

Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація

УДК 616.728.2

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ ВЕРТЛЮГОВОЇ ЗАПАДИНИ НА ОСНОВІ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕНЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я

Марина Пасенко¹, Оксана Глиняна¹, Юлія Сьоміч²

¹Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», Київ, Україна, gksusha@ukr.net

²Київська обласна клінічна лікарня №1, Київ, Україна.

<https://doi.org/10.29038/2220-7481-2022-01-52-58>

Анотація

Актуальність. Сьогодні збільшується тенденція до зростання кількості переломів вертлюгової западини. Сучасні оперативні підходи до лікування цього перелому не зменшують відсоток інвалідності серед пацієнтів. Це передусім пов'язане зі структурними та функціональними змінами, які виникають у кульшовому суглобі після перелому та оперативного лікування. Доцільно, крім якісної медичної допомоги проводити комплексну фізичну терапію, яка має відбуватися шляхом встановлення реабілітаційного діагнозу на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). **Мета дослідження** – встановити реабілітаційний діагноз пацієнтам після остеосинтезу вертлюгової западини на основі МКФ. **Матеріали і методи дослідження.** У дослідженні брали участь 48 пацієнтів віком від 32 до 36 років після остеосинтезу вертлюгової западини. Основні методи дослідження – теоретичні, ґрунтувалися на аналізі, оцінці й синтезі сучасних знань вітчизняних і закордонних авторів щодо питання застосування МКФ у відновленні осіб після остеосинтезу вертлюгової западини, клініко-інструментальні й шкальні оцінювання. **Результати роботи.** МКФ допомагає максимально точно відобразити наявні проблеми в осіб після остеосинтезу вертлюгової западини на рівні структури та функції, діяльності й участі, факторів зовнішнього середовища та особистісних факторів, на основі отриманих даних поставити реабілітаційний діагноз. Встановлений реабілітаційний діагноз пацієнтів після остеосинтезу вертлюгової западини: виявлені структурні зміни тазового пояса (s 740.0), зв'язки й фасції тазового пояса (s 740.3), порушена структура шкірного покриву тазового пояса (s 810.3), наявний біль у нижній кінцівці (b28015), наявні проблеми в зміні основного положення тіла (d 410), утримання положення тіла стоячи (d 415.4), переміщення (d 465), ходьба на далекі дистанції (d 450.1), особистої гігієни (d 530), проблеми з одяганням (d 540), знижена толерантність до загальної витривалості (b 455.0), погіршення функції рухливості декількох суглобів (b 710.1), зниження м'язового тону (b 735). Виявлені обмеження в участі значно вплинули на емоції хворих (b152), їх постійне занепокоєння з приводу професійної діяльності, оскільки вони всі були працездатного віку. **Висновки.** Поставлений реабілітаційний діагноз для пацієнтів після остеосинтезу вертлюгової западини на основі МКФ із зазначення порушень на рівні структури, функції, діяльності та участі, факторів зовнішнього середовища й особистісних факторів, які дадуть змогу мультидисциплінарній команді підібрати втручання, що підвищать ефективність відновлення.

Ключові слова: остеосинтез, вертлюгова западина, МКФ, реабілітаційний діагноз, фізична терапія.

Maryna Pasenko, Oksana Hlyniana, Yuliia Siomych. Rehabilitation Diagnosis of Patients after Osteosynthesis of the Acetabulum based on the International Classification of Functioning, Life and Health Restrictions. Topicality. Nowadays, is increasing the number of acetabulum fractures. Modern surgical approaches to the treatment

of this fracture do not reduce the percentage of patients` disability. Primarily due to structural and functional changes that occur in the hip joint after fracture and surgery. In addition to quality medical care, it is advisable to conduct comprehensive physical therapy, which should take place by establishing a rehabilitation diagnosis based on the International Classification of Functioning, Restrictions on Life and Health (ICF) and the International Classification of Diseases (ICD-10). **The Aim of the Study** is to establish a rehabilitation diagnosis for patients after osteosynthesis of the acetabulum on the basis of ICF. **Stuff and Methods of the Research.** The study involved 48 patients aged 32 to 36 years after osteosynthesis of the acetabulum. The main research methods are theoretical, based on the analysis, evaluation and synthesis of modern knowledge of domestic and foreign scholars on the use of ICF in the recovery of patients after osteosynthesis of the acetabulum, clinical-instrumental and scale assessments. **The Research Results.** ICF facilitates accurately reflect the rehabilitation diagnosis based on existing issues for individuals after osteosynthesis of the acetabulum at the level of structure and function, activity and participation, environmental factors and personal factors. Rehabilitation diagnosis of patients after osteosynthesis of the acetabulum is: structural changes of the pelvic girdle (s 740.0), ligaments and fascia of the pelvic girdle (s 740.3), skin of the pelvic girdle (s 810.3); problems with changing the basic body position (d 410), maintaining a standing position (d 415.4), moving (d 465), walking long distances (d 450.1), personal hygiene (d 530), dressing problems (d 540), decreased tolerance to general endurance (b 455.0), lower extremity pain (b28015), impaired mobility of several joints (b 710.1), decreased muscle tone (b 735). The identified restrictions on participation significantly affected the emotions of patients (b152), their constant anxiety at their professional activities, as all of them were working age people. **Conclusions.** Rehabilitation diagnosis for patients after acetabular osteosynthesis based on ICF (according to disorders of structure, function, activity and participation, environmental factors and personal factors) will allow the multidisciplinary team to select treatment that will improve recovery efficiency.

Key words: osteosynthesis, acetabulum, ICF, rehabilitation diagnosis, physical therapy.

Вступ. Із розвитком науково-технічного процесу збільшується частка травматичних факторів, які призводять до переломів таза та вертлюгової западини. Відсоток летальності після переломів таза варіюється від 10–18 %, за даними різних авторів [1; 12], інвалідність – від 20–45 %. Показник детальності досить високий та пов'язаний з множинними пошкодження кісток, внутрішніх органів, критичною кровотечею під час травми й несвоєчасно наданою медичною допомогою [11]. Однак значно вищим є відсоток інвалідності, на який впливає якість виконаного оперативного втручання та надання ранньої фізичної терапії. Для підвищення ефективності відновлення осіб після остеосинтезу вертлюгової западини важливо застосовувати якісну й кількісну інформацію про стан фізичного та психологічного здоров'я хворого.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності й здоров'я (МКФ) є сучасним і якісним інструментом, який використовується всіма країнами Європейського Союзу в клінічній практиці та дає змогу мультидисциплінарній команді переосмислити і якісно використати ці методологічні підходи у своїй діяльності [9]. Ще 2001 р. прийнято МКФ Всесвітньою організацією охорони здоров'я, коли 191 країна (члени ВООЗ) погодилися її використовувати в практичній діяльності для відновлення осіб із різними нозологічними проблемами. Цей документ щорічно переглядається та доповнюється. МКФ представляє багатоцільову класифікацію, у якій визначені критерії для опису здоров'я й пов'язаних із ним станів [5]. В Україні згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р., № 1008-р затверджено план заходів із упровадження в Україні МКФ [7]. Застосування інструментів МКФ дасть змогу якісно оцінити стан хворих після остеосинтезу вертлюгової западини та правильно встановити реабілітаційний діагноз, що ґрунтується на результатах діагностичних стандартів.

Мета дослідження – установити реабілітаційний діагноз пацієнтам після остеосинтезу вертлюгової западини на основі МКФ.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 48 хворих після остеосинтезу вертлюгової западини. Середній вік досліджуваних ($n=48$) становив $32\pm 3,7$ років ($x \pm S$). Дослідження проводили на базі Київської обласної клінічної лікарні №1. Для досягнення мети використано такі методи дослідження: теоретичні, що ґрунтувалися на аналізі, оцінці та синтезі сучасних знань вітчизняних і закордонних авторів щодо питання застосування МКФ у відновленні осіб після остеосинтезу вертлюгової западини, клініко-інструментальні (гоніометрія, мануально-м'язове тестування, антропометрія) та шкальні оцінювання (мімічна шкала болю, Harris W. H., оцінка якості життя за опитувальником SF-36).

Результати дослідження. Для постановки реабілітаційного діагнозу особам після остеосинтезу вертлюгової западини використано МКФ, яка включає п'ять компонентів, що поділені на окремі розділи, а розділи – на окремі домени. Компоненти 1 і 2 складаються з функцій організму й структур

організму. Компонент 3 – це активність та участь. Компонентом 4 є чинники середовища [13]. Результати зіставляються з допомогою класифікатора й уносяться до колонки поточної значення категорійного профілю, потім детально обговорюються з членами мультидисциплінарної команди, визначаються втручання та те, хто їх виконуватиме. Класифікатори однакові для всіх компонентів і доменів. Визначають ступінь здоров'я або тяжкість проблеми. Без класифікатора код не має сенсу. Кваліфікація окремих доменів є принциповою вимогою й перевагою МКФ, відповідно розшифровується: де 0 – відсутність порушення; 1 – легкі порушення; 2 – середнє порушення; 3 – важкі порушення; 4 – абсолютні проблеми. Кодування факторів зовнішнього середовища: +0 – відсутній полегшувальний фактор; +1 – легкий полегшувальний фактор; +2 – помірний полегшувальний фактор; +3 – суттєвий полегшувальний фактор; +4 – абсолютний полегшувальний фактор [6].

Перед поставленням реабілітаційного діагнозу в ключових категоріях МКФ зібрано детальний анамнез пацієнта, його скарги на рівні структури/функції, діяльності/участі, факторів зовнішнього середовища й особистісних. Після отриманої інформації від хворого проводили клініко-інструментальні обстеження: гоніометрію (для визначення активних та пасивних кутів у кульшовому та колінному суглобах), мануально-м'язове тестування, антропометрію (вимірювання обхвату кінцівки), оцінку больових відчуттів (мімічна шкала болю), шкалу для оцінки функції кульшового суглоба Harris W. H. і стандартизований опитувальник SF-36 [8].

Важливим було якісно оцінити активність хворих, оскільки цей критерій дуже багатогранний, від виконання завдань або дій до «участі» й залучення їх у конкретну життєву ситуацію. Під «обстеженням активності» розуміють ті складнощі, які людина після остеосинтезу вертлюгової западини може відчути під час виконання певних дій, а під «обмеженням участі» – проблеми, із якими вона може стикатися під час участі в життєвих ситуаціях. МКФ має ґрунтуватися передусім на нейтральних проявах, а не на патологіях.

Відповідно до МКФ, травма викликає функціональні зміни на одному або багатьох рівнях. У разі перелому вертлюгової западини у хворого відбуваються зміни на рівні організму й органа, котрі відображаються в обмеженні рухливості в кульшовому суглобі, виражених больових відчуттях за активних і пасивних рухів у суглобі, набряку оперованої кінцівки, гіпотрофії м'язів, залучених у патологічний процес.

Аналізувалися, враховувалися й документувалися дані здатності пацієнта на рівні участі (робота, хобі), ураховувати проблеми, котрі у нього можуть виникнути через травму в соціальному житті. Особистісні чинники (вік, приналежність до тієї чи іншої культури) і фактори навколишнього середовища (сходи, доступність необхідних предметів) повинні бути прийняті до уваги в процесі відновлення хворого. Пацієнт повинен брати активну участь в процесі постановки реабілітаційного діагнозу після остеосинтезу вертлюгової западини в ключових категоріях МКФ.

Реабілітаційний діагноз пацієнта після остеосинтезу вертлюгової западини представлено в табл. 1. Перед заповненням ключових категорій МКФ (табл. 1) у процесі оцінки фіксуються ті анатомічні структури (суглоби, м'язи, тонус, чутливість і т. ін.), які були втрачені під час травми, і ті моторні навички, що важливі для пацієнта. Нами складено список усіх наявних дефіцитів у пацієнта. Така оцінка дає можливість оцінити вид активності пацієнта після остеосинтезу вертлюгової западини й здатність або нездатність її виконати. Під час обстеження звертали увагу на види активності, що збережені, а вже потім – на види активності, які втрачені або утруднені.

На основі отриманих даних обстеження пацієнта після остеосинтезу вертлюгової западини мультидисциплінарна команда разом із фізичним терапевтом робить реабілітаційний прогноз, ураховуючи при цьому фактори особистісні та зовнішні, що можуть сприяти покращенню стану хворого або, навпаки – його погіршенню.

За результатами обстеження (табл. 2) у хворих через три дні після остеосинтезу вертлюгової западини виявлені больові відчуття під час активних рухів на рівні (ВАШ $5,6 \pm 0,34$ бали), при пасивних рухах у кульшовому суглобі (ВАШ $3,2 \pm 0,27$ бали), обмеження рухливості в кульшовому суглобі: згинання ($68,4^\circ \pm 1,3^\circ$), розгинання ($2^\circ \pm 0,3^\circ$), відведення ($5,8^\circ \pm 0,6^\circ$), згинання в колінному суглобі ($89,5^\circ \pm 1,6^\circ$), виражений набряк оперованої кінцівки, порівняно зі здоровою – обхват стегна ($8,2 \pm 0,41$ см) й обхват гомілки ($4,3 \pm 0,32$ см). Пацієнти мали виражені больові відчуття під час устанання з ліжка, опускання кінцівки на підлогу та лягання в ліжку. У результаті отриманої травми та проведеного оперативного втручання відзначено зниження толерантності й витривалості до навантажень, швидка втома під час ходьби на короткі та довгі дистанції.

**Реабілітаційний діагноз пацієнтів після остеосинтезу вертлюгової западини
в ключових категоріях МКФ**

Індивідуально значущі для хворого категорії МКФ	Опис проблеми	Відповідальний фахівець мультидисциплінарної команди	Реабілітаційна інтервенція, що дає змогу розв'язати проблему пацієнта
1	2	3	4
s 740.0 виявлені структурні зміни тазового пояса	Рентген	Травматолог	Медикаментозне лікування
s 740.3 зв'язки та фасції тазового пояса	УЗД	Травматолог	Медикаментозне лікування
s 810.3 порушена структура шкірного покриву тазового пояса	Фізикальне обстеження, огляд, пальпація	Травматолог	Медикаментозне лікування
b28015 наявний біль у нижній кінцівці	Мімічна шкала болю, візуально-аналогова шкала	Травматолог, Фізичний терапевт, медична сестра	Знеболювальні препарати, холодотерапія, магнітотерапія, позиціонування кінцівки
d 410 наявні проблеми в зміні основного положення тіла	Уставання з ліжка, глибокого стільця, лягання на ліжко	Ерготерапевт	Підбір висоти ліжка з балканською рамою, стільця з відповідною висотою та глибиною
d 415.4 утримання положення тіла стоячи	Страх падіння	Фізичний терапевт	Тренування рівноваги
d 465 Пересування з використанням технічних засобів	Ходьба із застосування технічних засобів (пахових милиць або ходунків)	Ерготерапевт	Навчання пересування на пахових милицях або ходунках без навантаження на оперовану кінцівку
d 450.1 ходьба на далекі дистанції	Пересування в межах лікувальної установи	Фізичний терапевт	Навчання правильної ходи без опори на оперовану кінцівку
d 530 особистої гігієни	Обмеження в рухливості кульшового суглоба викликають обмеження в особистій гігієні (туалет, душ)	Фізичний терапевт, медична сестра	Організація процесу, контроль, допомога
d 540 проблеми з одяганням	Обмеження у функції кульшового та колінного суглоба обмежують нахил під час одягання шарпеток та штанів	Фізичний терапевт, ерготерапевт	Підбір допоміжних засобів для одягання
b 455.0 знижена толерантність до загальної витривалості	Низький рівень загальної витривалості під час заняття з фізичним терапевтом	Фізичний терапевт	Тренування витривалості, планування розпорядку дня
b 710.1 погіршення функції рухливості декількох суглобів	Зниження функції згинання/ розгинання в кульшовому та колінному суглобах	Фізичний терапевт	Терапевтичні вправи, лімфодренажний масаж, механотерапія на апаратах для пасивної розробки суглобів нижньої кінцівки
b 735 зниження м'язового тонусу	Зниження сили м'язового тонусу сідничного, привідного, чотириголового м'язів	Фізичний терапевт	Електроістимуляція, оклюзивне тренування, терапевтичні вправи

Закінчення таблиці 1

1	2	3	4
b152 Виявлені обмеження в участі значно вплинули на емоції хворих	Засмучення через травму та вимушені обмеження в повсякденному житті та праці	Фізичний терапевт, психолог	Психологічний тренінг, аутогенне тренування, підтримка близьких
d850.3 Оплачувана робота	Труднощі в проведенні професійної діяльності (усі особи працездатного віку)	Ерготерапевт	Обговорення можливостей повернення до професійної діяльності або зміни професії
e155 Дизайн, конструкція й будівельні вироби та технології будівництва для приватного користування	Більшість хворих проживають у будинках зі сходами, де немає ліфта, мають у житлі невідповідні меблі	Ерготерапевт	Переоблаштування будинку для зручного проживання в ньому хворого

Таблиця 2

Результати оцінки осіб після остеосинтезу вертлюгової западини

Методи обстеження	Оцінка на 3-й день після остеосинтезу вертлюгової западини
Гоніометрія	Згинання в кульшовому суглобі ($68,4^{\circ} \pm 1,3^{\circ}$), Розгинання в кульшовому суглобі ($2^{\circ} \pm 0,3^{\circ}$) Відведення в кульшовому суглобі ($5,8^{\circ} \pm 0,6^{\circ}$) Згинання в колінному суглобі ($89,5^{\circ} \pm 1,6^{\circ}$)
Антропометрія	Обхват стегна ($8,2 \pm 0,41$ см) Обхват гомілки ($4,3 \pm 0,32$ см)
Мануально-м'язове тестування	Сідничний м'яз ($3,6 \pm 0,17$ бала) Привідний м'яз ($2,8 \pm 0,12$ бала) Чотириголовий м'яз ($3,4 \pm 0,14$ бала)
Візуально-аналогова шкала болю	Під час активних рухів у кульшовому суглобі ($5,6 \pm 0,34$ бала) Під час пасивних рухів у кульшовому суглобі ($3,2 \pm 0,27$ бала)
Шкала Harris W. H.	($32,3 \pm 1,2$ бала)
Шкала SF-36	Фізичне функціонування – 29 Рольове функціонування – 22 Біль – 48 Загальне здоров'я – 35 Життєздатність – 28 Соціальне функціонування – 31 Емоційне функціонування – 34 Психічний компонент здоров'я – 46

Пацієнти після остеосинтезу вертлюгової западини мали значні обмеження в самообслуговуванні, які виражалися в складності одягти самостійно панчохи, штани, забинтувати оперовану кінцівку еластичним бинтом, прийняти самостійно ванну та ін. Для вирішення цих питань ерготерапевт підбирав хворим засоби досяжності та надавав практичні рекомендації, що стосовувалися переоблаштування житла перед випискою зі стаціонару для комфортного проживання та самостійного обслуговування. За результатами опитувальника SF-36 виявлено значне зниження всіх показників якості життя. Отримана травма значно вплинула на емоційний і психічний стан здоров'я хворих, що проявлялось у депресивному стані, різкій зміні емоційного стану, небажанні деяких пацієнтів співпрацювати з членами мультидисциплінарної команди.

Дискусія. Проведений аналіз літературних джерел засвідчив значну кількість робіт із питання постановки реабілітаційного діагнозу хворим різної нозології [2; 3; 6; 12], однак виявив відсутність розкриття цього питання саме для осіб після остеосинтезу вертлюгової западини.

На думку Безпалова О. О. [3], правильно поставлений реабілітаційний діагноз на основі фізичного обстеження, застосування МКФ, командної роботи мультидисциплінарної бригади є

запорукою якісно побудованої програми фізичної терапії й повного відновлення хворого або за неможливості відновлення формування компенсації.

Е. В. Мельникова та Т. В. Буйлова [4] вважають, що реабілітаційний діагноз устанавлюється в категоріях МКФ і є списком проблем пацієнта. Утручання, які повинні здійснювати члени мультидисциплінарної команди, мають обиратися на підставі виявлених проблем у категоріях МКФ. У програму навчання спеціаліста з фізичної терапії має входити навчання використання МКФ і формулювання реабілітаційного діагнозу. Для правильної постановки реабілітаційного діагнозу дуже важлива командна робота мультидисциплінарної бригади. До неї входять лікар фізичної терапії, асистент фізичного терапевта, фізичний терапевт, ерготерапевт, медсестра, психолог, соціальний працівник і, за необхідності, лікарі іншого профілю (урологи, кардіологи й ін.). Мультидисциплінарна бригада об'єднує фахівців, котрі працюють як єдина команда з чіткою узгодженістю дій, що забезпечує цілеспрямований підхід до реалізації завдань відновлення. Забезпечує прийняття збалансованих рішень і ведення хворого на багатопрофільній основі: проводить обстеження, ставить реабілітаційний діагноз, прогноз, розробляє категорійний профіль МКФ, SMART- цілі, розробляє індивідуальну програму, здійснює поточне медичне спостереження й проведення комплексу відновлювальних заходів, визначає необхідність, тривалість, послідовність та ефективність участі кожного фахівця в кожен конкретний момент часу програми фізичної терапії. Успішність відновлення пацієнта і його ефективність залежить від правильної координації дій усіх фахівців.

Питання постановки реабілітаційного діагнозу хворим після остеосинтезу вертлюгової западини у вітчизняній літературі не висвітлені, потребують аналізу, деталізації, уточнення та вивчення.

Отже, постановка реабілітаційного діагнозу на основі МКФ хворим після остеосинтезу вертлюгової западини може значно підвищити ефективність фізичної терапії й допомогти обрати сучасні методи та засоби для їх відновлення.

Висновки. У результаті проведених досліджень устанавлений реабілітаційний діагноз, який дав змогу виявити актуальні проблеми хворих після остеосинтезу вертлюгової западини на рівні структури й функції, активності та участі, чинників середовища, які впливають на досягнення рівня функціональної незалежності. Застосування МКФ у клінічній практиці для поставлення реабілітаційного діагнозу хворим після остеосинтезу вертлюгової запади дає змогу провести всебічний аналіз наявних обмежень життєдіяльності, змінити рівень і вектор побудови індивідуальної програми фізичної терапії, уточнити послідовність проведення методів та застосування засобів фізичної терапії, провести аналіз факторів навколишнього середовища, що можуть вплинути на досягнення цілей або навпаки, сприяти їх досягненню, підвищити ефективність відновного процесу.

Перспективи подальших досліджень. Для підвищення ефективності відновлювального процесу осіб після остеосинтезу вертлюгової западини та контролю за фізичним і функціональним станом здоров'я людей на ранньому, пізньому післяопераційному та відновлювальному періодах перспективно є розробка інформаційних систем і базових наборів МКФ для травматологічних відділень.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють, що відсутній конфлікт інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерела фінансування. Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

Джерела та література

1. Анкін Н. Л., Анкін Л. Н. Травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. Київ: Книга плюс, 2016. 456 с.
2. Бакалюк Т. Г., Голяченко А. О., Стельмах Г. О. «Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в управлінні реабілітацією». *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. Вип. № 4 (82), 2019. С. 36–39.
3. Безпалова О. О., Рибалко П. Ф., Сітовський А. М., Цюпак Т. Є. Реабілітаційний діагноз пацієнтів із остеоартрозом на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). *Art of medicine*. Вип. № 3(19). 2021. С. 6–15.
4. Буйлова Т. В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации. *МедиАль*. Вип. № 2 (7). 2013. С. 26–31.
5. Герцик А. М. Мета, цілі та завдання фізичної реабілітації: системний підхід. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки*. Луцьк. Вип. № 20. 2015. С. 121–126.
6. Мельникова Е. В., Буйлова Т. В., Бодрова Р. А. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов. *Вестник восстановительной медицины*. Вип. № 6(82). 2017. С. 2–20.

7. На виконання Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1008-р. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. Вип. № 3–4(29–30). 2018. С. 66–71.
8. Пасенко М. В., Глиняна О. О. Методичні основи побудови програми фізичної терапії для осіб після остеосинтезу вертлюгової западини. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я в сучасному суспільстві*. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. (1(53)). 65–71. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2021-01-65-71>
9. Швесткова Ольга, Сладкова Петра та кол. Фізична терапія: підручник. Київ: Чес. центр у Києві, 2019. 272 с.
10. Burger H. Can the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) be used in a prosthetics and orthotics outpatient clinic? *Prosthet Orthot Int*. Vol. 35 (3). 2011. P. 302–309.
11. Gruson K. I., Moed B. R. Injury of the femoral nerve associated with acetabular fracture. *J Bone Joint Surg Am*. Mar. 85-A(3). 2012. P. 428–31.
12. Prodinger B., Stucki G., Coenen M. Tennant The measurement of functioning using the International Classification of Functioning, Disability and Health: comparing qualifier ratings with existing health status instruments. *Disabil Rehabil*. Vol. 41 (5). 2019. P. 541–548.
13. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. April 54 (2). 2018. P. 125–321.

References

1. Ankin, N. L., Ankin, L. N. (2016). *Травматологија. Европскије стандарти дијагностики и лећења* [Traumatology. European Standards for Diagnosis and Treatment]. Kyiv: Kniga plus, 456.
2. Bakaliuk, T. H., Holiachenko, A. O., Stelmakh, H. O. (2019). *Mizhnarodna klasyfikatsiia funktsionuvannia, obmezhen zhyttiediialnosti ta zdorovia v upravlinni reabilitatsiieu* [International Classification of Functioning, Restrictions on Life and Health in Rehabilitation Management]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy*, 4 (82), 36–39.
3. Bezpalova, O. O., Rybalko, P. F., Sitovskyi A. M., Tsiupak, T. Ye. (2021). *Reabilitaciyni diaghnoz paciyentiv iz osteoartrozom na osnovi Mizhnarodnoyi klasyfikatsiui funkcionuvannia, obmezhenia zhyttiediialnosti ta zdorov'ja (MKF)* [Rehabilitation Diagnosis of Patients with Osteoarthritis Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)]. *Art of medicine*, 3(19), 6–15.
4. Buylova, T. V. (2013). *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya kak kliuch k ponimaniju filosofii reabilitatsii* [International Classification of Functioning as a Key to Understanding the Philosophy of Rehabilitation]. *MediAl*, 2 (7), 26–31.
5. Hertsyk, A. M. (2015). *Meta, tsili ta zavdannia fizychnoi reabilitatsii: systemnyi pidkhid* [Purpose, Goals and Objectives of Physical Rehabilitation: a Systematic Approach]. *Molodizhnyi naukovyi visnyk SNU. Skhidnoievrop. nats. un-t im. Lesi Ukrainky*, Lutsk, 20, 121–126.
6. Melnikova, E. V., Builova, T. V., Bodrova, R. A. (2017). *Ispol'zovanie mezhdunarodnoy klassifikatsii funktsionirovaniya (MKF) v ambulatornoy i statsionarnoy meditsinskoy reabilitatsii: instruktziya dlya spetsialistov* [Using the International Classification of Functioning (ICF) in Outpatient and Inpatient Medical Rehabilitation: Instructions for Professionals]. *Vesnik vosstanovitel'noy meditsiny*, 6(82), 2–20.
7. *Na vykonannia Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 27 hrudnia 2017 r. No 1008-r* [To the Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine of December 27, 2017, no 1008-r] (2018). *Ukrainskyi visnyk medyko-sotsialnoi ekspertyzy*, 3–4(29–30), 66–71.
8. Psenko, M. V., Hlyniana, O. O. (2021). *Metodychni osnovy pobudovy prohramy fizychnoi terapii dla osib pislia osteosyntezy vertliuhovoi zapadyny* [Methodical Bases of the Physical Therapy Program for People after Osteosynthesis of the Acetabulum]. *Fiz.vykh., sport i kultura zdorovia u suchasnomu suspilstvi*. Nats.un-t im. Lesi Ukrainy. Lutsk, 1(53), 65–72. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2021-01-65-71>
9. Shvestkova, O., Sladkova, P. (2019). *Fizychna terapiia* [Physical Therapy]. *Pidruchnyk*. Kyiv, Cheskyi tsentr u Kyievi, 272.
10. Burger, H. (2011). Can the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) be used in a prosthetics and orthotics outpatient clinic?. *Prosthet Orthot Int*, 35 (3), 302–309.
11. Gruson, K. I., Moed, B. R. (2012). Injury of the femoral nerve associated with acetabular fracture. *J Bone Joint Surg Am*. Mar 85-A(3), 428–431.
12. Prodinger, B., Stucki, G., Coenen, M. (2019). *Tennant The measurement of functioning using the International Classification of Functioning, Disability and Health: comparing qualifier ratings with existing health status instruments*. *Disabil Rehabil*, 41 (5), 541–548.
13. *White book on physical and rehabilitation medicine in Europe* (2018). *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54 (2), 125–321.

Стаття надійшла до редакції 28.01.2022 р.