

5. Шавель Х. Є., Сенюта О. В. Енергетичні витрати та раціон харчування 16–20-річних спортсменів, що займаються фехтуванням на рапірах, у змагальному періоді. *Актуальні проблеми і перспективи розвитку фізичного виховання, спорту і туристсько-краєзнавчої роботи в закладах освіти* : матер. XIV Міжнар. наук.-практ. конф. Переяслав-Хмельницький, 2016. С. 459–464.

6. Shavel Khrystyna, Trach Volodymyr, Senjuta Oleksandra Morpho-functional state, peculiarities of food ration 15–18 year old athlete, engaged in fencing rapiers, during preparatory period *Applied and Fundamental Studies in Eurasia, Africa and America* : VIII International Academic Congress. Cape Town, 2015. Vol. III. P. 67–71.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-253-1-29>

THE EFFECT OF PHYSICAL THERAPY ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE AFTER UPPER EXTREMITY INJURY

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Shestopal N. O.

Lecturer

*National University of Ukraine
on Physical Education and Sport
Kyiv, Ukraine*

Шестопап Н. О.

викладач

*Національний університет фізичного
виховання і спорту України
м. Київ, Україна*

Теоретичні основи. В умовах війни бойові травми верхньої кінцівки належать до найбільш розповсюджених ушкоджень (53–70%) як серед військовослужбовців, які виконують бойові завдання, так і серед мирного населення, яке перебуває в зоні активних бойових дій, що призводить до втрати значної частини функцій, суттєво знижуючи незалежність та якість життя постраждалих [1; 5]. У світовій практиці реабілітації осіб після поранення верхньої кінцівки для набуття оптимальної самостійності, провідне місце займає використання моделі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [2; 10], яка використовується для програмування заходів фізичної терапії та

дослідження впливу реабілітаційних втручань на якість життя осіб із вогнепальними пораненнями верхньої кінцівки.

Мета роботи: Дослідити вплив засобів фізичної терапії на якість життя осіб із вогнепальними пораненнями верхньої кінцівки.

Методи дослідження: Використовувалися клінічні та інструментальні методи, динамометрія, вимірювання функціональної незалежності за шкалою FIM (функціональна міра незалежності) [9], шкала тривоги Гамільтона (Шкала рейтингу тривоги Гамільтона (HARS)) [7], оцінка дієздатності верхньої кінцівки за шкалою DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure) [8].

Результати дослідження та їх обговорення. В дослідженні приймало участь 76 чоловіків віком від 18 до 52 років з діагнозом вогнепальне поранення верхньої кінцівки, які були розділені на дві групи: пацієнти основної групи (ОГ) $n=38$, які проходили реабілітацію за розробленим алгоритмом комплексної програми верхньої кінцівки, що базується на сучасній моделі МКФ та контрольної групи (КГ) $n=38$ – пацієнти, які пройшли комплекс реабілітаційних заходів за методикою медичного закладу.

З огляду використання МКФ для осіб після поранення верхньої кінцівки особливого значення набула оцінка якості життя (ЯЖ), яка включає складові фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування людини. Спочатку аналізували щоденну діяльність, настрої і потреби кожного пацієнта, потім визначали функціональні можливості для виконання даних видів діяльності засобами фізичної терапії [6]. Для ОГ включали в себе наступні інструменти: спеціальні терапевтичні вправи для верхньої кінцівки, тренажери Тера-банд, лікувальний масаж, мобілізація суглобів, гідрокінезотерапія і рухова активність цілеспрямованих дій з моделюванням ситуацій, які найбільш важливі для кожного пацієнта, зокрема для військовослужбовців (можливість одягати військове спорядження, утримувати зброю). Розроблені індивідуальні програми реабілітації враховували тяжкість ушкодження верхньої кінцівки, а також особливі потреби кожного пацієнта, зосереджених на досягненні особистих цілей та професійного спрямування [3; 4]. Головною відмінністю реабілітації осіб із наслідками вогнепальних уражень було відновлення не тільки морфофункціональних показників, але і таких характеристик, як активність та спроможність до участі у певних життєвих ситуаціях з використанням біопсихосоціального підходу. КГ проходила такий самий період реабілітації за стандартною програмою (лікувальна фізкультура, фізіотерапія,

механотерапія, класичний масаж). Загальна тривалість курсу реабілітації, кількість занять та процедур була однаковою для пацієнтів основної та контрольної груп.

Висновки: Після курсу фізичної терапії вплив запропонованих реабілітаційних втручань на основі моделі МКФ на різні аспекти ЯЖ пацієнтів (функціональну незалежність у повсякденному житті, дієздатність верхньої кінцівки, що сприяло зниженню рівня тривожності) при порівняльному аналізі проведених досліджень, показав низку переваг і ефективності в основній групі над стандартним підходом в контрольній групі. Особливо це проявилось при виконанні рухових дій для моделювання ситуацій, значущих для кожного пацієнта, зокрема для військовослужбовців.

Література:

1. Бур'янов О. А., Лакша А. А., Борзих Н. О., Шидловський М. С. Біомеханічно обґрунтоване хірургічне лікування поранених з вогнепальними переломами довгих кісток. *Клінічна хірургія*. 2018;85(1):67–70.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: МКФ. МОЗ України, перекладач. Київ : МОЗ України; 2018. 256 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація при пошкодженнях опорно-рухового апарату : монографія. Львів : ЛДУФК, 2016. 398 с.
4. Науменко Л. Ю., Борисова І. С., Березовський В. М. Питання медико-соціальної реабілітації учасників АТО при посттравматичному стрессовому розладі. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2017. 17(Вип. 4(1)):239–44.
5. Страфун С. С., Курінний І. М., Борзих Н. О., Цимбалюк Я. В., Шипунов В. Г. Тактика хірургічного лікування поранених із вогнепальними травмами верхньої кінцівки в сучасних умовах. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2021. (2):10–7.
6. Marchettini P, Lacerenza M, Mauri E, Marangoni C. Painful peripheral neuropathies. *Curr Neuropharmacol*. 2006. 4(3):175–81.]
7. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960. 23(1):56–62.
8. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). *Am J Ind Med*. 1996. 29(6):602–8.
9. Pang MY, Harris JE, Eng JJ. A community-based upper-extremity group exercise program improves motor function and performance

of functional activities in chronic stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006. 87(1):1–9.

10. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva : WHO; 2001. 311 p.).

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-253-1-30>

**MILITARY FITNESS OR BEATFIELD PREVENTIVE TACTICAL
PHISICAL THERAPY FOR PARTICIPENTS
OF UKRANIAN MILIFARY FORCES**

**ПРЕВЕНТИВНА ТАКТИЧНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
ВІЙСЬКОВИХ У ПОЛЬОВИХ УМОВАХ: «МІЛІТАРІ-ФІТНЕС»**

Shytikov T. O.

*Candidate of Medical Sciences,
Head
Center of Naturopathy
and Valeology
Dnipro, Ukraine*

Шитіков Т. О.

*кандидат медичних наук,
керівник
ПП «Центр натуропатії
та валеології»
м. Дніпро. Україна*

Актуальність. Медичні системи охорони здоров'я повинні розуміти сучасні проблеми стану здоров'я військових та співпрацювати для досягнення оптимальних результатів та рівня боєздатності. Методи самокорекції методами фізичної реабілітації забезпечують джерело діяльності самих пацієнтів замість того, щоб щось робити з ними. Програми самокорекції, з використанням методів інтегративної медицини (ІМ), коли військові є частиною цілісних планів лікування, добре підходять для вирішення цих проблем у військових [1].

Терапевтичний спектр захворювань, що спостерігаються в практиці військового лікаря, відрізняється від тих, що спостерігаються в цивільній практиці. Цей висновок може бути зроблений із заяв, численних досліджень різних організацій, фахівців, та впливає з систематичних розслідувань Це визначається специфікою праці військового (фізичні та психоемоційні навантаження, харчування, комфортність середовища) [2; 3].

У цьому напрямку актуальна концепція активної та пасивної участі самого пацієнту, які можна використовувати як методи ФР. Існує