

Розділ 4. Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація

УДК 616.8-085.851:616.8-089

Олена Лазарєва, Олена Бісмак

Вплив реабілітаційних заходів на психологічні аспекти якості життя пацієнтів із наслідками травматичних та компресійних невропатій верхньої кінцівки

Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)

Постановка проблеми та її значення. Якість життя – міждисциплінарне поняття, що характеризує ефективність усіх сторін життєдіяльності людини, рівень задоволення матеріальних, духовних і соціальних потреб, рівень інтелектуального, культурного та фізичного розвитку, а також ступінь забезпечення безпеки життя. Велике значення має вивчення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям у неврологічних хворих. З огляду на тяжкість і довготривалість лікування та реабілітації осіб із травматичними та компресійними невропатіями верхньої кінцівки, проблема зниження якості життя в цієї категорії пацієнтів продовжує залишатися актуальною до сьогодні [3].

Захворювання й травми периферичних нервів мають тенденцію до зростання в більшості країн світу, становлять близько 10 % усіх травм, переважно супроводжуються інвалідизацією, при цьому більшість випадків припадає на частку пацієнтів працездатного віку [2, 9].

Хірургічне лікування захворювань і травм периферичних нервів було відомо досить давно. Так, перші шви пошкодженого нерва в людини були виконані на початку 60-х рр. XVII ст., відразу після появи праць А. Waller (1850), коли стало очевидно, що, незалежно від того, як би рано після перерізання не зшитий нерв, відновлення відбувається за незмінною закономірністю – вrostання новоутворених волокон у збереженні ендоневральної трубки дистального нервового відростка [9].

Консервативне лікування в низці випадків не лише не дає змоги досягти позитивних результатів, а й зумовлює втрату часу, із кожним днем зменшуючи шанси на відновлення, що пов'язано переважно з атрофією м'язів, що іннервуються цим нервовим волокном [9]. Водночас остаточна діагностика виду пошкодження нерва нерідко можлива лише інтраопераційно [9].

На сьогодні існують достовірні свідчення того, що психологічні чинники впливають на перебіг як передопераційного, так і післяопераційного періодів, пов'язаних із нейрохірургічним лікуванням. Незважаючи на високий клінічний ефект нейрохірургічних операцій при захворюваннях і травмах периферичних нервів верхньої кінцівки, велика частина прооперованих пацієнтів мають низькі показники особистої, професійної та соціальної адаптації [4].

На думку багатьох дослідників, розбіжність у клінічних і соціальних показниках при нейрохірургічному лікуванні периферичних нервів верхньої кінцівки зумовлено також психічними факторами. До основних факторів відносять наявність депресії й депресивної симптоматики, високий рівень тривоги, особистісні риси, психологічний стрес, соціальну ізоляцію [2].

Наявність тривалого больового синдрому часто супроводжує захворювання периферичних нервів, може слугувати причиною розвитку невротичних розладів [9]. З іншого боку, часто присутній невротичний фон може бути причиною розвитку депресивності, яка значною мірою є потенційним фактором для хронізації болю. Депресивні порушення, незалежно від їх походження, первинність або вторинність відносно хронічного больового синдрому, завжди значно погіршують і видозмінюють клінічну картину [1].

При захворюваннях і травмах периферичних нервів верхньої кінцівки виникають в'ялі (периферичні) парези та паралічі, які значно порушують рухову функцію ураженою кінцівкою, обмежують функціональні можливості в побуті, самообслуговуванні й виконанні повсякденних дій [2, 9].

Хворий, позбавлений можливості без обмежень робити верхніми кінцівками все, що він міг робити раніше до травми чи захворювання, часто змушений змінити плани на майбутнє, відмовитися

від досягнення давно намічених і дуже привабливих цілей. Це викликає стан фрустрації, що виявляється іноді у відчуттях гнітючого напруження, тривожності, відчаю, гніву й т. ін. Больові відчуття накладають відбиток на емоційний стан. Одна з поширених форм реагування ЦНС на зовнішні та внутрішні шкідливості – астенія, яка може виникнути під час лікування невротичних верхньої кінцівки.

Проблема виникнення астенічних і депресивних станів у пацієнтів у до- та післяопераційному періодах лікування травматичних та компресійно-ішемічних невротичних верхньої кінцівки є актуальною в наш час з огляду на поширеність серед людей молодого працездатного віку та великої частоти інвалідизації в цієї категорії хворих.

Важливо відзначити, що літературні дані з питання про психологічну допомогу цій категорії пацієнтів відносно нечисленні й представлені найчастіше окремими статтями стосовно обмеженого кола проблем. Незважаючи на те, що травматичні та компресійні ураження периферичних нервів верхньої кінцівки істотно порушують не тільки фізичне, а й психоемоційне функціонування пацієнта, ефект відновного лікування оцінюється нерідко лише за фізичними та функціональними результатами, у той час як він залежить значною мірою й від ступеня психологічної адаптації пацієнта.

Зв'язок із науковими планами, темами. Дослідження виконано згідно з планом наукової роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2016-2020 рр. за темою 4.2. «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0116U001609).

Мета роботи – вивчити вплив реабілітаційних заходів на психоемоційний стан пацієнтів із наслідками травматичних і компресійних невротичних верхньої кінцівки.

Матеріал та методи. У дослідженні брали участь 223 пацієнти з наслідками ушкоджень периферичних нервів верхньої кінцівки, що були прооперовані у відділенні відновлювальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України» з 2018 по 2019 рр. До оперативного втручання багатьом пацієнтам проводили різноманітну консервативну терапію, результати якої були незадовільними або недостатньо ефективними. Серед пацієнтів із невротичними периферичних нервів верхньої кінцівки переважали чоловіки – 161 (72,2 %) осіб, жінок було 62 (27,8 %) осіб. Тривалість захворювання становила від трьох до 18 місяців. Вік обстежених варіював від 18 до 67 років, у середньому становив $44,9 \pm 4,6$ року. Розподіл хворих за клінічними синдромами ушкоджень нервів представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих за клінічними синдромами

| Клінічні синдроми | Кількість хворих |
|---|------------------|
| Ушкодження плечового сплетення | 121 (54,3 %) |
| Ушкодження ліктьового нерва | 42 (18,8 %) |
| Ушкодження променевого нерва | 39 (17,5 %) |
| Ушкодження серединного нерва | 9 (4,0 %) |
| Ушкодження серединного та ліктьового нервів | 12 (5,4 %) |

Як видно з табл. 1, більшість спостережень становили хворі з наслідками ушкодження плечового сплетення – 121 (54,3 %) осіб. Травматичне ушкодження плечового сплетення переважно відбувалось унаслідок дорожньо-транспортних пригод – 62,1 %, із яких 23,4 % – мотоциклетні травми.

Хворих розподілено на дві групи – основну групу (112 осіб) та групу порівняння (111 осіб). В основній групі ми використовували розроблену нами програму реабілітації, у групі порівняння – стандартну, яка застосовується в цієї категорії пацієнтів. Терапія тривала до трьох місяців: до операції – два тижні та після операції – 10 тижнів (курсами по два тижні й самостійно вдома).

Для оцінки психоемоційного статусу пацієнтів й особливостей адаптації ми використовували шкалу тривожності Спілбергера-Ханіна, спрямовану на дослідження рівня особистісної та реактивної тривожності [7]; шкалу самооцінки депресії А. Бека [10]; суб'єктивну шкалу оцінки астенії (MFI-20) [11].

Обробку результатів досліджень проводили за допомогою пакета аналізу Microsoft Office Excel 2007, Statistica 6,0 for Windows. Використовували критерій Стюдента. Достовірність відмінностей уважали статистично значущою при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. У літературних джерелах наголошено на необхідності уваги до психоемоційного стану пацієнтів із неврологічними захворюваннями, зокрема з наслідками травматичних і компресійних невротичних верхньої кінцівки як до чинника, що впливає на

процес відновлення функціонального стану руки після операції. Психоемоційне напруження, що виникає в цього контингенту пацієнтів, слугує джерелом дезадаптації. Вирішення питань психоемоційної допомоги важливе ще й тому, що зниження здатності пацієнтів після травм периферичних нервів руки до самообслуговування, до виконання побутових навичок у повсякденному житті значно знижує якість життя й самооцінку здоров'я пацієнтами протягом тривалого періоду [6, 8].

При первинному обстеженні пацієнтів ми в більшості з них (96,7 %) виявили порушення в емоційно-особистісній сфері тривожного та депресивного характеру, що відповідає даним літератури [5].

Як видно з табл. 2, у пацієнтів основної групи реактивна тривожність (за шкалою Спілбергера-Ханіна) була на рівні $45,5 \pm 6,4$ бала, у групі порівняння – $45,1 \pm 5,9$ бала. Особистісна тривожність була дещо вищою, ніж в основній, так і у хворих групи порівняння ($47,8 \pm 6,9$ та $48,1 \pm 6,1$ бала відповідно). Опитування за шкалою самооцінки депресії Бека показало, що депресивні порушення в більшості пацієнтів обох груп були на середньому рівні – $22,4 \pm 4,3$ бала в основній групі та $22,9 \pm 4,1$ бала в групі порівняння. Подібний результат ми одержали й за шкалою MFI-20, що свідчило про наявність астеничного синдрому в обстежених пацієнтів.

Таблиця 2

Показники психоемоційного стану пацієнтів при первинному обстеженні в доопераційний період

| Показник, балів | Основна група (n=112) | Група порівняння (n=111) | t | p |
|--|--------------------------|-----------------------------|------|--------|
| | $\bar{x} \pm S$ | $\bar{x} \pm S$ | | |
| Реактивна тривожність (за шкалою Спілбергера-Ханіна) | $45,5 \pm 6,4$ | $45,1 \pm 5,9$ | 0,87 | p>0,05 |
| Особистісна тривожність (за шкалою Спілбергера-Ханіна) | $47,8 \pm 6,9$ | $48,1 \pm 6,1$ | 0,83 | p>0,05 |
| Шкала самооцінки депресії Бека | $22,4 \pm 4,3$ | $22,9 \pm 4,1$ | 0,33 | p>0,05 |
| Шкала оцінки астенії MFI-20 | $23,2 \pm 4,5$ | $23,4 \pm 4,7$ | 0,38 | p>0,05 |

Отже, первинне обстеження пацієнтів із наслідками травматичного та компресійного ураження периферичних нервів верхньої кінцівки свідчило про наявність порушень у психоемоційній сфері, що викликано роздумами та переживаннями щодо майбутньої операції, тривалим курсом лікування й реабілітації, що більшість із пацієнтів мали до надходження до відділення відновлювальної нейрохірургії.

Програма фізичної терапії в основній групі включала кінезотерапію, масаж у поєднанні з аутотренінгом, елементи гімнастики йоги, дихальну гімнастику, а також арттерапію, що являє собою реабілітаційний ресурс, привнесення якого сприяє прискоренню ранньої післяопераційної реабілітації. У групі порівняння – кінезотерапію, масаж, дихальні вправи та вправи на розслаблення. У післяопераційний період в основній та групі порівняння додавалися механотерапія й апаратна фізіотерапія.

У доопераційний період основним завданням було емоційно підготувати пацієнтів до операції, переконати їх в успішному результаті операції, ознайомити з тими терапевтичними вправами, які застосовуватимуться після операції. В основній групі акцентовано на вправах із самонавіюванням (аутотренінг), використовували елементи гімнастики йоги, дихальну гімнастику, арттерапію, у групі порівняння – дихальні вправи та вправи на розслаблення.

Із засобів кінезотерапії в доопераційному періоді в обох групах ми застосовували пасивні й активні вправи для ураженої (якщо не було протипоказів) і здорової кінцівки, вправи в ізометричному напруженні, з опором та предметами.

У доопераційний період хворим надавалися рекомендації щодо режиму дня (нормалізація сну), прогулянок на свіжому повітрі та збалансованого харчування – багата білком і вітамінами їжа благотворно впливає на виснажену нервову систему. При постійному стресі організм відчуває дефіцит вітамінів, який можна заповнити, приділивши увагу своєму раціону.

У післяопераційний період залежно від тяжкості травми й виду оперативного втручання застосовували терапевтичні вправи доопераційного періоду, які доповнювалися механотерапією та апаратною фізіотерапією. В основній групі більш активно використовували арттерапію, аутотренінг, елементи гімнастики йоги, дихальну гімнастику, у групі порівняння – дихальні вправи й вправи на розслаблення.

Повторне обстеження проводилося через 2,5–3 місяці після операції. У результаті лікування спостерігали виражену позитивну динаміку у вигляді поліпшення психоемоційного статусу пацієнтів обох груп.

Реактивна тривожність в основній групі хворих достовірно знизилася до $37,3 \pm 5,3$ бала ($p < 0,05$), у групі порівняння – до $40,2 \pm 5,4$ бала (табл. 3). Проте при більш детальному аналізі ми виявили, що нормалізація показників реактивної тривожності відзначалася в 64 (57,1 %) осіб основної групи та у 42 (37,8 %) пацієнтів групи порівняння, в інших пацієнтів спостерігали зменшення тривожності, у двох (1,8 %) хворих основної групи й у 6 (5,4 %) осіб групи порівняння не було змін у показниках реактивної тривожності. Подібні результати простежували й у показниках особистісної тривожності (табл. 3).

Депресивні розлади та астеничні прояви достовірно зменшилися в 94,6 % хворих основної групи й 92,3 % пацієнтів групи порівняння.

Таблиця 3

Динаміка показників психоемоційного стану пацієнтів при повторному обстеженні в післяопераційний період ($\bar{x} \pm S$)

| Показник, балів | Група | Первинне обстеження $\bar{x} \pm S$ | Повторне обстеження $\bar{x} \pm S$ | t | p |
|--|------------|--|--|-----|------------|
| Реактивна тривожність (за шкалою Спілбергера-Ханіна) | Основна | $45,5 \pm 6,4$ | $37,3 \pm 5,3$ | 3,9 | $p < 0,05$ |
| | Порівняння | $45,1 \pm 5,9$ | $40,2 \pm 5,4$ | 3,6 | $p < 0,05$ |
| Особистісна тривожність (за шкалою Спілбергера-Ханіна) | Основна | $47,8 \pm 6,9$ | $39,9 \pm 4,9$ | 4,4 | $p < 0,05$ |
| | Порівняння | $48,1 \pm 6,1$ | $43,1 \pm 5,1$ | 4,2 | $p < 0,05$ |
| Шкала самооцінки депресії Бека | Основна | $22,4 \pm 4,3$ | $16,8 \pm 3,6$ | 4,3 | $p < 0,05$ |
| | Порівняння | $22,9 \pm 4,1$ | $20,8 \pm 3,1$ | 2,1 | $p > 0,05$ |
| Шкала оцінки астенії MFI-20 | Основна | $23,2 \pm 4,5$ | $14,4 \pm 3,1$ | 4,7 | $p < 0,05$ |
| | Порівняння | $23,4 \pm 4,7$ | $17,5 \pm 3,4$ | 3,2 | $p < 0,05$ |

Проте, порівнюючи показники психоемоційного стану пацієнтів в обстежених осіб, ми дійшли висновку, що в основній групі вони достовірно кращі, ніж у контрольній, що свідчило про ефективність авторської програми фізичної терапії ($p < 0,05$) (табл. 4).

Таблиця 4

Порівняльна характеристика показників психоемоційного стану пацієнтів при повторному обстеженні в післяопераційний період

| Показник, балів | Основна група (n=112) | Група порівняння (n=111) | t | p |
|--|--------------------------|-----------------------------|-----|------------|
| | $\bar{x} \pm S$ | $\bar{x} \pm S$ | | |
| Реактивна тривожність (за шкалою Спілбергера-Ханіна) | $37,3 \pm 5,3$ | $40,2 \pm 5,4$ | 3,2 | $p < 0,05$ |
| Особистісна тривожність (за шкалою Спілбергера-Ханіна) | $39,9 \pm 4,9$ | $43,1 \pm 5,1$ | 3,4 | $p < 0,05$ |
| Шкала самооцінки депресії Бека | $16,8 \pm 3,6$ | $20,8 \pm 3,1$ | 3,7 | $p < 0,05$ |
| Шкала оцінки астенії MFI-20 | $14,4 \pm 3,1$ | $17,5 \pm 3,4$ | 3,6 | $p < 0,05$ |

Отже, вивчення психоемоційного стану пацієнтів є невід'ємною умовою комплексної реабілітації, розробки її стратегії та алгоритму.

Висновки. При обстеженні хворих із наслідками ушкоджень периферичних нервів верхньої кінцівки ми виявили, що за відсутності або недостатнього ефекту від проведеної терапії в до- та післяопераційний період у пацієнтів із часом формуються ознаки астеноневротичного синдрому, що значно погіршують прогноз лікування й реабілітації.

Під час первинного обстеження ми виявили, що в пацієнтів обох груп спостерігали порушення психоемоційної сфери, що викликано роздумами та переживаннями щодо майбутньої операції, тривалим курсом лікування й реабілітації, що більшість із пацієнтів мали до надходження до відділення відновлювальної нейрохірургії. У зв'язку з цим ми розробили програму фізичної терапії для пацієнтів основної групи, яка включала кінезотерапію, масаж у поєднанні з аутотренінгом, елементи гімнастики йоги, дихальну гімнастику, а також арттерапію, що являє собою реабілітаційний

ресурс, привнесення якого сприяє прискоренню ранньої післяопераційної реабілітації, у групі порівняння – кінезотерапію, масаж, дихальні вправи та вправи на розслаблення. У післяопераційний період в основній і групі порівняння додавалися механотерапія та апаратна фізіотерапія.

Повторне обстеження проводили через 2,5–3 місяці після операції. У результаті лікування спостерігали виражену позитивну динаміку у вигляді поліпшення психоемоційного статусу пацієнтів обох груп. Реактивна тривожність в основній групі хворих достовірно знизилася до $37,3 \pm 5,3$ бала, у групі порівняння – до $40,2 \pm 5,4$ бала ($p < 0,05$). Проте, порівнюючи показники психоемоційного стану пацієнтів, ми дійшли висновку, що в основній групі вони достовірно кращі, порівняно з контрольною, що свідчило про ефективність авторської програми фізичної терапії ($p < 0,05$).

У перспективі плануємо вивчення впливу сучасних психотерапевтичних релакс-методик для відновлення психологічного здоров'я пацієнтів із невропатіями верхніх кінцівок.

Джерела та література

1. Андреева Г. О., Емельянов А. Ю. Хронический болевой синдром при компрессионно-ишемических невропатиях периферических нервов: интегративные подходы к терапии. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2012. № 8(2). С. 371–374.
2. Бісмак О. В. Периферичні невропатії верхньої кінцівки як медико-соціальна проблема. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія № 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2019. № 7 (115), 19. С. 12–16.
3. Евсина О. В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы). *Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»*. 2013. № 1. С. 119–133.
4. Ковальчук В. В., Аманова Э. О., Гусев А. О., Галкин А. С., Хайбуллин Т. Н. Психотерапевтическая реабилитация и нормализация психоэмоционального и функционального состояния пациентов с болевыми синдромами при органических поражениях головного мозга. *Science & Healthcare*. 2016. № 5. С. 64–79.
5. Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). Казань, 2003. С. 23–29.
6. Синбухова Е. В., Кравчук А. Д., Чобулов С. А. Эмоциональное состояние пациента на этапе реконструктивной хирургии. *Вятский медицинский вестник*. 2017. № 2(54). С. 85–87.
7. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Ленинград, 1976. 18 с.
8. Хвостова С. А. Психологические и личностные критерии состояния больных остеопорозом и с переломами в процессе их реабилитации. *Современные проблемы науки и образования*. 2008. № 3. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=746> (дата обращения: 08.02.2020).
9. Цимбалюк В. І., Страфун С. С., Гайко О. Г., Гайович В. В. Концепція відновлення функції кінцівки при травматичному ушкодженні периферичних нервів. *Український нейрохірургічний журнал*. 2016. № 3. С. 48–54.
10. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M. [et al.]. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961. № 4. P. 561–571.
11. Smets E. M., Garssen B. [et al.]. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J. Psychosom. Res.* 1995. № 39. P. 315–325.

References

1. Andreeva, G. O., Emel'yanov, A. YU. (2012). Hronicheskij bolevoj sindrom pri kompressionno-ishemicheskikh nevroptiyah perifericheskikh nervov: integrativnye podhody k terapii [Chronic pain syndrome with compression-ischemic neuropathies of peripheral nerves: integrative approaches to therapy]. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 8(2), 371–374.
2. Bismak, O. V. (2019). Peryferychni nevroptii verkhnoi kintsivky yak medyko-sotsialna problema [Peripheral upper limb neuropathy as a medico-social problem]. *Scientific journal of the National Pedagogical University named after M. P. Drahomanov. Series № 15. Scientific and pedagogical problems of physical culture (physical culture and sports)*, 7 (115), 19, 12–16.
3. Evsina, O. V. (2013). Kachestvo zhizni v medicine – vazhnyj pokazatel' sostoyaniya zdorov'ya pacienta (obzor literatury) [The quality of life in medicine is an important indicator of a patient's health status (literature review)]. *Electronic scientific journal «Personality in a Changing World: Health, Adaptation, Development»*, 1, 119–133.
4. Koval'chuk, V. V. Amanova, E. O., Gusev, A. O., Galkin, A. S. Hajbullin, T. N. (2016). Psihoterapevticheskaya reabilitaciya i normalizaciya psihoemocional'nogo i funkcional'nogo sostoyaniya pacientov s bolevymi sindromami pri organicheskikh porazheniyah golovnogogo mozga [Psychotherapeutic rehabilitation and normalization of the psychoemotional and functional condition of patients with pain syndromes with organic brain lesions]. *Science & Healthcare*, 5, 64–79.

5. Nabiullina, R. R., Tuhtarova, I. V. (2003). Mekhanizmy psichologicheskoy zashchity i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funkcii, vidy, psihoterapevticheskaya korrekciya) [The mechanisms of psychological defense and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)]. Kazan', 23–29.
6. Sinbuhova, E. V., Kravchuk, A. D., Chobulov, S. A. (2017). Emocional'noe sostoyanie pacienta na etape rekonstruktivnoj hirurgii [The emotional condition of the patient at the stage of reconstructive surgery]. *Vyatka Medical Bulletin*, 2(54), 85–87.
7. Hanin, YU. L. (1976). Kratkoe rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti CH. D. Spilbergera [A brief guide to the use of the reactive and personal anxiety scale of C. D. Spielberger]. Leningrad, 18 p.
8. Hvostova, S. A. (2008). Psichologicheskie i lichnostnye kriterii sostoyaniya bol'nyh osteoporozom i s perelomami v processe ih rehabilitacii. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Psychological and personality criteria for the condition of patients with osteoporosis and with fractures during their rehabilitation. Modern problems of science and education], 3. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=746> (accessed: 08.02.2020).
9. Tsymbaliuk, V. I., Strafun, S. S., Haiko, O. H., Haiovych, V. V. (2016). Kontseptsiiia vidnovlennia funktsii kintsivky pry travmatychnomu ushkodzhenni peryferychnykh nerviv [The concept of limb function recovery in traumatic peripheral nerve injury]. *Ukrainian Neurosurgical Journal*, 3, 48–54.
10. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. [et al.]. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–571.
11. Smets, E. M., Garssen, B. [et al.] (1995). The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J. Psychosom. Res.*, 39, 315–325.

Анотації

Олена Лазарева, Олена Бісмак. Вплив реабілітаційних заходів на психологічні аспекти якості життя пацієнтів із наслідками травматичних та компресійних невронатій верхньої кінцівки. Актуальність. Проведено дослідження психоемоційного стану хворих із наслідками травматичних та компресійних невронатій верхньої кінцівки й вивчено вплив реабілітаційних заходів на показники тривожності та депресії в цієї категорії хворих. **Мета роботи** – вивчити вплив реабілітаційних заходів на психоемоційний стан пацієнтів із наслідками травматичних і компресійних невронатій верхньої кінцівки. **Матеріал та методи.** У дослідженні брали участь 223 пацієнти з наслідками ушкоджень периферичних нервів верхньої кінцівки, котрі були прооперовані у відділенні відновлювальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України» з 2018 по 2019 р. Хворих розподілено на дві групи – основну (112 осіб) та групу порівняння (111 осіб). Для оцінки психоемоційного статусу пацієнтів й особливостей адаптації ми використовували шкалу тривожності Спілбергера-Ханіна, спрямовану на дослідження рівня особистісної й реактивної тривожності; шкалу самооцінки депресії А. Бека, суб'єктивну шкалу оцінки астенії (MFI-20). **Результати дослідження.** При первинному обстеженні пацієнтів ми в більшості з них (96,7 %) виявили порушення в емоційно-особистісній сфері тривожного й депресивного характеру. Програма фізичної терапії в основній групі включала кінезотерапію, масаж у поєднанні з аутотренінгом, елементи гімнастики йоги, дихальну гімнастику, а також арттерапію, що являє собою реабілітаційний ресурс, привнесення якого сприяє прискоренню ранньої післяопераційної реабілітації, у групі порівняння – кінезотерапію, масаж, дихальні вправи та вправи на розслаблення. У післяопераційний період в основній і групі порівняння додавалися механотерапія та апаратна фізіотерапія. Повторне обстеження проводили через 2,5–3 місяці після операції. У результаті лікування спостерігали виражену позитивну динаміку у вигляді поліпшення психоемоційного статусу пацієнтів обох груп. Реактивна тривожність в основній групі хворих достовірно знизилася до 37,3±5,3 бала ($p < 0,05$), у групі порівняння – до 40,2±5,4 бала. **Висновки.** Проведене дослідження підтверджує, що кінезотерапія, масаж у поєднанні з ауто-тренінгом, елементи гімнастики йоги, дихальна гімнастика та арттерапія позитивно впливають на психоемоційний стан осіб із цією патологією.

Ключові слова: психоемоційний стан, невронатія, верхня кінцівка, аутотренінг, фізична терапія.

Елена Лазарева, Елена Бисмак. Влияние реабилитационных мероприятий на психологические аспекты качества жизни пациентов с последствиями травматических и компрессионных невронатий верхней конечности. Актуальность. Проводится исследование психоэмоционального состояния больных с последствиями травматических и компрессионных невронатий верхней конечности, изучается влияние реабилитационных мероприятий на показатели тревожности и депрессии у данной категории больных. **Цель работы** – изучить влияние реабилитационных мероприятий на психоэмоциональное состояние пациентов с последствиями травматических и компрессионных невронатий верхней конечности. **Материал и методы.** В исследовании принимали участие 223 пациента с последствиями поврежденной периферических нервов верхней конечности, которые прооперированы в отделении восстановительной нейрохирургии ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова НАМН Украины» с 2018 по 2019 г. Больных разделили на две группы – основную (112 человек) и группу сравнения (111 человек). Для оценки психоэмоционального статуса пациентов и особенностей адаптации мы использовали шкалу тревожности Спилбергера-Ханина, направленную на

исследование уровня личностной и реактивной тревожности; шкалу самооценки депрессии А. Бека; субъективную шкалу оценки астении (MFI-20). **Результаты исследования.** При первичном обследовании пациентов мы в большинстве из них (96,7 %) выявили нарушения в эмоционально-личностной сфере тревожного и депрессивного характера. Программа физической терапии в основной группе включала кинезитерапию, массаж в сочетании с аутотренингом, элементы гимнастики йоги, дыхательную гимнастику, а также арт-терапию, которая представляет собой реабилитационный ресурс, использование которого способствует ускорению ранней послеоперационной реабилитации. В группе сравнения – кинезитерапию, массаж, дыхательные упражнения и упражнения на расслабление. В послеоперационном периоде в основной и группе сравнения добавлялись механотерапия и аппаратная физиотерапия. Повторное обследование проводилось через 2,5–3 месяца после операции. В результате лечения наблюдалась выраженная положительная динамика в виде улучшения психоэмоционального статуса пациентов обеих групп. Реактивная тревожность в основной группе больных достоверно снизилась до $37,3 \pm 5,3$ балла ($p < 0,05$), в группе сравнения – до $40,2 \pm 5,4$ балла. **Выводы.** Проведенное исследование подтверждает, что кинезитерапия, массаж в сочетании с аутотренингом, элементы гимнастики йоги, дыхательная гимнастика и арттерапия положительно влияют на психоэмоциональное состояние лиц с данной патологией.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, невралгия, верхняя конечность, аутотренинг, физическая терапия.

Olena Lazareva, Olena Bismak. The Influence of Rehabilitation Methods on the Psychological Aspects of the Quality of Life of Patients with the Consequences of Traumatic and Compression Neuropathies of the Upper Limb.

Relevance. A study was made of the psycho-emotional condition of patients with the consequences of traumatic and compression neuropathies of the upper limb, the effect of rehabilitation methods on indicators of anxiety and depression in this category of patients was studied. **The purpose** of the work is to study the effect of rehabilitation methods on the psycho-emotional condition of patients with the consequences of traumatic and compression neuropathies of the upper limb. **Material and Methods.** The study involved 223 patients with consequences of damage to the peripheral nerves of the upper limb, who were operated on at the Department of Reconstructive Neurosurgery of the Institute of Neurosurgery named after Acad. A.P. Romodanova of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine from 2018 to 2019. Patients were divided into 2 groups: the main group (112 people) and the comparison group (111 people). To assess the psycho-emotional status of patients and the characteristics of adaptation, we used: the Spilberger-Hanin anxiety scale, aimed at studying the level of personal and reactive anxiety; A. Beck Depression Self-Assessment Scale; subjective rating scale for asthenia (MFI-20). **The results of the Study.** During the initial examination of patients, we in most of them (96,7 %) revealed disturbances in the emotional and personal sphere of an anxious and depressive nature. The physical therapy program in the main group included: kinesiotherapy, massage in combination with auto-training, elements of yoga gymnastics, breathing exercises, as well as art therapy, which is a rehabilitation resource, the use of which helps accelerate early postoperative rehabilitation. In the comparison group – kinesiotherapy, massage, breathing exercises and relaxation exercises. In the postoperative period, fitness equipment and apparatus physiotherapy were added to the main and comparison groups. Re-examination was carried out 2,5–3 months after surgery. As a result of treatment, pronounced positive dynamics was observed in the form of an improvement in the psycho-emotional status of patients in both groups. Reactive anxiety in the main group of patients significantly decreased to $37,3 \pm 5,3$ points ($p < 0,05$), in the comparison group – to $40,2 \pm 5,4$ points. **Conclusions.** The study confirms that kinesiotherapy, massage in combination with auto-training, elements of yoga gymnastics, breathing exercises and art therapy positively affect the psycho-emotional state of people with this pathology.

Key words: psycho-emotional condition, neuropathy, upper limb, auto-training, physical therapy.

УДК: 611.835:615.8-053.67

**Надія Богдановська,
Ірина Кальонова, Кирило Бойченко**

**Ефективність міофасціального релізу в реабілітації спортсменів
силових видів спорту**

Запорізький національний університет (м. Запоріжжя)

Постановка наукової проблеми та її значення. Значні фізичні й психічні навантаження в сучасному спорті, без яких неможливі високі спортивні досягнення, нерідко призводять до