

Особливості психоемоційного стану поранених із вогнепальними ушкодженнями верхніх кінцівок

Н.О. Борзих, С.С. Страфун

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

Мета дослідження: вивчення особливостей психоемоційного стану військовослужбовців із вогнепальними пораненнями верхніх кінцівок як основи поліпшення якості надання медичної допомоги шляхом удосконалення реабілітації під час етапного реконструктивного лікування на спеціалізованому рівні.

Матеріали та методи. У дослідженні представлено попередні дані комплексного обстеження 70 поранених з вогнепальною травмою верхніх кінцівок, які отримали хірургічне лікування в ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» та у травматологічному відділенні клініки ушкоджень Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України з 2014 до 2017 р. Усі поранені – чоловіки найбільш активного працездатного віку, а половина з них – це молоді люди до 30 років. Особливість роботи проявилася у методичному підході, коли реалізація мети потребувала проведення соціологічного дослідження. Воно здійснювалось шляхом опитування із залученням загальновідомих, добре зарекомендованих у клінічній практиці анкет, шкал, спрямованих на виявлення психоемоційного стану контингенту.

Під час опрацювання отриманих результатів були залучені відомі класичні методи варіаційної статистики. Мірою точності та достовірності вибіркових статистичних величин були середні значення та розраховані середні похибки. Для порівняння двох величин використовували критерій Стьюдента.

Результати. Результати дослідження свідчать, що високий рівень особистісної тривожності виявлено практично у кожного п'ятого ($21,4 \pm 1,2\%$) опитуваного, середній рівень – у половини пацієнтів. Це може виявлятися тривожністю за різних ситуацій, особливо у випадках, які безпосередньо їх стосуються. Лише у 24,3% респондентів рівень тривожності визначався як оптимальний і сприймався обов'язковою умовою активної діяльності людини.

Переважає більшість поранених ($84,3 \pm 0,6\%$) суб'єктивно визнали високий рівень ситуативної тривожності, що проявляється значним напруженням, нервозністю, стурбованістю загрози, пов'язаною з фізичною компонентою якості життя. За відповідями респондентів, 72,9% з них проявляють стійкість намірів, реалістичність поглядів, мають розвинене почуття особистого обов'язку, спокій і впевненість, решта проявляють невпевненість, емоційну нестійкість, імпульсивність, занижену загальну активність. У 91,4% випадках поранені прагнуть до виконання запланованих заходів, задач. Проте тільки 50% поранених володіють собою в різноманітних ситуаціях, тоді як інші 50% – спонтанні і імпульсивні, схильні до інтенсивних переживань і внутрішніх конфліктів.

Заключення. Доведена доцільність вивчення самооцінки психоемоційного стану поранених, виявлена частота потреби його корекції, у тому числі із залученням психотерапевта, підтверджена необхідність врахування характеру особистості у всіх випадках під час вибору тактики лікування, особливо при багатовісних реконструктивно-

відновних втручаннях та розробленні індивідуальної програми реабілітації для пацієнтів з бойовою травмою верхніх кінцівок.

Ключові слова: поранені, тривожність, вольова саморегуляція, наполегливість, самоволодіння.

Питання реабілітації завжди є актуальними, оскільки стосуються кожної клінічної дисципліни і фактично повинні бути об'єднані з основним медичним обслуговуванням хворого. Одне тільки хірургічне лікування у багатьох випадках не спроможне повернути йому первинний стан здоров'я. Соціально-психологічні проблеми настільки сильно можуть впливати на медичну реабілітацію, що без їхнього вирішення остання приречена на невдачу навіть у разі самих кращих методів оперативного лікування. Виходячи із загальних принципів реабілітації, що передбачають програмний підхід до проведення заходів, стає очевидним їхня актуальність сьогодні, у період військового конфлікту на сході, в результаті якого поранені із різними бойовими травмами потребують збереження, а іноді й повернення не тільки фізичної, але й психологічної складової якості життя [4, 5, 8, 10].

Українські лікарі мають значний досвід реабілітації при широкому спектрі хвороб (хронічних, інфекційних, соціальних, специфічних, травмах побутового характеру тощо), який базується на науково-обґрунтованих положеннях. В усіх випадках відповідно до них необхідно дотримуватись індивідуального, комплексного підходу [2, 6, 10, 11]. Водночас передбачається міждисциплінарна співпраця лікарів за основною патологією із психологами, соціологами та за потреби – з іншими фахівцями щодо розроблення та реалізації оптимальної програми реабілітації з урахуванням різних ступенів обмеження фізичних та психоемоційних функцій.

Результати оцінювання функціонального стану пацієнта має вирішальне значення під час її формування, вони диктують етапність проведення необхідних заходів. У рамках плану реабілітації важливо дотримуватись правильної їхньої послідовності, виходячи з основних задач [1, 3, 7, 9, 12]. Тому досить часто психологічна корекція, спрямована та стимуляція волі до одужання та збереження функціональної спроможності, може стояти на першому плані після реконструктивно-відновного лікування.

Наведене вище ставить перед хірургами, що надають допомогу пораненим, конкретну задачу – потребу формування особливого підходу у всіх випадках бойових травм з позицій розуміння, що вона виходить за рамки суто медичної. Разом із медичною допомогою, виникає питання необхідності залучення фахівців чи визначення межі можливості самостійно справитися із проблемами, пов'язаними з психоемоційними змінами.

Мета дослідження: вивчення особливостей психоемоційного стану військовослужбовців із вогнепальними пораненнями верхніх кінцівок як основи поліпшення якості надання медичної допомоги шляхом удосконалення реабілітації під час етапного реконструктивного лікування на спеціалізованому рівні.

Розподіл поранених за віком та травмованим сегментом верхніх кінцівок

Вік, роки	Усього			Кисть			Передпліччя та зап'ястковий суглоб			Плеche, ліктьовий суглоб		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
До 20	4	5,7	1,4	1	12,5	11,7	2	8,7	4,1	1	2,6	2,5
20-29	32	45,7	1,0	4	50,0	8,8	10	43,5	3,2	18	46,2	1,8
30-39	21	30,0	1,2	2	25,0	10,9	7	30,4	3,6	12	30,8	2,1
40-49	13	18,6	1,3	1	12,5	11,7	4	17,4	3,9	8	20,5	2,3
Разом	70	100,0		8	100,0		23	100,0		39	100,0	

Таблиця 2

Розподіл поранених за видом тривожності та його рівнем за шкалою самооцінки тривожності С. Спілбергера, бали (M±m)

Рівень	Вид тривожності							
	Особистісна				Ситуативна			
	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m
Низький (0-30)	17	24,3	0,9	26,0±2,0	-	-	-	-
Середній (31-45)	38	54,3	1,0	38,3±1,4	11	15,7	1,3	42,5±1,6
Високий ≥46	15	21,4	1,2	49,1±1,3	59	84,3	0,6	50,0±0,6
Усього	70				70			

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні подаються попередні дані комплексного обстеження 70 поранених з вогнепальною травмою верхніх кінцівок, які отримали хірургічне лікування в ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» та в травматологічному відділенні клініки ушкоджень Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України з 2014 до 2017 р. Особливість її проявилася у методичному підході, коли реалізація мети потребувала проведення соціологічного дослідження, яке здійснювали шляхом опитування із залученням загальноновідомих, добре зарекомендованих у клінічній практиці анкет, шкал, спрямованих на виявлення психоемоційного стану контингенту. При цьому дотримувались загальноприйнятих положень. Перед заповненням анкет проводили роз'яснення з доведенням мети дослідження, інструкції роботи з документом, а також отримували інформаційну згоду від пацієнтів. Пропонували анонімний варіант і підкреслювали необхідність дотримуватись самостійності під час відповідей на питання.

У дослідженні використовували методику «Шкала самооцінки ситуативної та особистісної тривожності С. Спілбергера». Шкала складається із 40 питань, 20 з яких призначені для оцінювання рівня ситуативної тривожності (СТ) та 20 – для оцінювання рівня особистісної тривожності (ОТ). На кожне з питань можливі чотири варіанти відповіді за ступенем інтенсивності. Підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим більша величина показника, тим вищий рівень тривожності. Під час інтерпретації слід орієнтуватись на наступні оцінки рівнів: до 30 балів – низький, 31–45 – помірний, 46 і більше балів – високий.

Було також проведено дослідження вольової саморегуляції за методикою А.В. Зверкової та Е.В. Ейдмана. Завдяки результатам опитування визначили рівень, міру опанування особистою поведінкою в різноманітних ситуаціях, здатність свідомо керувати власними діями, бажаннями, станами. Завдяки методиці можна додатково охарактеризувати такі властивості характеру, як наполегливість та самоконтроль. Значення вважаємо одним із найважливіших умов у досягненні позитивних кінцевих результатів лікування.

Під час дослідження внесено доповнення до інтервалів по кожній шкалі за 4 рівнями: низький, середній, достатній, високий:

- за загальною шкалою вольової саморегуляції максимальна кількість балів 24, а саме: 0–6 – низький; 7–12 – середній; 13–18 – достатній; 19–24 – високий;
- за шкалою самоконтролю максимальна кількість балів 13, а саме: 0–3, 4–6, 7–9, 10–13 відповідно;
- за шкалою наполегливості максимальна кількість балів 16, а саме: 0–4, 5–8, 9–12, 13–16 відповідно.

Чим вище рівень, тим особистість зріла, здатна на реалістичність поглядів та контрольованість вчинків.

Під час опрацювання отриманих результатів використовували відомі класичні методи варіаційної статистики. Мірою точності та достовірності вибірових статистичних величин були середні значення та розраховані середні похибки. Для оцінювання достовірності отриманих даних використовували критерій Стюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як зазначалося, результати даного дослідження є попередніми. Акцентовалася увага на загальновідомій і водночас недостатньо висвітленій на сьогодні, але використовуваний на практиці залежності між психоемоційним станом поранених та процесами адаптації до негативних змін власного здоров'я. Водночас варто звернути увагу на недооцінювання значення його у мобілізації зусиль, спрямованих на максимальне досягнення бажаних результатів лікування. Оскільки навіть еустрес, який є неодмінним супутником життя, належить до патогенетичних факторів розвитку соматичних захворювань, стає очевидним реальність негативного впливу бойової травми на особистість, характер перебігу до та після операційного періоду. Тобто виникає необхідність, передусім, у визначенні необхідності у психологічній корекції як складової лікувального процесу, а особливо, реабілітації пацієнтів з вогнепальними пораненнями верхніх кінцівок.

У дослідження увійшли 70 чоловіків, які отримали вогнепальні травми верхніх кінцівок. Розподіл за віком та локалізацією травм наведено у табл. 1.

Результати аналізу поранених за віком підтверджують соціальний аспект загальної проблеми бойової травми

Розподіл поранених за видами вольової саморегуляції (середній бал $M \pm m$)

Рівень	Види вольової саморегуляції											
	Загальна саморегуляція				Наполегливість				Самоконтроль			
	Абс. число	%	m	$M \pm m$	Абс. число	%	m	$M \pm m$	Абс. число	%	m	$M \pm m$
Низький	4	5,7	1,4	$3,8 \pm 0,4$	2	2,9	1,4	$2,5 \pm 0,4$	3	4,3	1,4	$1,7 \pm 0,5$
Середній	15	21,4	1,3	$10,3 \pm 0,3$	4	5,7	1,4	$6,5 \pm 0,5$	10	14,3	1,3	$5,0 \pm 0,2$
Достатній	30	42,9	1,1	$17,1 \pm 0,3$	33	47,1	1,0	$11,6 \pm 0,3$	2	45,1	1,0	$8,0 \pm 0,6$
Високий	21	30,0	1,2	$22,0 \pm 0,8$	31	44,3	1,0	$13,7 \pm 0,3$	25	35,7	1,1	$11,2 \pm 0,5$
Усього	70	100,0			70	100,0			70	100,0		

(див. табл. 1). Усі постраждали чоловіки були найбільш активного працездатного віку, а половина з них – це молоді люди до 30 років. У 55,7±1,0% випадків поранення були на рівні «плече – ліктьовий суглоб», вірогідно менше (32,9±1,2%) – передпліччя та зап'ястного суглоба і практично утричі рідше постраждала кисть (11,4±1,3%). Тобто у 88,6% чоловіків були достатньо складні поранення, серйозні у плані надання спеціалізованої медичної допомоги щодо відновлення анатомо-функціональної здатності верхньої кінцівки. Її досягнення, крім того, потребує наполегливості, терпіння самих постраждалих під час тривалого періоду реабілітації. За таких передумов важливими представляються дані анкетного опитування, за якими оцінювали психоемоційний стан поранених. Відповіді респондентів були опрацьовані і систематизовані (табл. 2, 3).

У табл. 2 наведено розподіл поранених за видом тривожності та його рівнем. Якщо виходити із загальновідомого положення, що тривожність, як ознака особистості, деякою мірою зумовлює поведінку, то наявність певного її рівня є природним і, навіть, обов'язковим компонентом самоконтролю та самовиховання. За рівнем особистісної тривожності можна визначити ймовірну схильність людини сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливих, відповідати на кожну тією чи іншою реакцією. Ситуативна або реактивна тривожність – це вид прояву реакції, а її рівень свідчить про інтенсивність емоцій і динамічність за часом.

Отже, за результатами аналізу даних можна зробити висновок, що високий рівень особистісної тривожності виявлено практично у кожного п'ятого (21,4±1,2%) опитуваного, а у половини – середнього рівня, дає право очікувати у них прояви стану тривожності при різних ситуаціях, особливо у випадках, які безпосередньо їх стосуються (див. табл. 2). Лише у 24,3% респондентів рівень тривожності визначали оптимальним і вважали обов'язковою умовою активної діяльності людини.

Логічним виглядають відповіді, спрямовані на з'ясування ситуативної тривожності. Виявилось, що переважна більшість поранених (84,3±0,6%) суб'єктивно визнала високий рівень її наявності, що проявляється значним напруженням, нервозністю, стурбованістю загрози, пов'язаною із фізичною компонентою якості життя. Важливо підкреслити, що в жодному випадку не спостерігалась відсутність тривоги за можливі наслідки поранення. За таких умов особливий інтерес представляють відомості щодо рівня адаптаційних можливостей поранених до наявної ситуації. Саме вони є визначальними у досягненні кращих наслідків кінцевого результату. Високий рівень загальної саморегуляції, наполегливості чи самовладання є тому запорукою.

За даними табл. 3 можна визначити, наскільки людина здатна опанувати власну поведінку в ситуації, що склалася, свідомо керувати діями, бажанням досягти мети. Отримана інформація за відповідями респондентів засвідчує, що 72,9% з них проявляють нестійкість намірів, реалістичність поглядів,

розвинене почуття особистого обов'язку, спокій і впевненість. У результаті вони добре рефлексують свої мотиви, планові задачі, контролюють вчинки, володіють соціально-позитивною спрямованістю. Разом з тим, практично кожен третій (27,1%) проявляє невпевненість, емоційну стійкість, імпульсивність, має занижену загальну активність. В даних випадках доцільно залучати до консультації психологів.

Додаткові відомості за субшкалами «наполегливість» та «самоконтроль» розширюють уявлення щодо персоналізованої здатності досягнення вольової саморегуляції. Отримані дані свідчать, що у 91,4% випадках поранені прагнуть до виконання запланованих заходів, задач. Проте тільки половина пацієнтів володіють собою в різних ситуаціях, впевнені, звільнені від страху перед невідомим, виявляють підвищену готовність до сприйняття непередбаченого та нового. Тоді як друга половина поранених – спонтанні та імпульсивні, підвищено вразливі, з традиційними поглядами, схильні до інтенсивних переживань і внутрішніх конфліктів. Зазначене негативно позначається на поведінці, результатах. Такі пацієнти потребують підтримки з боку лікарів щодо наполегливості у досягненні мети, оскільки вони часто проявляють дезадаптованість рис і форм поведінки. Тим більше, що соціальне бажання високих показників результатів пов'язане з проблемами організації життєдіяльності та із стосунками з оточуючими.

Отже, наведені вище результати соціологічного дослідження підтверджують особливості психологічних процесів кожної особистості, їхнього впливу на продуктивність, ефективність діяльності. Вони свідчать також про наявність зв'язку психоемоційних станів із фізичною компонентою стану здоров'я. Можливість завдяки опитуванню виявити психологічні характеристики пацієнта, оцінити специфічні його реакції дозволяє визначити шляхи корекції, що під силу лікарю за основною спеціальністю, і, водночас виявляється контингент, який потребує консультації психотерапевта. Слід підкреслити, що багатоступеневе реконструктивно-відновне лікування виснажує психоемоційний стан пацієнта, тому такий підхід априорі слід визнати виправданим. Він буде поліпшувати якість надання хірургічної допомоги і позитивно сприяти на її ефективність.

ВИСНОВКИ

1. За результатами самооцінки психоемоційного стану виявлено, що кожний п'ятий поранений має високий, а половина – середній рівень особистісної тривожності, тобто у 75,7% випадках слід очікувати схильність сприймати широкий спектр ситуацій загрозливими для здоров'я, відповідь на яку може бути різної інтенсивності та спрямованості. Лише у 24,1% респондентів її рівень визначали як оптимальний, природний в умовах даного випадку.

2. Простежена наявність ситуативної тривожності високого рівня у 84,3% поранених, що проявлялося значним напруженням, підвищеною нервозністю, занепокоєнням загрози, пов'язаною із фізичною компонентою якості життя,

за відсутності жодного випадку байдужості за можливі наслідки бойової травми.

3. Отримана інформація, за відповідями поранених, засвідчує, що переважна більшість (72,0%) з них проявляють достатній і високий рівень вольової саморегуляції – стійкі в намірах, реалістичні в поглядах, володіють соціально-позитивною спрямованістю. Тоді як практично кожен третій (27,1%) поранений проявляє невпевненість, імпульсивність, має знижену загальну активність.

4. Отримані дані свідчать, що в 91,4% випадках поранені прагнуть до виконання запланованих заходів, задач. Проте лише одна половина пацієнтів володіють собою в різно-

манітних ситуаціях, впевнені, виявляють підвищену готовність до сприйняття непередбаченого, нового, друга половина – спонтанні і імпульсивні, підвищено вразливі, з традиційними поглядами, схильні до внутрішніх конфліктів.

5. Доведена доцільність вивчення самооцінки психоемоційного стану поранених, виявлена частота потреби його корекції, у тому числі із залученням психотерапевта, підтверджена необхідність врахування характеру особистості у всіх випадках під час вибору тактики лікування, особливо при багатоетапних реконструктивно-відновних втручаннях, та розроблення індивідуальної програми реабілітації для пацієнтів з бойовою травмою верхніх кінцівок.

Особенности психоэмоционального состояния раненых с огнестрельными повреждениями верхних конечностей

Н.А. Борзых, С.С. Страфун

Цель исследования: изучение особенностей психоэмоционального состояния военнослужащих с огнестрельными ранениями верхних конечностей как основы улучшения качества оказания медицинской помощи путем усовершенствования реабилитации во время этапного реконструктивного лечения на специализированном уровне.

Материалы и методы. В исследовании представлены предварительные данные комплексного обследования 70 раненых с огнестрельной травмой верхних конечностей, которые получили хирургическое лечение в ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины» и в травматологическом отделении клиники поврежденных Национального военно-медицинского клинического центра «ГВКГ» МО Украины с 2014 по 2017 г. Все пострадавшие – мужчины наиболее активного трудоспособного возраста, а половина из них – это молодые люди до 30 лет. Особенность работы проявилась в методическом подходе, когда реализация цели потребовала проведения социологического исследования. Оно осуществлялось путем опроса с привлечением общезвестных, хорошо зарекомендовавших в клинической практике анкет, шкал, направленных на выявление психоэмоционального состояния контингента. При обработке полученных результатов привлечены известные классические методы вариационной статистики. Степенью точности и достоверности выборочных статистических величин были средние значения и рассчитаны средние погрешности. Для оценки значимости различий двух величин использовали критерий Стьюдента.

Результаты. Результаты исследования свидетельствуют, что высокий уровень личностной тревожности обнаружен практически у каждого пятого (21,4±1,2%) опрошенного, средний уровень – у половины пациентов, что может проявляющимся состоянием тревожности при различных ситуациях, особенно в случаях, которые непосредственно их касаются. Только у 24,3% респондентов уровень тревожности определялся как оптимальный и воспринимался обязательным условием активной деятельности человека.

Подавляющее большинство раненых (84,3±0,6%) субъективно признали высокий уровень ситуативной тревожности, проявляется значительным напряжением, нервозностью, беспокойством угрозы, связанной с физическим компонентом качества жизни. По ответам респондентов, 72,9% из них проявляют устойчивость намерений, реалистичность взглядов, развитое чувство личного долга, спокойствие и уверенность, остальные проявляют неуверенность, эмоциональную неустойчивость в намерениях, импульсивность, заниженную общую активность. В 91,4% случаев раненые стремятся к выполнению запланованных мероприятий, задач. Однако только 50% раненых владеют собой в различных ситуациях, тогда как другие 50% – спонтанные и импульсивные, склонные к интенсивным переживаниям и внутренним конфликтам.

Заключение. Доказана целесообразность изучения самооценки психоэмоционального состояния раненых, обнаружена частота необходимости его коррекции, в том числе с привлечением психотерапевта, подтверждена необходимость учета характера личности во всех случаях при выборе тактики лечения, особенно при многоэтапных реконструктивно-восстановительных вмешательствах и разработке индивидуальной программы реабилитации для пациентов с боевой травмой верхних конечностей.

Ключевые слова: раненые, тревожность, волевая саморегуляция, настойчивость, самообладание.

Specificities of psychoemotional state of wounded with gunshot damages of upper extremities

N.A. Borzyh, S.S. Strafun

The objective: was to study the peculiarities of the psychoemotional state of servicemen with gunshot wounds of the upper limbs as the basis for improving the quality of medical care by improving rehabilitation during stage reconstructive treatment at a specialized level.

Materials and methods. The study presents preliminary data of a comprehensive survey of 70 wounded with a gunshot injury to the upper limbs that were surgically treated at the Institute of Traumatology and Orthopedics of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine and in the traumatology department of the Damage Clinic of the National Military Medical Clinical Center «GVCG» of the Ukrainian Defense Ministry from 2014 to 2017. All victims are men of the most active working age, and half of them are young people under 30 years old. The peculiarity of the work was manifested in the methodical approach, when the realization of the goal required a sociological study. It was carried out through a survey involving well-known, well-proven in clinical practice questionnaires, scales aimed at identifying the psychoemotional state of the contingent.

When processing the results, known classical methods of variational statistics are involved. The degree of accuracy and reliability of the sample statistical values were the mean values and the average errors were calculated. To assess the significance of the differences between the two values, the Student's test was used.

Results. The results of the research show that a high level of personal anxiety was found in practically every fifth (21.4±1.2%) of the interrogated, the average level in half of the patients, which can be manifested by the state of anxiety in various situations, especially in cases that directly concern them. Only in 24.3% of respondents the level of anxiety was determined as optimal and was perceived as an indispensable condition for active human activity.

The overwhelming majority of the wounded (84.3±0.6%) subjectively acknowledged the high level of situational anxiety, manifested by considerable stress, nervousness, anxiety of the threat associated with the physical component of the quality of life. According to respondents' answers, 72.9% of them show firmness of intentions, realism of views, developed sense of personal duty, calmness and confidence, others show uncertainty, emotional instability in intentions, impulsiveness, understated general activity. In 91.4% of cases, the wounded seek to implement planned activities, tasks. However, only 50% of the wounded know themselves in different situations, while the other 50% are spontaneous and impulsive, prone to intense feelings and internal conflicts.

Conclusion. The expediency of studying the self-assessment of the psychoemotional state of the wounded has been proved, the frequency of the need for its correction has been found, including the involvement of a psychotherapist, the need to take into account the character of the individual in all cases in the choice of treatment tactics, especially in multi-stage reconstructive-restorative interventions and the development of an individual rehabilitation program for patients with a traumatic injury of the upper limbs.

Key words: wounded, anxiety, volitional self-regulation, persistence, self-control.

Сведения об авторах

Борzych Наталия Александровна – ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», 01601, г. Киев, ул. Бульварно-Кудрявская, 27. E-mail: natashabor@ukr.net

Страфун Сергей Семенович – ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», 01601, г. Киев, ул. Бульварно-Кудрявская, 27.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – Санкт Петербург, 2007. – 672 с.
2. Кукурекин Ю.В. Тревожно-депрессивные расстройства и их коррекция / Ю.В. Кукурекин, Л.М. Савенко, Н.В. Свиридова, А.Н. Бушученко // Здоровье мужчины. – 2011. – № 3 (38). – С. 24–26.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эскимо, 2008. – 1024 с.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: Мед Пресс, 2001. – 458 с.
5. Невідкладна військова хірургія / пер. з англ. А. Кордіяк. – К.: Наш формат, 2015. – 568 с.
6. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие / А.А. Осипова. – М.: Сфера, 2002. – 510 с.
7. Пішель В.Я. Стратегії лікування хворих з депресивними розладами: реальна вітчизняна практика та міжнародні стандарти / В.Я. Пішель, І.А. Марценковський, Ф.О. Здорик, Н.О. Дзеружинська [та ін.] // Архів психіатрії. – 2004. – № 2 (37). – С. 125–130.
8. Политравма: хирургия, травматология, анестезиология, интенсивная терапия. Учебное издание / Под ред. Ф.С. Глумчера, П.Д. Фомина, Е.Г. Педаченко [и др.]. – К.: ВСИ Медицина, 2012. – 736 с.
9. Юнак В.Ю. Депрессия / В.Ю. Юнак. – К.: Здоров'я, 2012. – 256 с.
10. Jansen J.O. Selective non-operative management of abdominal gunshot wounds: survey of practise / J.O. Jansen, K. Inaba, S. Resnick [et al.] // J. Injury. – 2013. – V. 44 (5). – P. 639–44.
11. Soreide K. Epidemiology of major trauma / K. Soreide // Br. J. Surg. – 2009. – V. 96 (7). – P. 697–699.
12. Traian M.G. Stress: from symptom to disease / M.G. Traian, A.E. Coman, E. Popa, L. Traian, R. Petrovanu [et al.] // Rev Med Chir Soc Med Nat lasi. – 2013. – V. 117 (1). – P. 72–7.

Статья поступила в редакцию 20.06.17

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

КОРЕЙСКИЕ УЧЕНЫЕ СДЕЛАЛИ ИЗ МИДИЙ КЛЕЙ ДЛЯ РАН, ПРЕДОТВРАЩАЮЩИЙ ШРАМЫ

Клейкие вещества нередко используются в медицине, чтобы стянуть края раны во избежание появления заметных рубцов. Однако они не спасают рану от пересыхания, могут вызывать раздражение и не влияют на то, как выстраиваются нити коллагена при заживлении.

На последний аспект влияет белок декорин, который обеспечивает формирование хорошо организованных однородных волокон и предотвращает формирование избыточной рубцовой ткани. Но его использование обходится довольно дорого.

Ученые обратили внимание, что выделяемое мидиями клейкое ве-

щество позволяет им прикрепляться к скалам в океане, а, значит, влажная среда для него не помеха. Для создания нового клея они использовали это вещество и пептид, который с коллагеном.

Средство было протестировано на крысах. Ученые оставляли на их теле глубокие, до восьми мм, порезы и наносили на них клей, а затем накрывали пластиком. Раны контрольной группы были накрыты пластиком без применения клея. Спустя 11 дней раны подопытной группы затянулись, на 28 день - полностью зажили, оставив лишь небольшие следы. Раны контрольной группы заживали дольше, после них на

коже крыс остались заметные фиолетовые шрамы. Кроме того, у подопытной группы восстановились фолликулы и сосуды, чего не произошло у контрольной.

Результаты на людях не были бы настолько впечатляющими, считают исследователи. Человеческая кожа плотнее и заживает в целом хуже, чем крысиная. Однако ученые планируют продолжить эксперименты, следующим их шагом будут опыты на свиньях, кожа которых по структуре намного ближе к человеческой. О результатах исследования они рассказали в журнале Biomaterials.

Источник: med-expert.com.ua