: аналізу – для вивчення нормативних документів і узагальнення ключових положень; порівняння – для зіставлення різних підходів до організації реабілітації; синтезу – для формування цілісного уявлення про сучасну модель комплексної реабілітації; пояснення – для інтерпретації взаємозв'язків між медичними, правовими й соціальними аспектами реабілітації онкологічних хворих.

Результати

Згідно з чинними нормативно-правовими актами, реабілітація у сфері охорони здоров'я – це комплекс заходів, здійснюваних фахівцями з реабілітації, які працюють у реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а

також у територіальних громадах у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно, надають реабілітаційну допомогу особі з обмеженнями повсякденного функціонування (або такій, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування) для досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування та якості життя у її середовищі.

Реабілітацію осіб з інвалідністю визначають як систему медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, що спрямовані на надання їм допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення й підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації і медичними виробами.

Реабілітаційні заходи з надання послуг – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на комплексну реабілітацію пацієнтів, надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення й підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, заходів з реабілітації у сфері охорони здоров'я.

Підтверджено, що реабілітація є важливим і невіддільним етапом у процесі лікування онкологічних хворих, метою якого є відновлення функцій органів і систем організму хворого та зменшення побічних проявів спеціального лікування.

Однчасне здійснення різних видів реабілітації є комплексною реабілітацією. У разі її застосування мету й завдання різних видів реабілітації слід узгоджувати між собою.

Комплексна реабілітація необхідна не тільки для профілактики рецидивів пухлинної хвороби, компенсації ускладнень внаслідок стандартного лікування,

але й для підвищення якості життя онкопацієнтів, їхньої активної життєдіяльності у родині, інтеграції в суспільне життя.

Отже, комплексна реабілітація ґрунтується на експертній діагностиці та визначає прогноз результату захворювання і, як наслідок, ступінь втрати життєдіяльності та обсяг соціальної допомоги і підтримки.

Конкретні методи для кожного хворого персонально, систематизовані в окремому документі, визначають як індивідуальну програму реабілітації (ІПР).

Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів із визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму, здатності конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

Фахівці медико-санітарної експертної комісії або лікарсько-консультативної комісії розробляють ІПР за участю особи з інвалідністю чи законного представника дитини з інвалідністю, до цього процесу залучають також спеціалістів закладів охорони здоров'я, органів соціального захисту, державної служби зайнятості, органів Пенсійного фонду України, Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю та інших органів, які провадять діяльність у сфері реабілітації осіб з інвалідністю.

Відмінними особливостями ракової хвороби є здатність первинної пухлини до інвазивного росту з проростанням навколишніх тканин, рецидивування (виникнення видаленої пухлини на тому самому місці), метастазування (виникнення осередків пухлинного росту в інших органах з окремих клітин основної пухлини, що поширюються).

За темпами росту умовно розрізняють такі метастази злоякісної пухлини:

– гарячі, що інтенсивно розвиваються, активно руйнують навколишні тканини, їх легко виявити клінічними методами;

– холодні, які зупинилися в розвитку та в неактивному стані тривалий час є в пацієнта, можуть знову переходити або не переходити в гарячі;

– німі, коли мікрومتастази виникли у різних органах у стані анабіозу, їх виявляють здебільшого випадково або в результаті цілеспрямованого дослідження (мікроскопічного, імунологічного тощо).

Міжнародну класифікацію TNM застосовують в усіх формах первинної облікової документації, за її допомогою формулюють зрозуміле загальне уявлення про поширеність злоякісного процесу. Разом із тим, ця класифікація є досить громіздкою і надмірно формалізованою.

Застосування класифікації за стадіями злоякісного процесу не доцільне під час складання ІПР, оскільки згодом буде складно скорегувати вхідні дані й власне ІПР зі зміною стадії (в разі прогресування пухлини, рецидивування, виникнення множинних метастазів, розвитку ракової кахексії чи виходу у стан ремісії).

Найбільшу інформативність для ІПР має класифікація на клініко-статичні групи, тобто групи осіб, які потребу-

ють онкологічної допомоги відповідно до певних медико-технологічних (економічних) стандартів.

Група Ia. Пацієнтів із захворюваннями, що пов'язані з можливими злоякісними процесами, обстежують із залученням онколога. Діагноз має бути уточнений протягом 10 днів. Якщо діагноз не підтверджено, то пацієнта знімають з обліку; у разі підтвердження діагнозу хворого переводять до II або IV клінічної групи;

Група Ib. Хворі на передрак (наприклад, ерозія шийки матки, поліпи шлунка, неспецифічний виразковий коліт тощо) мають бути обстежені не рідше, ніж 1 раз на 3 роки. Вилікувані перебувають під диспансерним наглядом протягом періоду до 1 року, їх оглядають 1 раз на 3 місяці. Через 12 місяців після повного одужання, якщо немає рецидиву, хворих знімають з обліку.

Група II. Пацієнти зі злоякісними новоутвореннями різного ступеня тяжкості, які потребують радикального спеціального лікування: хірургічного, променевого, хіміотерапевтичного або їх комбінації, а також хворі, котрі отримують радикальне лікування, що слід почати не пізніше ніж через 7–10 днів після встановлення діагнозу. Радикальне хірургічне лікування відрізняється тим, що, крім органа, ураженого раком, одночасно виконують лімфодисекцію у межах регіонарного лімфатичного басейну. Операція без видалення лімфовузлів є нерадикальною, паліативною.

Радикальне променеве лікування здійснюють за допомогою джерел гамма-випромінювання (рентгено-терапевтичні установки, кобальтові гармати, лінійні прискорювачі, радіофармпрепарати тощо), як правило, кількома курсами. Цей вид лікування можна застосовувати і в поєднанні з іншими методами радикального лікування, й ізольовано. Променеву терапію інколи призначають у межах паліативного лікування.

Хіміотерапію злоякісних пухлин реалізують спеціалізованими протираковими лікарськими препаратами (алкілувальні, антиметаболіти, алкалоїди, змішані), що значно знижують якість життя хворих. Як правило, призначають поліхіміотерапію кількома препаратами (схеми ЦАМП, ВАМП тощо) в поєднанні з хірургічним або променевим лікуванням.

Підтримувальна гормонотерапія та імунотерапія до радикальних методів лікування не належать. Радикальне лікування можливе лише в стаціонарних умовах.

Після лікування хворих переводять до III клінічної групи, невилікуваних хворих залишають у II, а в разі виявлення метастазів пацієнтів переводять до IV клінічної групи, якщо протипухлинне лікування протипоказане.

Група III. Пацієнти за злоякісними новоутвореннями, які закінчили спеціальне лікування. До III клінічної групи (практично здорових) належать хворі, які закінчили радикальне лікування, і в них не зафіксовано метастазів і рецидивів. Датою переходу із II клінічної групи до III прийнято вважати дату виписки зі стаціонару.

Група IIIa. Пацієнти, які отримали лікування в обсязі радикальної технології, без ознак злоякісних новоутворень і тривалих порушень здоров'я.

Група Шб. Пацієнти, які отримали лікування в обсязі радикальної технології, без ознак злоякісних новоутворень, але з тривалими порушеннями здоров'я.

Група Шв. Пацієнти, які отримали паліативне лікування, без протипоказань до можливого подальшого спеціалізованого лікування.

Нову облікову картку заводять, якщо хворий раніше на обліку не перебував. Якщо хворий перебував на обліку, то в контрольній картці змінюють клінічну групу.

Тактика спостереження за пацієнтами: протягом усього життя хворі мають перебувати під диспансерним наглядом, їм потрібно призначати відновне і періодичне загальнозміцнювальне лікування. З обліку таких пацієнтів не знімають, у разі виникнення рецидиву або метастазів переводять до II групи, а якщо можливе спеціалізоване радикальне лікування – до IV клінічної групи.

Хворим з IIIа клінічною групою встановлення групи інвалідності не доцільне, але їм може бути встановлено групу інвалідності за функціональним порушенням.

Хворі зі встановленою Шб клінічною групою мають стійкі розлади здоров'я, зумовлені особливостями й ускладненнями лікування або хвороби. У такому випадку їхня працездатність здебільшого значно обмежена. Тому їм може бути встановлено групу інвалідності.

Якщо пацієнтові встановлено Шв клінічну групу, враховують загальний стан і можливість виконання функціональних обов'язків, можливе погіршення загального стану, аж до повної втрати працездатності у разі прогресування хвороби.

Група IV. Хворі із занедбаними формами злоякісних пухлин, яким радикальне лікування не доцільне. Помилковою буде стратифікація до цієї групи пацієнтів із курабельними формами раку, які при цьому мають загальні та місцеві протипоказання, що перешкоджають призначенню радикального хірургічного чи променевого лікування. Терміни диспансеризації: хворих не викликають на контрольні огляди. Спостереження за цими пацієнтами здійснює дільничний лікар, план лікування розробляють разом з онкологом. З обліку цих хворих не знімають. Хворим із IV клінічною групою зазвичай встановлюють I групу інвалідності.

Діагноз онкологічного захворювання встановлюють в онкологічному диспансері після всебічного обстеження, він має бути наведений у засвідченій виписці з історії хвороби. Клінічний діагноз злоякісного новоутворення визначають відповідно до МКХ-11, він обов'язково включає опис морфологічних змін, що настали і в результаті захворювання, і в результаті радикального лікування (із зазначенням дат, обсягу оперативного втручання, курсів хіміє-, променевої терапії), поширеність онкологічного процесу (рецидив, метастази, якщо вони є), у т. ч. за міжнародною класифікацією TNM, стадію злоякісного процесу, клінічну групу. Дані патогістологічного дослідження із зазначенням номера, дати, матеріалу є обов'язковою частиною клінічного діагнозу. Обов'язковою у виписці є програма наступного радикального лікування для хворих із II клінічної групи.

Виписки, що не містять наведених відомостей, мають бути повернуті до онкодиспансеру для доопрацювання. Лікарі медико-соціальної експертної комісії не мають права змінювати клінічний діагноз онкологічним хворим. Основний діагноз повинен мати додатково функціональну частину, що описує порушення в роботі органів і систем, зумовлені раковою хворобою та наслідками радикального лікування, а експертний діагноз – це й ступінь порушення основних функцій організму.

За підсумками експертного діагнозу здійснюють експертизу ступеня зниження якості життя. У хворих із I клінічної групи життєдіяльність мало знижується. Хворим із II клінічної групи, які не завершили курс радикального лікування або перейшли із III клінічної групи, може бути встановлена II група інвалідності. В ППР чільне місце посідає медична та психологічна, частково – соціально-побутова реабілітація. Заходи фізичного та професійного напрямку особливого сенсу не мають. Хворим III клінічної групи ступінь зниження життєдіяльності встановлюють залежно від морфофункціональних змін, спричинених спеціалізованим лікуванням. Хворим, які потребують стороннього догляду та допомоги, встановлюють I групу інвалідності; особам зі стійкими, значно вираженими порушеннями функцій організму, – II групу; особам із помірно вираженими стійкими порушеннями має бути встановлена III група інвалідності. В окремих випадках (при незанедбаному злоякісному процесі, при пухлинах, що асоційовані зі сприятливим прогнозом) хворий може бути виписаний за власним бажанням для роботи за фахом (якщо немає протипоказань). Враховуючи, що рецидив злоякісного росту та метастазування здебільшого настає в перший рік після завершення радикального лікування, первинну групу інвалідності встановлюють строком на 1 рік. До цих хворих ППР слід застосовувати у повному обсязі.

Медична реабілітація має бути спрямована на виконання реконструктивних операцій для усунення дефектів, що виникли в процесі радикального лікування, корекцію наслідків хімієтерапії та променевого лікування. Заходи соціально-побутової реабілітації (пристосування приміщень до потреб хворого, патронаж, догляд тощо), а також забезпечення засобами пересування здійснюють органи соціального захисту за висновком медико-соціальної експертної комісії.

Психологічну допомогу надають медико-психологічні центри та психологічні консультації.

Професійна реабілітація полягає у працевлаштуванні хворих, враховуючи стан їхнього здоров'я, з використанням залишкової працездатності. Перед цим здійснюють експертизу санітарно-гігієнічних умов на робочому місці та визначають потенційні трудові можливості та мотивацію хворого працювати. Оптимальним є працевлаштування хворого на робоче місце, яке він посідав до хвороби. Якщо це не можливо, після попередньої психолого-професійної орієнтації хворі можуть бути скеровані в регіональні центри зайнятості для перепідготовки, отримання доступної професії, аби надалі працевлаштуватися.

Хворим із IV клінічної групи реабілітацію слід проводити в усіх випадках, але зі зміщеними акцентами. Професійна та фізична реабілітація в таких випадках найчастіше не доцільні, і пріоритетним стає медичний компонент ІПР, зокрема паліативні заходи (призначення наркотичних препаратів і транквілізаторів, витратних засобів догляду тощо). Дуже важливим для хворих цієї групи є психологічний компонент реабілітації.

В ІПР названо конкретних виконавців її окремих елементів. Так, медична реабілітація (радикальне, реконструктивне хірургічне, відновне, профілактичне лікування) покладено на спеціалізовані онкологічні диспансери, клініки науково-дослідних інститутів онкологічного профілю. У поліклініці спостереження за онкохворими із II та III клінічних груп мають здійснювати онкологи та фахівці відповідних профілів, а за хворими на термінальній стадії (IV клінічної групи) – сімейні лікарі (дільничні терапевти).

Обговорення

Комплексна реабілітація необхідна не тільки для профілактики рецидивів пухлинної хвороби, корекції ускладнень внаслідок лікування, але й для підвищення якості життя таких пацієнтів, їхньої активної життєдіяльності у родині, інтеграції у суспільне життя. Отже, комплексна реабілітація, що спрямована на забезпечення хворих онкологічного профілю ІПР, актуальна не тільки під час перебування у спеціалізованих лікувальних закладах, але протягом тривалого відновлення у реабілітаційних центрах.

Повноцінне, індивідуально призначене комплексне відновне лікування сприяє істотному зменшенню кількості ускладнень, поліпшенню якості життя онкопацієнтів. Нині однією з головних цілей лікування є досягнення максимально можливої якості життя пацієнта, наближеної до рівня якості життя практично здорової людини. Тому комплексна реабілітація набуває такого ж важливого значення, як і специфічна протипухлинна терапія.

Висновки

1. Реабілітація онкологічних хворих – складний тривалий процес, що потребує кваліфікованого підходу лікарів і мотивації пацієнта до повного вилікування. Для ефективного лікування онкохворих важливо вживати реабілітаційних заходів від початку захворювання, комплексно, систематично та за індивідуальною схемою для конкретного пацієнта.

2. Комплексна реабілітація передбачає низку лікувальних і відновлювальних заходів. Вибір реабілітації прямо залежить від типу і тяжкості перебігу захворювання, а також індивідуальних фізіологічних особливостей пацієнта, результатів аналізів і рекомендацій лікаря.

3. Кваліфікований підхід під час вибору оптимальної схеми реабілітації дає змогу у досить стислі терміни поліпшити самопочуття пацієнта і повернути його до нормального життя. Програму реабілітації необхідно розробляти індивідуально для кожного хворого.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні питання комплексної реабілітації онкологічних пацієнтів та розробленні пропозицій і рекомендацій для модернізації й оптимізації цього процесу.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

Відомості про авторів:

Алексеев О. Г., канд. фарм. наук, доцент, зав. каф. соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0003-4947-4998

Чемирисов В. В., канд. мед. наук, старший викладач каф. соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0009-0001-0423-2648

Сізнцова Ю. Ю., канд. юрид. наук, доцент каф. соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; адвокат, член комітету медичного і фармацевтичного права та біоетики Національної асоціації адвокатів України.

ORCID ID: 0009-0009-4788-5831

Тарнавська Д. Ю., асистент каф. соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0009-0001-1002-399X

Information about the authors:

Aleksieiev O. H., PhD, Associate Professor, Head of the Department of Social Medicine, Public Health, Medical and Pharmaceutical Law, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Chemyrysov V. V., MD, PhD, Senior Lecturer of The Department of Social Medicine, Public Health, Medical and Pharmaceutical Law, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Sizintsova Yu. Yu., PhD, Associate Professor of the Department of Social Medicine, Public Health, Medical and Pharmaceutical Law, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine; Lawyer, Member of the Medical and Pharmaceutical Law and Bioethics Committee of the National Association of Lawyers of Ukraine.

Tarnavska D. Yu., Assistant of the Department of Social Medicine, Public Health, Medical and Pharmaceutical Law, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.



Дар'я Тарнавська (Daria Tarnavska)
dora.2001@ukr.net

References

1. Verkhovna Rada of Ukraine. [On rehabilitation in the field of health care]. Law of Ukraine 2020 Dec 3, No. 1053 [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 15]. Ukrainian. Available from: Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
2. Verkhovna Rada of Ukraine. [On Rehabilitation of the Disabled in Ukraine]. Law of Ukraine dated 2005 Oct 6, No. 2961 [Internet]. 2005 [cited 2024 Sep 15]. Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15?lang=en#Text>
3. Cabinet of Ministers of Ukraine. [On approval of the Procedure for implementation of rehabilitation measures]. Resolution dated 2022 Jan 19, No. 31 [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 15]. Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-2022-%D0%BF#Text>
4. Cabinet of Ministers of Ukraine. [On approval of the Regulation on the individual rehabilitation program of persons with disabilities]. Resolution dated 2007 May 23, No. 757 [Internet]. 2007 [cited 2024 Sep 15]. Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF#Text>