



# Арлеверт®

Подвійна дія проти запаморочення<sup>1</sup>


Дименгідринат + цинаризин



## ПЕРША ЛІНІЯ лікування запаморочення<sup>4</sup>

 Швидка дія<sup>4,5,\*</sup>

 №1 у Німеччині<sup>2</sup>

Ефективніший  
 за бетагістин та  
інші препарати<sup>4</sup>

 Добре  
переноситься<sup>3,4</sup>



По  
  
**1 таб.**  
3 рази на день<sup>1</sup>



\* Вже протягом першого тижня.

1. За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® №1787 від 03.10.2022. Р.П. UA/14331/01/01.

2. Препарат №1 від запаморочення за рівнем продажу в Євро у Німеччині. IMS data MAT/06/2017

3. Shremmer D. Clin Drug Invest. 1999. Nov; 18 (5): 355-368.

4. Trinius K. F. Ukraine Health. Special Issue "Neurology, Psychiatry, Psychology". 2015. Dec; 4 (35): 3,6-8.

5. Scholtz et al., Clin Drug Investig. 2012; 32(6): 387-399

**АРЛЕВЕРТ®** . 1 таблетка містить цинаризину 20 мг та дименгідринату 40 мг;

**Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Комбінований препарат цинаризину. Код АТС N07CA52. **Показання.** Симптоматичне лікування запаморочення різного генезу.

**Протипоказання.** Алергічні реакції або гіперчутливість на будь-який із компонентів препарату. Тяжкі порушення функції нирок та печінки. Закритокутова глаукома. Судоми. Підозри на підвищений внутрішньочерепний тиск. Алкоголізм. Затримка сечі. **Спосіб застосування та дози.** По 1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість застосування препарату 4 тижні. Рішення про більш тривале лікування повинен приймати лікар. **Побічні реакції.** Можливі сонливість, головний біль, сухість у роті, біль в животі, парестезія, та інші.

**Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник** .Хенніг Арцнайміттель ГмбХ & Ко КГ. Лібігштрассе 1-2, 65439 Фльорсхайм-на-Майні, Німеччина.

Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування препарату Арлеверт® №1787 від 03.10.2022. Р.П. UA/14331/01/01.

**Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ»**

Адреса: Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів охорони здоров'я.

UA\_Arl-04-2022\_V1\_Press останнє оновлення 25.11.2022.



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**

# Збереження відчуття рівноваги як предиктор довголіття: прогнозування тривалості життя за допомогою 10-секундного тесту

**Функція збереження рівноваги швидко погіршується приблизно з середини шостого десятиліття життя. При цьому збільшується ризик падіння та інших негативних наслідків для здоров'я. Пропонуємо до вашої уваги огляд статті C.G. Araujo et al. «Successful 10-second one-legged stance performance predicts survival in middle-aged and older individuals» видання Br J Sports Med (2022 Sep; 56 (17): 975-980), у якій викладено результати дослідження з використанням тесту на рівновагу та аналіз зв'язку його результатів зі смертністю від усіх причин (зокрема, антропометричних і клінічних характеристик).**

Для процесу фізіологічного старіння характерне прогресуюче погіршення фізичного стану, погіршення аеробних та неаеробних здібностей (зокрема, м'язової сили/потужності, гнучкості та збереження рівноваги) (Bull et al., 2020; Peterman et al., 2020; Piercy et al., 2018; Myers et al., 2002; Laukkanen et al., 2001; Araujo, 2008; Araujo et al., 2020; Laukkanen et al., 2020; Brito et al., 2014). Особи похилого віку внаслідок поєднання саркопенічного ожиріння, втрати гнучкості та почуття рівноваги страждають від слабкості, більш схильні до падіння та інших серйозних несприятливих наслідків (Izquierdo et al., 2021). Падіння є другою провідною причиною ненавмисних травма-асоційованих смертельних випадків у всьому світі (WHO, 2021). На відміну від аеробної здатності, м'язової сили та гнучкості, почуття рівноваги, як правило, зберігається до шостого десятиліття життя, після чого ця функція значно погіршується (Peterman et al., 2020; Laukkanen et al., 2016; Vianna et al., 2007; Medeiros et al., 2013; Springer et al., 2007; Fregly et al., 1973).

Однак оцінка рівноваги не є стандартною частиною клінічного обстеження осіб середнього та старшого віку (Springer et al., 2007). Частково це можна пояснити недостатньою стандартизацією тестування рівноваги, а також відносною точністю даних (Fregly et al., 1973; Jonsson et al., 2004; Roeing et al., 2017). Доступність простих, недорогих, надійних і безпечних інструментів оцінювання рівноваги, що можуть допомогти прогнозуванню виживання, є корисною для медпрацівників, які обстежують та лікують осіб похилого віку (Bruto et al., 2014).

У контексті цієї проблеми C.G. Araujo et al. зазначають актуальність проведеного проспективного когортного дослідження з використанням даних відкритого когортного /

оцінювального протоколу CLINIMEX Exercise, розпочатого 1994 року. Метою його було вивчити взаємозв'язок різних показників фізичної підготовки та інших змінних, пов'язаних із фізичними вправами, а також серцево-судинних чинників ризику та смертністю, зумовленою всіма/конкретними причинами.

## Матеріали і методи дослідження

Розмір вибірки становив 1593 учасники; поточний аналіз охоплював дані 1702 учасників віком 51-75 років, які добровільно звернулися до клініки для оцінювання аеробної та неаеробної фізичної підготовленості та/або отримання консультації щодо фізичних вправ. Оцінювання проводили від 10.02.2009 до 10.12.2020. Інформацію про життєвий статус та смертність було оновлено в середині грудня 2020 р. за даними обласного офіційного реєстру. Усі учасники прочитали та підписали інформовану згоду. Протокол дослідження увійшов до Національного реєстру досліджень, який офіційно розглянув та затвердив зовнішній комітет з етики досліджень. Демографічні змінні: стать; вік; дата оцінювання, смерті (якщо вона сталася), оновлення інформації; час спостереження. Антропометричні параметри містили дані про зріст, масу тіла, сумарний розмір шести шкірних складок (триципітальної, підлопаткової, клубової, надчеревної, стегнової та в медіальній частині гомілки), а також окружність талії, індекс маси тіла (ІМТ) і співвідношення показників окружності талії до зросту. Клінічні дані було отримано на підставі історії хвороби, з урахуванням наявності/браку відомостей про відповідні захворювання та/або регулярно застосовувані ліки. Ожиріння визначали як  $IMT \geq 30 \text{ kg/m}^2$ .

## Оцінка рівноваги в положенні стоячи на одній нозі

Статичну рівновагу оцінювали за допомогою 10-секундного стояння на одній нозі (10-s one-legged stance – 10-s OLS): на рівній поверхні, почергово на правій та лівій, під пильним особистим наглядом лікаря та/або помічника медсестри. Щоб мінімізувати вплив м'язової сили й гнучкості та поліпшити стандартизацію, учасники виконували завдання босоніж та були проінструктовані щодо розташування дорсальної частини неопорної стопи на тильному боці гомілки опорної ноги якомога природнішим способом (рис. 1). Учасників просили тримати лікті випрямленими, руки розташовувати щільно до тіла і фіксувати погляд в точці на відстані 2 м на рівні очей (Nofuji et al., 2016).

Коли учасник приймав правильне положення, розпочинали відлік 10 с; можна було робити шонайбільше три спроби. Зокрема, застосовували дуже простий критерій – здатність виконати 10-s OLS на будь-якій нозі, зберігаючи правильну початкову позицію та без будь-якої іншої підтримки. Відповідно учасників класифікували як здатні («Так») або нездатні («Ні») виконати 10-s OLS.

## Результати дослідження

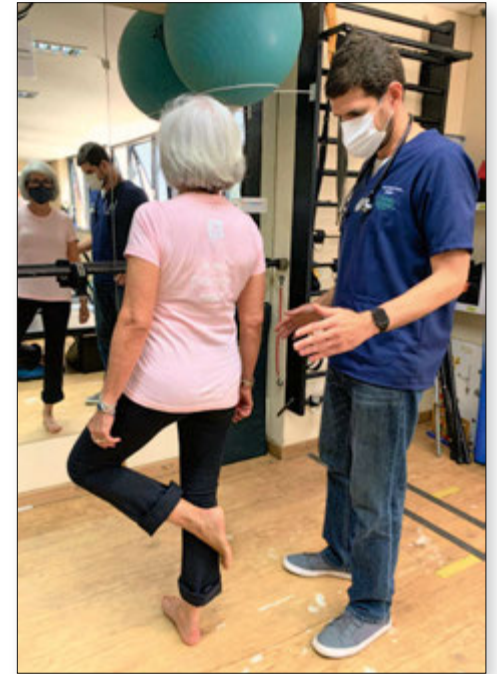
Демографічні та клінічні характеристики учасників дослідження наведено в таблиці. Із усіх учасників 348 (20,4%) не пройшли тест. Неможливість пройти тест 10-s OLS на правій/лівій нозі зростає з віком, подвоюючись практично що п'ять років між віковими групами, починаючи з 51-55 років. Частка тих, хто не склав тест, становила 4,7% учасників віком 51-55 років; 8,1% – віком 56-60 років; 17,8% – віком 61-65 років і 36,8% – віком 66-70 років. У віковій групі 71-75 років більшість учасників (53,6%) не змогли успішно пройти 10-s OLS (рис. 2).

Медіана періоду подальшого спостереження становила 7 років (міжквартильний діапазон 4,16-9,41 року); 123 учасники (7,2%) померли без чітких часових тенденцій щодо летальних випадків ( $p=0,77$ ), переважно через рак – 32%, серцево-судинні причини – 30%, захворювання дихальної системи – 9% та ускладнення COVID-19-7%. Для вибірки з 1702 осіб, зокрема 123 випадки смертності від усіх причин, потужність виявлення клінічно важливого відношення ризику (ВР), який дорівнював 1,84, становила 92%. Частка смертей у групі «Ні» була вищою, ніж у групі «Так» (17,5% проти 4,6%;  $p<0,001$ ), що відображає абсолютну різницю 12,9%, але розподіл основних причин смерті суттєво не відрізнявся між групами «Так» і «Ні» ( $p=0,45$ ).

Розподіл за статтю між групами «Так» і «Ні» не мав істотних розбіжностей ( $p=0,76$ ), але за віком, ІМТ та співвідношенням окружності талії до зросту відмінності були значущими ( $p<0,001$ ): учасники групи «Ні» мали гірший «профіль здоров'я» з вищим поширенням ожиріння, ішемічної хвороби серця, гіпертонії та дисліпідемії. Найразючішою була різниця щодо частоти цукрового діабету, який утримав поширеніший у групі «Ні» (37,9% проти 12,6% у групі «Так»,  $p<0,001$ ).

Неспроможність пройти 10-s OLS найбільше корелювала з віком (0,40) та співвідношенням окружності талії до зросту (0,26) ( $p<0,001$ ). Криві виживання Каплана–Меєра суттєво різнилися у групах «Так» і «Ні» ( $p<0,001$ ) (рис. 3).

За даними аналізу пропорційних ризиків Кокса, неспроможність завершити 10-s OLS була асоційована зі значно вищим ризиком смертності від усіх причин. Скориговані



**Рисунок 1. Позиція тіла для здійснення тесту 10-секундного стояння на одній нозі**

Адаптовано за C.G. Araujo et al., 2022.

за віком, а також за багатьма параметрами (вік, стать, ІМТ та клінічні супутні захворювання: ішемічна хвороба серця, гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння та дисліпідемія в анамнезі) значення ВР (95% довірчий інтервал) для цих учасників становили 2,18 (1,48-3,22;  $p<0,001$ ) та 1,84 (1,23-2,78;  $p=0,003$ ) відповідно.

При аналізі смертності від усіх причин (з урахуванням чинників ризику) додавання результатів тесту 10-s OLS допомогло збільшити C-індекс Харрелла на 0,0100 (від -0,0005 до 0,0205;  $p=0,06$ ).

## Обговорення

C.G. Araujo et al. наводять дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, за якими щороку в усьому світі від падіння помирає 684 тис. осіб, зокрема 80% – у країнах із низьким/середнім рівнем доходу (WHO, 2021). Хороший рівень рівноваги важливий для виконання багатьох повсякденних дій (Keating et al., 2021); є вагомі докази того, що втрата відчуття рівноваги шкодить здоров'ю, а деякі вправи можуть його поліпшити (Izquierdo et al., 2021; Keating et al., 2021; Gonzalez et al., 2014; Mortazavi, 2019). Проте невідомо, чи можна скорегувати результати повторних 10-s OLS завдяки фізичними вправам/тренуванням рівноваги, і чи зміни результату тесту з плином часу матимуть вплив на ризик смертності (Jaques-Gallardo et al., 2019).

Автори зазначають, що їхній 13-річний клінічний досвід регулярного використання тесту 10-s OLS у дорослих широкого вікового діапазону з різноманітними клінічними захворюваннями підтверджує, що цей тест був надзвичайно ефективним, безпечним, добре сприймався учасниками, і, що дуже важливо, легко додавати до практики, оскільки для його реалізації потрібно 1-2 хв (Araujo et al., 2020).

## Прогностична цінність тесту

Щодо прогностичної цінності складання тесту 10-s OLS:

- Спроможність виконати 10-s OLS різко зменшується з віком, приблизно вдвічі з кожним наступним 5-річним інтервалом у відповідних групах. Показник неспроможності виконання тесту був у понад 11 разів більшим в учасників найстаршої вікової групи – 71-75 років, порівняно з молодшими на 20 років.

- За даними однофакторного аналізу, неспроможність виконання тесту значною мірою та прямо пов'язана з віком, високим показником співвідношення окружності талії до зросту

Таблиця. Демографічні та клінічні характеристики чоловіків і жінок віком 51-75 років та спроможність виконання тесту 10-секундного стояння на одній нозі

Змінна	Загалом n=1702	Тест на 10-секундне стояння на одній нозі		
		«Так» (n=1354)	«Ні» (n=348)	Значення p
Вік (роки)*	61,7±6,8	60,3±6,2	67,2±6,0	<0,001
Чоловіки (%)	67,9	68,1	67,2	0,761
Вага (кг)*	79,9±16,0	79,0±15,5	83,6±17,3	<0,001
Зріст (см)*	169,9±9,2	171,1±9,1	169,1±9,6	0,062
Індекс маси тіла (кг/м²)*	27,6±4,5	27,2±4,2	29,2±5,2	<0,001
Співвідношення окружності талії до зросту*	0,57±0,07	0,56±0,07	0,61±0,08	<0,001
Сумарний розмір шкірних складок (мм)*	117,7±1,0	114,6±1,1	129,7±2,4	<0,001
<b>Супутні захворювання</b>				
Гіпертонія (%)	47,9	43,5	65,3	<0,001
Дисліпідемія (%)	54,8	52,7	63,0	0,001
Цукровий діабет (%)	17,7	12,6	37,9	<0,001
Ожиріння (%)	26,2	22,6	40,2	<0,001
Захворювання коронарних судин (%)	32,1	30,0	40,5	<0,001
Інфаркт міокарда (%)	16,1	15,4	18,8	0,124
Аортокоронарне шунтування (%)	8,7	7,5	13,3	0,001
Перкутанне коронарне втручання (%)	21,7	20,7	25,4	0,057
Смерть (%)	7,2	4,6	17,5	<0,001
Тривалість спостереження, дні (діапазон)	2538 (1518-3434)	2628 (1594-3491)	2123 (1146-3156)	<0,001

Примітка. \* Середнє значення ± стандартне відхилення.

Адаптовано за C.G. Araujo et al., 2022.

Закінчення на наст. стор.

Початок на попередній стор.

та поширеністю цукрового діабету. Ці результати узгоджуються з даними S.G.R. Neri et al. (2019), за якими показники ожиріння, зокрема окружність талії, пов'язані з постуральною нестійкістю та вищим ризиком падінь у літніх.

- Вищий відсоток учасників із цукровим діабетом у групі «Ні» свідчить про те, що деякі з них мають субклінічну дисфункцію центральної або вегетативної нервової системи (Yokoyama et al., 2020).

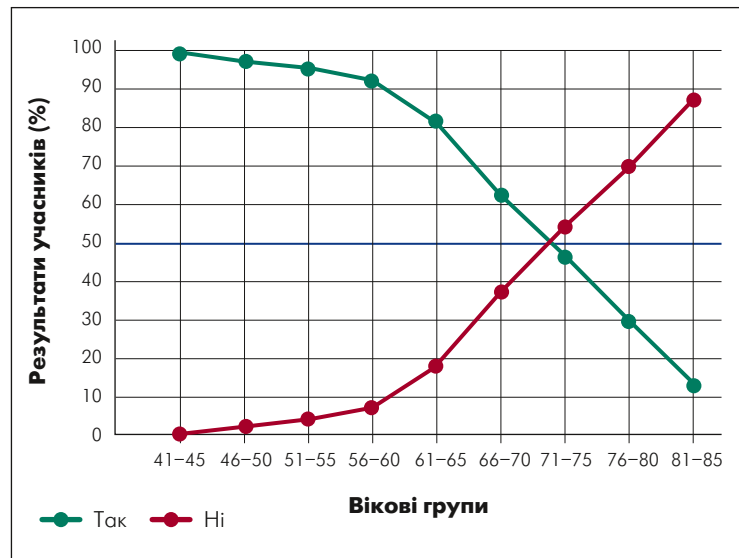
- Учасники середнього та старшого віку, які не змогли скласти тест 10-s OLS, мали на 84% вищий ризик смертності від усіх причин протягом медіани 7 років порівняно з тими, хто його пройшов, навіть якщо брали до уваги вік, стать, ІМТ та клінічні супутні захворювання або чинники ризику, зокрема наявність ішемічної хвороби серця, гіпертонії, ожиріння, дисліпідемії та цукрового діабету.

**Порівняння отриманих результатів із даними літератури**

Як зазначають дослідники, 2007 року було запропоновано нормативні значення для 10-s OLS на підставі результатів, отриманих у 549 осіб, розділених на шість вікових груп від 18 до 80+ років. Встановлено, що показники виконання 10-s OLS дуже залежали від віку, але не від статі (Springer et al., 2007).

У проведеному в Японії дослідженні за участю 1085 учасників похилого віку (65-89 років) виявлено, що час виконання тесту OLS тісно пов'язаний зі смертністю від усіх причин, зі скоригованим значенням ВР, подібним до поточного дослідження з використанням подібних коваріат (1,91; 95% довірчий інтервал 1,39-2,63) (Nofuji et al., 2016).

С. Сао et al. (2021) у когортному дослідженні вивчали показники статичної рівноваги у 5816 чоловіків і жінок віком від 40 років, за якими в середньому спостерігали протягом 12,5 року. Зокрема, особи з порушенням рівноваги мали на 44% вищий ризик смертності від усіх причин, ніж ті, хто отримав



**Рисунок 2. Спроможність («Так») або неспроможність («Ні») виконати тест 10-секундного стояння на одній нозі відповідно до вікової групи (n=2798)**

Адаптовано за C.G. Araujo et al., 2022.

результати у межах норми за чотири параметрами в модифікованому тесті Ромберга.

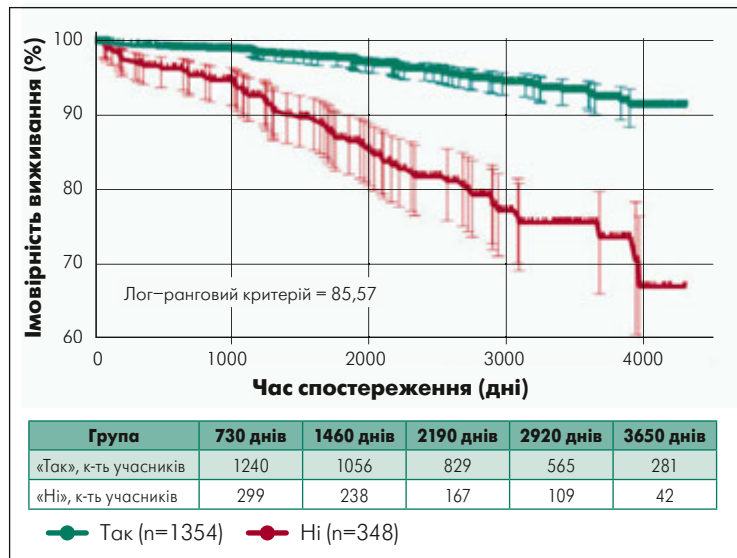
Як зазначають С.Г. Арауїо et al., тест OLS використовують для оцінювання відчуття рівноваги понад 50 років. Так, А.Р. Фреглі et al. (1973) першими повідомили про нормативні стандарти для OLS на підставі даних вибірки здорових осіб. Є різні варіації тесту OLS щодо позицій рук/кистей, дозволених рухів рукою для стабілізації та положенням протилежної ноги/стопи, причому в деяких дослідженнях можна махати ногою (Springe et al., 2007; Fregly et al., 1973; Hurvitz et al., 2000; Ikezoe et al., 2021; da Silva et al., 2013).

На думку авторів, поточні отримані дані не тільки підтверджують результати згаданих вище досліджень, але розширюють ці спостереження та роблять їх значущими для рутинного клінічного застосування. Вони також зазначають, що простіше, наприклад для відтворення результатів, мати чіткий час виконання тесту, як-от 10 с, порівняно із записом

загального часу, протягом якого суб'єкт може залишатися в положенні стоячи на одній нозі.

**Обмеження дослідження**

Досліджувана когорта загалом налічувала належала до білої раси, тобто до вищих соціально-економічних верств Бразилії. По-перше, будь-яку екстраполяцію цих результатів на популяції, відмінні щодо цієї характеристики, слід інтерпретувати з обережністю. По-друге, використання показника ВР може бути неінформативним, оскільки воно ускладнює інтерпретацію прямих порівнянь чинників ризику. По-третє, кілька потенційних змінних чинників були недоступними для учасників, зокрема недавня історія падінь, модель фізичної активності, дієта, статус курця та використання ліків, які можуть мати вплив на рівновагу. По-четверте, не реалізовано повторних вимірювань експозиції. У майбутніх дослідженнях, на думку авторів, слід також з'ясувати, чи позначаються компоненти



**Рисунок 3. Криві виживання Каплана-Меєра для учасників віком 51-75 років, розділених на здатність («Так») і нездатність («Ні») пройти тест 10-секундного стояння на одній нозі**

Адаптовано за C.G. Araujo et al., 2022.

фізичної підготовки на результатах 10-s OLS. Потрібне дослідження біологічних механізмів, які можуть пояснити зв'язок між поганим відчуттям балансу під час OLS і смертністю від усіх причин. Також цікаво вивчити, чи можуть детальніші або складніші оцінювання статичного балансу, як-от вимірювання центру зміщення тиску, кількості необхідних проб, різних положень рук або ніг та/або заплучені очі під час OLS, сприяти ґрунтовнішому аналізу предикторів виживання.

**Висновок**

Результати дослідження вказують на те, що нездатність пройти тест 10-s OLS пов'язана з вищим ризиком смертності від усіх причин і, власне, із меншою очікуваною тривалістю життя учасників середнього та старшого вікової категорії.

Підготувала **Маргарита Марчук**

**Інформація**

**Новини МОЗ**

**Реабілітація та інтеграція ветеранів у цивільне життя: виклики, можливості, рішення**

Уже зараз гостро стоїть потреба у напрацюванні системи реабілітації для повернення наших захисників до цивільного життя, успішної інтеграції та реалізації в мирних умовах. Процес накопичення матеріальної бази, розбудови інфраструктури, підготовки кадрів потребує певного часу, інколи на навчання відповідних фахівців потрібні місяці і навіть роки. А тому держава запроваджує активну роботу в цьому напрямі вже зараз. 21 грудня 2022 року під час конференції «Сучасна ветеранська політика: вимір перемоги», ініційованої Міністерством у справах ветеранів України, говорили про різні аспекти життя і потреб ветеранів. Захід розпочався у форматі презентацій та діалогу учасників. У ньому взяли участь представники Уряду та місцевих ОВА, міжнародні партнери, представники громадських та волонтерських об'єднань, ветерани та рідні загиблих воїнів. Модерувала захід Міністр у справах ветеранів України Юлія Лапуніна.

«Нині активно співпрацюємо з партнерами для того, щоб наші захисники, герої, ветерани отримали необхідну допомогу як психологічну, так і фізичну реабілітацію. І мова навіть не про те, щоб створити в кожній області чи навіть громаді реабілітаційний центр. Нам необхідно побудувати систему, яку, до речі, МОЗ створює з 2014 року, із моменту початку війни. Уже тоді система охорони здоров'я почала реагувати на ці виклики. Звичайно, зараз маємо значно більші масштаби», – сказав у своєму виступі перший заступник Міністра охорони здоров'я Олександр Комаріда.

Він зазначив, що Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» був прийнятий ще 2020 року, постанова № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» – 2021-го, тобто ще до повномасштабного вторгнення.

Цією постановою затверджено: порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я; типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ; типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду.

Реалізація акта забезпечує впровадження ефективної системи реабілітації на підставі доказової медицини та єдиних стандартів і правил з урахуванням Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, яка надається з перших днів травми, захворювання й незалежно від наявності чи відсутності статусу особи з інвалідністю, та покращить доступність послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я для пацієнтів.

Також набув чинності наказ МОЗ «Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою», покликаний удосконалити організацію та забезпечення потреб у послугах із надання психіатричної допомоги у громаді. Поліпшення доступності допомоги має відбуватися через децентралізацію та розвиток позастаціонарних форм надання спеціалізованої допомоги, реорганізацію процесу надання допомоги в закладах охорони здоров'я на рівні вторинної медичної допомоги та впровадження чіткого механізму перенаправлення між наявними службами, розвитку мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці.

Під час конференції заступник Міністра нагадав, що за ініціативи МОЗ у жовтні 2022 року було розширено програму реімбурсації на лікарські засоби, які використовують для лікування розладів психіки та поведінки, а також епілепсії. Розширена програма реімбурсації дає змогу отримати необхідні ліки за електронним рецептом безоплатно або з незначною доплатою.

Це було зроблено у відповідь на виклики воєнного часу. Також розглядається можливість розширити програму реімбурсації на знеболювальні препарати, що також зумовлено війною.

За словами Олександра Комаріди, надання реабілітації та психосоціальної підтримки ветеранам приділятиметься особлива увага найближчими роками. Так, питання надання спеціалізованої медичної допомоги, послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я та психологічної підтримки ветеранам війни та членам їхніх сімей, членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членам сімей загиблих (померлих) захисників і захисниць України, внутрішньо переміщеним особам включено до пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023-2025 роки.

Для забезпечення населення необхідною реабілітаційною допомогою та скерування осіб, які потребують реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, МОЗ розроблено проект наказу «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», який наразі погоджується із зацікавленими сторонами.

**Медична евакуація**

Відповідно до постанови КМУ від 05.04.2022 № 411 «Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих через військову агресію російської федерації проти України, на лікування за кордон» направлено для лікування за кордон для отримання медичної та/або реабілітаційної допомоги підлягають особи зі складових сил оборони та сил безпеки, постраждали у зв'язку з військовою агресією РФ проти України, за умови наявності висновку про необхідність направлення на лікування за кордон та письмового підтвердження готовності закладу охорони здоров'я іноземної держави на безоплатній основі прийняти на лікування постраждалих військовослужбовців.

Станом на 30 листопада 2022 року евакуйовано 1118 військовослужбовців.

Потреба в лікуванні травм (переважно внаслідок мінно-вибухових уражень) – основна причина медичної евакуації як серед військовослужбовців, так і серед цивільних громадян.

**Про медичне забезпечення**

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» створено новий механізм фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, зокрема шляхом переходу на оплату з державного бюджету медичних послуг і лікарських засобів, що входять до програми медичних гарантій медичного обслуговування населення.

Забезпечення якісним медичним обслуговуванням ветеранів за програмою медичних гарантій здійснюється у тих закладах охорони здоров'я, які уклали договір про медичне обслуговування населення із Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ).

МОЗ, аналізуючи роботу закладів, які законтрактовані з НСЗУ та надають реабілітаційну допомогу, визначило перелік закладів охорони здоров'я, які на території області спроможні забезпечити надання якісних послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я, серед яких 23 госпіталі ветеранів війни.

Наразі госпіталі для ветеранів війни фінансуються за рахунок місцевих бюджетів та шляхом укладення договорів із НСЗУ. Ще три госпіталі фінансуються коштами МОЗ України.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>