

## Оцінка якості життя осіб з травматичними ушкодженнями периферичних нервів верхньої кінцівки

Олена Бісмак

Національний університет фізичного виховання і спорту  
України, Київ, Україна

**Мета:** оцінити якість життя осіб з травматичними ушкодженнями периферичних нервів верхньої кінцівки при оперативному лікуванні.

**Матеріал і методи:** аналіз науково-методичної літератури; опитування, методи математико-статистичної обробки даних. Для оцінки якості життя використовували "Короткий опитувальник оцінки статусу здоров'я" (MOS SF-36) та "Методику оцінки якості життя хворого" за Д. М. Ароновим, 2002 р. SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у 8 шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Методика оцінки якості життя хворого за Д. М. Ароновим (2002) складається з 17 питань. Методика дозволяє оцінити: наскільки пацієнт вважає своє життя повноцінним і з чим пов'язує зміни в якості життя. Дослідження проводилося на базі ДУ "Інститут нейрохірургії імені акад. А. П. Ромоданова НАМН України", відділення відновлювальної нейрохірургії. В обстеженні взяли участь 27 пацієнтів з травматичними ушкодженнями периферичних нервів верхньої кінцівки. Усім пацієнтам проводилося оперативне лікування.

**Результати:** проведено оцінку фізичного та психологічного здоров'я осіб з травматичними невропатіями верхньої кінцівки за SF-36. Виявлено, що пацієнти з даною патологією за компонентом фізичного здоров'я набрали у середньому від 28 до 71 балів. Показники психічного здоров'я вказаних хворих суттєво не відрізнялися від показників фізичного здоров'я (30–67 балів). У цілому серед хворих спостерігався середній рівень якості життя – у 74,1% випадків. Низький рівень якості життя виявлено у 4 пацієнтів (14,8%), високий – у 3 (11,1%). Провівши оцінку якості життя пацієнтів з травматичними невропатіями верхньої кінцівки за допомогою "Методики оцінки якості життя хворого" за Д. М. Ароновим (2002), ми виявили наступне: головною причиною зниження ЯЖ 88,9% хворих назвали необхідність робити операцію на ураженій верхній кінцівці, тривало лікуватися та проходити курси реабілітації.

**Висновки:** зниження якості життя у хворих із захворюваннями периферичної нервової системи обумовлено необхідністю лікуватися, зменшенням активності у повсякденному житті, обмеженнями у проведенні дозвілля і на роботі, зміною ставлення друзів, приятелів і товаришів по службі, зниженням у зарплаті.

**Ключові слова:** якість життя, невропатія, травма, верхня кінцівка, опитувальник, MOS SF-36.

### Вступ

У даний час якість життя (ЯЖ) неврологічних хворих різко знижується. Такі хворі втрачають працездатність, у більшості випадків стають інвалідами, знижується їх соціальна активність, у результаті чого багато хто з них можуть бути схильні до депресивних станів [4]. Захворювання периферичної нервової системи призводять до порушень фізичного стану хворого і сприяють змінам у багатьох інших сферах – емоційній, психічній, соціальній. Тому важливим завданням реабілітації неврологічних хворих є не тільки часткове або повне відновлення у них втрачених функцій, зменшення больового синдрому, а й відновлення та покращення ЯЖ пацієнтів [3].

Одним із найбільш відомих методів оцінки ЯЖ є "Короткий опитувальник оцінки статусу здоров'я" (офіційна версія 36-item MOS Short-Form Health Survey (MOS SF-36)). Опитувальник SF-36 – це неспецифічний опитувальник для оцінки ЯЖ пацієнта, який широко використовується при проведенні досліджень ЯЖ у країнах Європи та США. Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я [5; 11].

Однак, незважаючи на інтенсивне вивчення ЯЖ в неврології, визначення ЯЖ у хворих з травматичними невропатіями верхніх кінцівок залишається маловивченим. Слід зазначити, що для багатьох неврологічних захворювань спеціальні опитувальники, що дозволяють оцінити і про-

вести моніторинг фізичного, психологічного та соціального стану хворого на етапі реабілітації фізичними факторами, слабо відпрацьовані.

**Мета дослідження:** оцінка якості життя осіб з травматичними ушкодженнями периферичних нервів верхньої кінцівки при оперативному лікуванні.

### Матеріал і методи дослідження

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури та; опитування, методи математико-статистичної обробки даних.

Для оцінки ЯЖ ми використовували "Короткий опитувальник оцінки статусу здоров'я" (MOS SF-36) та "Методику оцінки якості життя хворого" за Д. М. Ароновим, 2002 р. [1; 10; 14]. SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у 8 шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким чином, що чим вище значення показника (від 0 до 100), тим краще оцінка за обраною шкалою. З них формують два параметри: фізичний компонент здоров'я (Physical health) та психологічний компонент здоров'я (Mental Health). Фізичний компонент здоров'я включає в себе шкали "фізичного функціонування", "рольового фізичного функціонування", "інтенсивності болю" і "загального здоров'я". Складові шкали психологічного компонента здоров'я – "психічне

здоров'я", "рольове емоційне функціонування", "соціальне функціонування" і "життєздатність" [12; 13].

Методика оцінки якості життя хворого за Д. М. Ароновим (2002) складається з 17 питань. Час заповнення опитувальника становить від 30–40 с до 5 хв. Методика дозволяє оцінити: наскільки пацієнт вважає своє життя повноцінним і з чим пов'язує зміни ЯЖ [1].

Дослідження проводилося на базі ДУ "Інститут нейрохірургії імені акад. А. П. Ромоданова НАМН України", відділення відновлювальної нейрохірургії. В обстеженні взяли участь 27 пацієнтів з травматичними ушкодженнями периферичних нервів верхньої кінцівки, із них чоловіків – 21 (77,8%), жінок – 6 (22,2%) осіб, вік хворих коливався від 17 до 68 років. Серед обстежених переважали пацієнти з робочими професіями (62,9%), відсоток службовців був більш низьким (37,1%). Усі пацієнти пройшли оперативне лікування.

## Результати дослідження

Травматичні ушкодження периферичних нервів виникають з частотою 0,5 на 10 тис. населення. Щороку в Україні реєструють до 2500 випадків травматичних ушкоджень периферичних нервів, які спричиняють тривалу втрату працездатності та інвалідність у 75–81% пацієнтів [8]. Втрачені функції кінцівки не завжди вдається відновити завдяки виконанню одного оперативного втручання, особливо коли йдеться про тяжку або поєднану травму. Задовільні результати відновлення функції травмованої кінцівки спостерігають у 53–88% постраждалих [7], 25–30% оперованих хворих з травмою периферичних нервів потребують повторного хірургічного втручання [8].

Вдале поєднання сучасних лікувальних та реабілітаційних методик і вдосконалення загальновідомих методів діагностики та хірургічного лікування хворих з травмами периферичних нервів дозволяють прогнозувати перебіг захворювання та максимально наблизитися не тільки до задовільного результату лікування, а й покращення ЯЖ пацієнтів [8; 9].

ЯЖ є одним з основних понять сучасної реабілітації і є комплексною оцінкою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, заснованою на його суб'єктивному сприйнятті [2]. Складність визначення ЯЖ визначається суб'єктивними уявленнями пацієнта про своє страждання, тому у ряді випадків не простежується прямий зв'язок між тяжкістю захворювання і рівнем страждання [6].

Характеризуючи опитувальник SF-36, необхідно відзначити значення кожної з 8 шкал як різних складових здоров'я. Шкала "фізичного функціонування" характеризує діапазон посиленої фізичної активності і визначає можливість виконання різних фізичних навантажень: мінімальна "фізична функція" – можливість самообслуговування, максимальна – вільне виконання всіх видів фізичної активності (тривала ходьба, біг, заняття спортом) без обмежень [5; 15].

Шкала "Рольового фізичного функціонування" визначає вплив фізичного стану на роботу або іншу повсякденну діяльність. Шкала дозволяє оцінити здатність до виконання роботи, пов'язаної з професійною діяльністю, веденням домашнього господарства та ін. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

Шкала "фізичний біль" відображає вираженість бо-

льового синдрому та його вплив на звичайну діяльність хворого. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта. Мінімальне значення шкали передбачає виникнення дуже сильного або тривалого больового синдрому, який не може не позначитися на оцінці ЯЖ. Максимальна оцінка є показником повної відсутності болю.

Шкала "загальне здоров'я" дозволяє судити про загальний стан пацієнта. За даним компонентом опитувальника оцінюють суб'єктивне сприйняття попереднього і теперішнього стану здоров'я, а також визначаються перспективи його зміни. Мінімальне значення шкали відповідає низькій оцінці стану свого здоров'я, або вказує на переконання хворого у тому, що стан здоров'я погіршиться. Максимальне значення відповідає особистим переконанням пацієнта у прекрасному стані здоров'я.

Шкала "життєздатності" має на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про стомлення пацієнта, зниження життєвої активності. Високі – про відчуття себе енергійним і повним сил протягом більшої частини часу.

Шкала "соціального функціонування" відображає обмеження у соціальному житті, здатності повноцінно спілкуватися з родичами, друзями, родиною, можливістю адекватного професійного спілкування. Шкала визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан впливає на соціальну активність. Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

Шкала "рольового емоційного функціонування" відображає емоційний статус хворого, дозволяє судити про вплив емоцій на повсякденну активність, поведінку з оточуючими. Оцінюється наявність або відсутність проблем під час роботи або іншої звичної діяльності у результаті емоційних проблем. Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

Шкала "психічного здоров'я" характеризує настрої пацієнта: наявність тривоги, депресії, невротизації, зниження емоційного та поведінкового контролю, дає оцінку загального показника позитивних емоцій. Низькі бали свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя [5; 15].

Виходячи з вищезазначеного, ми провели опитування пацієнтів з травматичними невротіями верхньої кінцівки. При аналізі вихідного стану фізичного та психологічного здоров'я за опитувальником SF-36 було виявлено, що пацієнти з травматичними невротіями за компонентом фізичного здоров'я набрали у середньому від 28 до 71 балів. Показники психічного здоров'я вказаних хворих суттєво не відрізнялися від фізичного здоров'я (30–67 балів).

У цілому серед хворих спостерігався середній рівень ЯЖ – у 74,1% випадків. Низький рівень ЯЖ виявлено у 4 пацієнтів (14,8%), високий – у 3 (11,1%).

Провівши оцінку ЯЖ пацієнтів з травматичними невротіями верхньої кінцівки за допомогою "Методики оцінки якості життя хворого" за Д. М. Ароновим, ми виявили наступне: головною причиною зниження ЯЖ 88,9% хворих назвали необхідність робити операцію на ураженій верхній кінцівці, тривало лікуватися та проходити курси реабілітації (табл.).

Крім того, 81,5% протестованих пацієнтів повністю

## Причини зниження якості життя в осіб з невропатіями верхньої кінцівки за опитувальником "Методики оцінки якості життя хворого" (за Д. М. Ароновим, 2002 р.)

Причини	Кількість пацієнтів, n=27	
	Абс. од.	%
Наявність травми/захворювання	22	81,5
Необхідність робити операцію на ураженій верхній кінцівці, тривало лікуватися та проходити курси реабілітації	24	88,9
Обмеження при виконанні своїх обов'язків на роботі, зменшення часу перебування на роботі та зарплати	16	59,3
Наявність больового синдрому	13	48,1
Обмеження фізичного навантаження	15	55,6
Обмеження активності у повсякденному житті, у самообслуговуванні	16	59,3
Обмеження у заняттях оздоровчими видами фізичної культури та спорту	10	37,0
Обмеження у проведенні дозвілля, часу з родиною, друзями	11	40,7
Обмеження у житті, зумовлені захворюванням, пов'язані з рекомендаціями лікаря	9	33,3
Страх заподіяти навантаженнями шкоди своєму здоров'ю	6	22,2
Переживання за своє здоров'я після лікування	18	66,7

або частково пов'язували зміни якості життя з наявністю захворювання; 59,3% переживали з приводу обмежень активності у повсякденному житті та самообслуговуванні; 55,6% були змушені обмежувати фізичне навантаження; 59,3% хворих страждали через те, що хвороба призвела до виникнення обмежень на роботі та зниження зарплати; 51,2% переживали з приводу обмежень у заняттях фізкультурою і спортом.

Як одну з причин, що викликали обмеження в житті у зв'язку із хворобою (в зміні свого стану, зміни на роботі, зміни в проведенні дозвілля й т.д.), пацієнти з травматичними невропатіями верхньої кінцівки часто (48,1% випадків) вказували наявність больового синдрому. Рідше хворі відзначали, що обмеження в їх житті, зумовлені захворюванням, пов'язані з рекомендаціями лікаря (33,3%), страхом заподіяти навантаженнями шкоди своєму здоров'ю (22,2%).

Отже, для проведення ефективної реабілітації пацієнтів з травматичними невропатіями верхньої кінцівки, необхідно проводити опитування з використанням SF-36 та "Методики оцінки якості життя хворого" за Д. М. Аро-

новим, виділяти провідні фактори, що погіршують фізичне та психологічне здоров'я, і приділяти їм особливу увагу у реабілітаційному процесі.

### Висновки / Дискусія

Зниження якості життя у хворих із захворюваннями периферичної нервової системи обумовлено необхідністю лікуватися, зменшенням активності у повсякденному житті, обмеженнями у проведенні дозвілля і на роботі, зміною ставлення друзів, приятелів і товаришів по службі, зниженням у зарплаті.

Опитувальники SF-12 і КЖБ зручні для застосування (вимагають незначного часу для заповнення та підрахунку результатів тестування, інформативні). Вони можуть бути рекомендовані для оцінки якості життя пацієнтів з травматичними невропатіями верхньої кінцівки.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці алгоритму застосування реабілітаційних засобів з метою підвищення якості життя при невропатіях верхньої кінцівки.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє, що немає конфлікту 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.

### Список посилань

1. Аронов, Д.М., Зайцев, В.П. (2002), "Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями", *Кардиология*, № 5, С. 92-95.
2. Афанасьева, Е.В. (2010), "Оценка качества жизни, связанного со здоровьем", *Качественная клиническая практика*, № 1, С. 36-38.
3. Гольдблат, Ю.В. (2015), *Медико-социальная реабилитация в неврологии*. Санкт-Петербург, 607 с.
4. Малкова, А.А., Осетров, А.С., Шайдулов, К.А., Штеннес, Р.А. (2017), "Качество жизни неврологических больных", *Синергия наук*, № 11, С. 704-708, режим доступа: <http://synergy-journal.ru/archive/article0529>.
5. Морозова, П.Н. (2011), "Сравнительная оценка качества жизни и вклада боли с применением опросников sf-12 и "Методика оценки качества жизни больного"", *Гигиена труда*, № 11(260), С. 32-34.
6. Новик, А.А., Ионова, Т.И. (2002), *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*, Издательский дом "Нева"; "Олма-Пресс Звездный мир", СПб, Москва.
7. Пысин, В.Г. (2002), *Неврологическая заболеваемость, образ и качество жизни неврологических пациентов: автореф. дисс. к. мед. н. 14.00.33-Общественное здоровье и здравоохранение*, Смоленск, 22 с.
8. Татарчук, М.М. (2015), *Повторні диференційовані хірургічні втручання у хворих з травмою периферичних нервів верхніх кінці-*



вок: автореф. дис. на здобуття канд. мед. н., Київ, 22 с.

9. Ягенський, А.В., Січкарук, І.М. (2007), "Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці", *Внутренняя медицина*, № 3(3).
10. Grider, T., Cuthbertson, D., Feely, Sh. & Shy, M. (2014), "Health-Related Quality Of Life By SF-36 in Patients with HNPP Compared To Those With CMT1A (P2.067)", *Open Med*, No. 29, p. 82.
11. Lins, L., Carvalho (2016), "FM SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review", *Open Med.*, No. 4, doi: 10.1177/2050312116671725.
12. McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, J.F. & Sherbourne, C.D. (1994), "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups", *Med Care*, No. 32(4), pp. 40-66.
13. Unalan, D., Soyuer, F., Ozturk, A. & Mistik, S. (2008), "Comparison of SF-36 and WHOQOL-100 in patients with stroke", *Med Care*, Vol. 56 (4), pp. 426-432.
14. Vukojevic, Z., Pekmezovic, T., Nikolic, A, et al. (2014), "Correlation of clinical and neurophysiological findings with health-related quality of life in patients with diabetic polyneuropathy", *Vojnosanit Pregl*, No. 71, pp. 833-838.
15. Ware, J.E. (1992), "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection", *Medical Care*, No. 30(6), pp. 473-483.

Стаття надійшла до редакції: 03.09.2019 р.  
Опубліковано: 31.10.2019 р.

**Аннотация. Елена Бисмак. Оценка качества жизни лиц с травматическим повреждением периферических нервов верхней конечности. Цель:** оценить качество жизни лиц с травматическими повреждениями периферических нервов верхней конечности при оперативном лечении. **Материал и методы:** анализ научно-методической литературы; опросники, методы математико-статистической обработки данных. Для оценки качества жизни мы использовали "Краткий опросник оценки статуса здоровья" (MOS SF-36) и "Методика оценки качества жизни больного" по Д. М. Аронову, 2002 г. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнедеятельность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Методика оценки качества жизни больного по Д. М. Аронову (2002) состоит из 17 вопросов. Методика позволяет оценить, насколько пациент считает свою жизнь полноценной и с чем связывает изменения в качестве жизни. Исследование проводилось на базе ГУ "Институт нейрохирургии имени акад. А. П. Ромоданова НАМН Украины", отделение восстановительной нейрохирургии. В обследовании приняли участие 27 пациентов с травматическими повреждениями периферических нервов верхней конечности. Всем пациентам проводилось оперативное лечение. **Результаты:** проведена оценка физического и психологического здоровья лиц с травматическими невропатиями верхней конечности по SF-36. Выявлено, что пациенты с данной патологией по компоненту физического здоровья набрали в среднем от 28 до 71 баллов. Показатели психического здоровья указанных больных существенно не отличались от физического здоровья (30–67 баллов). В целом среди больных наблюдался средний уровень качества жизни – в 74,1% случаев. Низкий уровень качества жизни выявлен у 4 пациентов (14,8%), высокий – у 3 (11,1%). Проведя оценку качества жизни пациентов с травматическими невропатиями верхней конечности с помощью "Методики оценки качества жизни больного" по Д. М. Аронову (2002), мы обнаружили следующее: главной причиной снижения качества жизни 88,9% больных назвали необходимость делать операцию на пораженной верхней конечности, продолжительное лечение и необходимость проходить курсы реабилитации. **Выводы:** снижение качества жизни у больных с травматическими невропатиями верхней конечности обусловлено необходимостью лечиться, уменьшением активности в повседневной жизни, ограничениями в проведении досуга и на работе, изменением отношения друзей, приятелей и сослуживцев, снижением в зарплате.

**Ключевые слова:** качество жизни, невропатия, травма, верхняя конечность, опросник, MOS SF-36.

**Abstract. Olena Bismak. Assessment of the quality of life of persons with traumatic damage to the peripheral nerves of the upper limb. Purpose:** to assess the quality of life of people with traumatic injuries of the peripheral nerves of the upper limb during surgical treatment. **Material & Methods:** analysis of scientific and methodological literature; questionnaires, methods of mathematical and statistical data processing. To assess the quality of life, we used the "Brief Health Status Assessment Questionnaire" (MOS SF-36) and "Methodology for assessing the quality of life of a patient" by D. M. Aronov, 2002. SF-36 consists of 36 questions grouped into 8 scales: physical functioning, role-playing activities, bodily pain, general health, vital functions, social functioning, emotional state and mental health. The methodology for assessing the quality of life of a patient according to D. M. Aronov (2002) consists of 17 questions. The technique allows you to evaluate how much the patient considers his life to be full and with what he associates changes in the quality of life. The study was conducted on the basis of SI "Institute of Neurosurgery named after acad. A. P. Romodanova, National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Department of Reconstructive Neurosurgery. The examination involved 27 patients with traumatic injuries of the peripheral nerves of the upper limb. All patients underwent surgical treatment. **Results:** an assessment was made of the physical and psychological health of individuals with traumatic neuropathies of the upper limb according to SF-36. It was revealed that patients with this pathology by the physical health component scored an average of 28 to 71 points. The mental health indicators of these patients did not differ significantly from physical health (30–67 points). In general, among patients, an average level of quality of life was observed – in 74.1% of cases. A low level of quality of life was found in 4 patients (14.8%), a high level in 3 (11.1%). After assessing the quality of life of patients with traumatic neuropathies of the upper limb using the "Methods for assessing the quality of life of a patient" by D. M. Aronov (2002), we found the following: the main reason for the decline in the quality of life of 88.9% of patients was the need to perform surgery on the affected upper limbs, prolonged treatment and the need for rehabilitation courses. **Conclusions:** a decrease in the quality of life in patients with traumatic neuropathies of the upper limb is due to the need to be treated, a decrease in activity in everyday life, restrictions on leisure and work, a change in the attitude of friends, friends and colleagues, and a decrease in wages.

**Keywords:** quality of life, neuropathy, trauma, upper limb, questionnaire, MOS SF-36.

## References

1. Aronov, D.M. & Zaitsev, V.P. (2002), "Methods of assessing the quality of life of patients with cardiovascular diseases", *Kardiologiya*, No 5, pp. 92-95. (in Russ.)
2. Afanasyeva, E.V. (2010), "Health-related Quality of Life Assessment", *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*, No. 1, pp. 36-38. (in Russ.)
3. Goldblat, Yu.V. (2015), *Mediko-sotsialnaya reabilitatsiya v neurologii* [Medical and social rehabilitation in neurology]. St. Petersburg. (in Russ.)
4. Malkova, A.A., Osetrov, A.S., Shaidurov, K.A. & Shtennes, R.A. (2017), "Quality of Life for Neurological Patients", *Sinergiya nauk*, No. 11, pp. 704-708, available at: <http://synergy-journal.ru/archive/article0529>. (in Russ.)
5. Morozova, P.N. (2011), "A comparative assessment of the quality of life and the contribution of pain using questionnaires sf-12 and Methodology for assessing the quality of life of a patient", *Gigiena truda*, No. 11 (260), pp. 32-34. (in Russ.)
6. Novik, A.A. & Ionova, T.I. (2002), *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guidelines for the study of the quality of

life in medicine], St. Petersburg, Moscow. (in Russ.)

7. Pysin, V.G. (2002), *Nevrologicheskaya zabolevaemost, obraz i kachestvo zhizni nevrologicheskikh patsientov: avtoref. diss. k. med. nauk.* [Neurological morbidity, lifestyle and quality of life of neurological patients: PhD thesis abstract], Smolensk, 22 p. (in Russ.)

8. Tatarchuk, M.M. (2015), *Povtorni dyferentsiiovani khirurhichni vtruchannia u khvorykh z travmoi u peryferychnykh nerviv verkhnikh kintsivok: avtoref. dys. na zdobuttia kand. med. n.* [Repeated differentiated surgical interventions in patients with trauma to the peripheral nerves of the upper extremities: PhD thesis abstract], Kyiv, 22 p. (in Ukr.)

9. Yagensky, A.V. & Sichkaruk, I.M. (2007), "Assessment of quality of life in modern medical practice", *Vnutrenniaia medytsyna*, No. 3(3). (in Ukr.)

10. Grider, T., Cuthbertson, D., Feely, Sh. & Shy, M. (2014), "Health-Related Quality Of Life By SF-36 in Patients with HNPP Compared To Those With CMT1A (P2.067)", *Open Med*, No. 29, p. 82.

11. Lins, L., Carvalho (2016), "FM SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review", *Open Med.*, No. 4, doi: 10.1177/2050312116671725.

12. McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, J.F. & Sherbourne, C.D. (1994), "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups", *Med Care*, No. 32(4), pp. 40-66.

13. Unalan, D., Soyuer, F., Ozturk, A. & Mistik, S. (2008), "Comparison of SF-36 and WHOQOL-100 in patients with stroke", *Med Care*, Vol. 56 (4), pp. 426-432.

14. Vukojevic, Z., Pekmezovic, T., Nikolic, A, et al. (2014), "Correlation of clinical and neurophysiological findings with health-related quality of life in patients with diabetic polyneuropathy", *Vojnosanit Pregl*, No. 71, pp. 833-838.

15. Ware, J.E. (1992), "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection", *Medical Care*, No. 30(6), pp. 473-483.

Received: 03.09.2019.

Published: 31.10.2019.

## Відомості про авторів / Information about the Authors

**Бісмак Олена Василівна:** кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент; Національний університет фізичного виховання і спорту України: вул. Фізкультури 1, м. Київ, 03150, Україна.

**Бисмак Елена Васильевна:** кандидат наук по физическому воспитанию и спорту, доцент; Национальный университет физического воспитания и спорта Украины: ул. Физкультуры 1, г. Киев, 03150, Украина.

**Olena Bismak:** PhD (Physical Education and Sport), Associate Professor: National University of Ukraine on Physical Education and Sport: Fizkul'tury str. 1, Kyiv, 03150, Ukraine.

**ORCID.ORG/0000-0002-6495-6170**

**E-mail: ebismak@gmail.com**