

3. Терещук А. Д. Психологічні проблеми виникнення афективної поведінки особистості. *Український науковий журнал «Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації»*, 2012. С. 212-220.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **Наталія КОЛТУНОВИЧ**,
КЗВО «Волинський медичний інститут»

Науковий керівник:

к. мед. н., **Ігор НЕДІЛЬКО**

ОСОБЛИВОСТІ БОЙОВИХ ТРАВМ НИЖНІХ КІНЦІВОК, ОТРИМАНИХ В РЕЗУЛЬТАТІ ВОЄННИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

Актуальність. Згідно даних ВООЗ, внаслідок травм гинуть більше 5 млн. людей щорічно. Найпоширенішою причиною побутових травм є дорожньо-транспортні пригоди. В контексті сучасної воєнної ситуації в Україні відбулися значні зміни в структурі травматизму. Воєнні дії, що тривають на території України, призводять до численних травм та поранень, в тому числі і травм нижніх кінцівок [1]. Рани, які отримують під час бойових дій, є особливими. Причина цього – характеристика уражаючого фактору, умови, в яких відбувається ураження, час надання медичної допомоги з моменту отримання травми [2, 3]. Окрім того, не викликає сумнівів і факт впливу травм, отриманих внаслідок бойових дій, на психічне здоров'я населення та військовослужбовців. Так, за даними Хаустова О.О., біля 46% опитуваних мають когнітивні розлади, 23% – депресивні. Стресові ситуації, у яких перебувають військовослужбовці, можуть мати і відстрочені наслідки, що проявляються різними формами когнітивних порушень.

Мета дослідження. Визначити частоту когнітивних розладів у військовослужбовців з бойовими травмами нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Проведено аналіз історій 40 пацієнтів з бойовими травмами нижніх кінцівок, що проходили лікування у відділеннях хірургічного профілю КП «Волинська обласна лікарня». Всі пацієнти чоловічої статі віком від 20 до 48 років. Проводилось вивчення анамнезу, стану госпіталізованого пацієнта, даних інструментального та лабораторного дослідження. Для діагностування переломів та виявлення сторонніх тіл проводилась рентгенографія, комп'ютерна томографія. Для визначення характеру когнітивних розладів проводилось опитування за короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE), наявність та ступінь депресивних розладів за шкалою А.Т. Бека за загальноприйнятими методиками. Усі учасники надали поінформовану згоду веб-ресурсів.

Основна частина. Після проведеного аналізу за шкалою ISS було отримано такі дані: 32 (80%) військовослужбовців отримали тяжкі, 8 (20%) – помірні травми. Травматичні ушкодження нижніх кінцівок у 87,5% є наслідком мінно-вибухових травм, у 12,5% – вогнепальних поранень. Серед бойових травматичних ампутацій нижніх кінцівок у 90% (36) виявлено два і більше фактори (мінно-вибухові, вогнепальні, термічні). За характером травми нижніх кінцівок є поєднаними або множинними. Так, 34 (85%) пацієнтів перенесли акубаротравму. Супутні переломи кісток нижньої або верхньої кінцівок мали місце у 8 (20%) обстежених, ЧМТ – у 12 (30%), пошкодження судинно-нервового пучка – у 16 (40%), переломи ребер – у 3 (7,5%), травми грудної клітки – у 6 (15%). Когнітивні порушення серед 30 пацієнтів з травматичними ампутаціями нижніх кінцівок виявлено у 63,3%, депресивні розлади у 40%. Провідними скаргами пацієнтів були проблеми з концентрацією уваги, швидка втомлюваність, порушення пам'яті, легка дизлексія. Усім пацієнтам проводилось лікування згідно клінічних протоколів: консервативне лікування, хірургічне втручання за показаннями (реампутація з формуванням нової кукси), підготовка до протезування.

Висновки. Найбільш поширеною причиною бойових травм нижніх кінцівок є мінно-вибухові пошкодження. Такі травми часто супроводжуються травматичною ампутацією нижніх кінцівок (переважно однієї кінцівки). За шкалою ISS переважають тяжкі травми.

Враховуючи особливість мінно-вибухової травми, травматичні пошкодження є поєднаним видом травм та супроводжуються переломами ребер та кісток других кінцівок, черепно-мозковими травмами. Для даного виду травм характерні додаткові ушкодження як наслідок акубаротравми, негативній дії якої піддалось 85% пацієнтів. Бойові травматичні ампутації нижніх кінцівок супроводжуються когнітивними (63,3%) та депресивними (40%) розладами. Провідними скаргами є проблеми з концентрацією уваги, швидка втомлюваність, порушення пам'яті, легка дизлексія. Отримані дані психологічного статусу пацієнтів з бойовими травмами нижніх кінцівок диктують необхідність детального вивчення розділу медицини, пов'язаного з когнітивними порушеннями, депресивними розладами та ПТСР з метою раннього розпізнавання вищеназваної патології задля надання медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Тарасенко В.О. та ін. Структуризація особливостей та наслідків бойової травми у військовослужбовців. *Військова медицина України*. (4) 2019. Т. 19. С. 111-117.
2. Гайда І.М., Баюдюк М.І., Сушко Ю.І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. *Патологія*. 2018. № 1 (42). Т. 15. С. 73-76.
3. Рівні ампутації ноги та ступені мобільності при ампутації. URL:<https://www.enableme.com.ua/ua/article/rivni-amputacii-nogi-ta-stupeni-mobil-nosti-pri-amputacii-10652>.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **МАРІЯ ЩЕПКО**,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
д-р. психол. н., доц. **ТЕТЯНА ПАСТРИК**

КОГНІТИВНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ВИРАЗКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШКТ

Психічне, соматичне та соціальне здоров'я людини в єдності є важливим показником благополуччя особистості, що визначено Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я. Це підтверджується багатьма науковими дослідженнями в цій галузі. У сучасній медичній науці та практиці основоположним є принцип єдності соматичного та психічного, який забезпечує комплексний підхід до клінічного обстеження та лікування пацієнта.

Аналізуючи літературу, в якій досліджено проблеми співвідношення соматичного і психічного, можна дійти висновку, що психічна діяльність функціонує завдяки тісним зв'язкам зі всіма системами організму, а не тільки через роботу мозку та нервової системи (Є. П. Ільїн, Н. О. Логінова, С. Д. Максименко, Л. Ф. Шеховцова). Розглядаючи різні аспекти цієї проблеми, переважна більшість авторів звертають увагу на необхідність розвитку психологічних досліджень у цій царині знань (В. П. Зінченко, В. П. Мурза, В. М. Нікітін, В. В. Ніколаєва, Н. Ф. Шевченко та ін.).

Як показують дослідження вчених, хворий відрізняється від здорової людини тим, що у нього зі змінами функціонування внутрішніх органів і самопочуття якісно міняється і психіка. У процесі хвороби людина може змінювати своє ставлення до оточуючого середовища, до самої себе, створювати нові особливі зв'язки з близькими людьми суспільством. Зовнішній світ для хворої людини стає менш цікавим, його інтереси не перетинаються з її світоглядом, відходять на другий план. Інтереси хворої людини зосереджені на власних відчуттях, змінах у функціях свого тіла та психічної складової. Це накладає відбиток різні сторони особистості та виражається у афективній налаштованості, моториці, мові. При серйозній загрозі життю і благополуччю часто відбувається спотворення сприйняття часу (можливі варіанти як прискорення, так і уповільнення). Іноді вагомості набувають напливи спогадів, вираженість і мимовільність яких можуть бути пов'язані з больовим синдромом, викликаним хворобою. Оскільки хвороба порушує усталений ритм життя, роботи